
СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2005

**МАТЕРИАЛЫ
ПЕРВОГО ВСЕРОССИЙСКОГО
СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

МОСКВА

Центр международной торговли

31 октября - 3 ноября

Москва 2005

«МАТЕРИАЛЫ ПЕРВОГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» М., 2005 - 124 с.

Координационный совет Министерства здравоохранения и социального
развития России по скорой медицинской помощи
Российская академия медицинских наук
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи
ЗАО «МЕДИ Экспо»

ISBN 5-94943-025-5

©«МЕДИ Экспо», 2005

ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ - ВАЖНЕЙШАЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Абрахманов В.Р., Гапонова Н.И., Элькис И.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет

Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы

Скорую и неотложную медицинскую помощь населению г. Москвы осуществляет городская Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова (СС и НМП), в состав которой входит 52 подстанции. В последние годы характерен устойчивый рост нагрузки по всем производственным показателям в работе скорой медицинской помощи. Так, обращаемость населения на СС и НМП за последние 5 лет увеличилась на 20,9%, обращаемость по «03» - на 14,5%, средняя нагрузка на бригаду достигла 13,2 выезда в 2004 году (таблица 1).

Из года в год падает процент врачебных выездов и если в 2000г. выполнено 59,9% вызовов, в 2001г. – 53,0%, в 2002г.-49,7%, в 2003г.-48,6%, то в 2004 году только 44,6% выездов.

Таблица 1. Общий объем работы СС и НМП г. Москвы

	2000г	2001г	2002г	2003г	2004г
Всего обращений на Станцию	3 551 945	3 886 741	4 036 400	4 190 931	4 295 423
Выездов по «03»	2 276 580	2 302 578	2 341 012	2 389 775	2 436 033
Средняя нагрузка на бригаду	12,0	12,6	12,7	13,0	13,2

Кадровый состав СС и НМП имени А.С. Пучкова г. Москвы за последние годы претерпел существенные изменения, что, прежде всего, коснулось укомплектованности медицинским персоналом. Так, укомплектованность врачами с 80% в 1998 году снизилась до 60% в 2004 году, а среднего медперсонала с 92% до 87% соответственно.

Вместе с тем, надо отметить положительные моменты в кадровом составе СС и НМП, а именно: процент врачей, имеющих квалификационную категорию с 9,6% в 1996 году, возрос до 37,8% к январю 2005 года. Для среднего медицинского персонала эти соотношения составили 7,4% в 1996 году и 36,8% в 2005 году.

Таблица 2. Динамика повышения квалификации и аттестации медицинского персонала СС и НМП г. Москвы.

Год	Повышение квалификации		Аттестация и перееаттестация	
	Врачи	Фельдшера	Врачи	Фельдшера
2000	427	506	114	320
2001	410	536	135	366
2002	309	586	106	289
2003	247	822	89	357
2004	299	739	87	501

С 1989 года на кафедре скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета проводятся циклы повышения квалификации врачей СС и НМП, а с 1997 года успешно выполняется программа сертификационных циклов по специальности «Скорая помощь» продолжительностью – 144 или 288 учебных часов для врачей и 216 часов для фельдшеров.

Данные по сертификации представлены в таблице 3.

Таблица 3. Сотрудники СС и НМП, имеющие сертификаты специалистов

Годы	Врачи	Фельдшера
2000г.	269	300
2001г.	266	300
2002г.	182	325
2003г.	182	522
2004	258	500

Сертификационные циклы проводятся на основании Унифицированной программы по скорой медицинской помощи Минздрава Российской Федерации, разработанной при участии сотрудников кафедры скорой медицинской помощи.

Целенаправленная работа кафедры позволяет укомплектовать циклы необходимым числом слушателей и добиваться успешного выполнения сертификации по программе «Скорая помощь», с охватом не менее 200 врачей Скорой медицинской помощи за учебный год.

Учебный план включает обязательный перечень теоретических знаний и практических навыков по оказанию экстренной помощи при неотложных состояниях. Итоговый экзамен складывается из тестового контроля знаний, проверки освоения практических навыков и собеседования.

Тестовый контроль проводится на основании созданных кафедрой скорой медицинской помощи и утвержденных Минздравом РФ «Сертификационных тестов для врачей по скорой и неотложной медицинской помощи».

В связи с вышеизложенным недопустимы краткосрочные циклы по отдельным разделам скорой медицинской помощи с последующей выдачей сертификата по всей специальности «Скорая помощь». Количество учебных часов для успешного обновления основных разделов по программе утвержденной Минздравом РФ должно составлять не менее 144 учебных часов.

Для поддержания высокого уровня качества оказания скорой медицинской помощи, необходимо решить следующие задачи:

- в связи с нарастающим дефицитом медицинских кадров решить вопрос об обязательной постдипломной отработке выпускников - врачей и фельдшеров, закончивших учебное заведение на бюджетной основе в государственных лечебных учреждениях и, прежде всего в системе оказания неотложной медицинской помощи в течение 3-5 лет;

- продолжать успешно начатую практику тесного сотрудничества Станции скорой и неотложной медицинской помощи с кафедрами медицинских ВУЗов и, прежде всего, с кафедрой скорой медицинской помощи, кардиологии и неврологии, в плане регулярного – не реже одного раза в 5 лет – повышения квалификации.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Белых В.Н., Ветлугаева И.Т., Просекова Т.Ю.

Россия, г. Кемерово, МУЗ «Городская клиническая больница №3 им «М.А. Подгорбунского»

По проведенному анализу работы нашего отделения за последние 3 года, наблюдается неуклонный рост обращаемости за экстренной медицинской помощью по всем службам - терапия, хирургия, травматология, нейрохирургия, неврология, гинекология. Так в 2003г за 3 месяца обратилось 6474 человека (57,3% из них госпитализировано). В 2004г – 6866 человек (55,7% госпитализировано). В 2005г обратилось уже 7220 человек (56,8% госпитализировано). Приrost обращений составил 6,0% за 2004г и 5,2% за 2005г, относительное же количество госпитализированных пациентов из года в год носит стабильный характер.

Несмотря на рост обращений за медицинской помощью, качество и скорость оказания ее не должны изменяться в худшую сторону. В связи с этим в нашей больнице за последний год введено несколько методов оптимизирующих работу отделения. Приобретен гематологический анализатор ADVIA 60, позволяющий определить все основные гематологические показатели за 2 минуты. Введена новая штатная единица – менеджер приемного отделения. Менеджер решает все организационные вопросы в отделении, ему подчиняется персонал, занятый оказанием экстренной помощи, поступившим пациентам. В рентгенологическом кабинете работает автоматическая проявочная машина «Сириус», проявка рентгеновских снимков с ее помощью занимает не более 5 минут. Благодаря наличию палат медицинского наблюдения (а это 2 палаты на 5 коек каждая), у врачей есть возможность проводить экстренное лечение уже в условиях приёмного отделения, оставлять некоторых больных для динамического наблюдения в течение нескольких часов, а иногда и 1-2 дней. Это позволяет снизить частоту госпитализаций, а больному даже с заболеванием не требующем лечения в стационаре, получить полноценную диагностическую и лечебную помощь, возможно сокращающую в последующем сроки нетрудоспособности. Надо отметить, что по данным других стационаров число госпитализаций больных составляет более 70% от всех поступивших.

На этом работа нашего коллектива не останавливается. В настоящее время проводится переход на электронную версию истории болезни, что в перспективе позволит сократить время работы с историей болезни и увеличит время для работы непосредственно с больным, а также обеспечить высокую степень преемственности между различными службами стационара.

НЕОБОСНОВАННАЯ СМЕРТЬ – СУДЬБООПРЕДЕЛЯЮЩАЯ СОЦИАЛЬНАЯ КАТЕГОРИЯ РОССИИ XXI СТОЛЕТИЯ. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Богоявленский И. Ф., Божьев А. А.

Центральный учебный, научно-методический Центр охраны труда (ЦОХРАТ), Научно-методический Центр реанимации (ЦРУМ), Союз спасательных формирований России РКПС, Гематологический научный центр РАМН

Суть и содержание, проблемы необоснованной смертности впервые были подняты В.А.Неговским в начале 60-х годов XX века, но понимание и практически немедленную реализацию получили только зарубежом, в первую очередь в США, Англии, Италии. В результате этого в современной России при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) смертность в 15-16 раз превышает аналогичные показатели в развитых странах; причиной служит неоказание первой медицинской (1 МП), первой реанимационной помощи (1 РП) непосредственно после травмы, на месте происшествия.

Эвакуация в стационар задерживается до 1-1,5 часов в 70,8% случаев. Транспортирование осуществляется на непригодном транспорте в 53-56%. Только от этих причин погибают около 70% пострадавших.

В СССР вследствие ДТП и травм на производстве ежегодно погибало до 250 тысяч человек; только на производстве в 1989 г. погибли 63863 человека. В 1990 – 1998 гг. при ДТП погибли 300 тысяч человек (в том числе 16% в возрасте 18-24 лет); тяжелые ранения, увечья получили 1,5 миллиона, инвалидами стали 368 тысяч молодых и людей среднего возраста

Почти 25% погибших и раненых страдают из-за пьяниц за рулем. Травмы среди молодежи получили 420 тыс человек. В целом в России каждый год только на автомагистралях погибают 42-43 тыс, до 45 тысяч человек. За относительно “благополучный” неполный 2004 г. при ДТП погибли 35 тыс, ранения получили более 200 тыс человек.

Из активного репродуктивного периода исключены более 450 тыс мужчин (с учетом погибших); 400 тыс женщин потеряли возможность иметь семью, продолжить род.

Существует определенная сократительная закономерность: приведенные показатели повторяются каждые 8 лет, но с тенденцией к постепенному росту.

Анализ огромных потерь на догоспитальном этапе (ДЭт) свидетельствует, что по меньшей мере в 82,9-85% случаях и более смертность была необоснованной-то есть, погибшие изначально были вполне жизнеспособны. Особо важное значение на ДЭт имеет медицинская сортировка – ее, к сожалению, на месте происшествия не проводят (1, 2, 3).

По современным представлениям, ДЭт начинается от момента ДТП, стихийного бедствия, катастрофы, теракта, несчастного случая на производстве, в быту и пр. (2-4). Однако структура потерь на ДЭт до настоящего времени определяется по числу выживших в условиях ДЭт и поступивших в лечебные учреждения госпитального этапа; показатели необоснованной смертности замалчиваются на обоих этапах; контроль эффективности медицинского пособия на госпитальном этапе с учетом ошибок, недостатков на ДЭт практически не ведется (2-5).

Известны также случаи терминологической дезориентации, когда в некоторых публикациях отдельные виды медицинской помощи выпадают из стройной системы

медицинского вспомоществования, (в том числе 1РП), или им дается трактовка, извращающая суть и содержание термина (доврачебная помощь подменяется по содержанию первой медицинской помощью и пр.). В результате этого система современного медицинского вспомоществования сохраняет все архаические особенности, присущие XX веку, число тяжелых, крайне тяжелых пострадавших на ДЭт, в зависимости от поражающих факторов, доходит до 53-58-72-87%, с учетом лавинообразно развивающихся процессов отяжеления – до 96% и более (3).

Структура ДЭт включает 4 периода: начальный (1); профессиональной медицинской помощи (2); предэвакуационный (3); эвакуации (4). Наиболее важной для всей судьбы раненого, пораженного является первый период, когда нет и не может быть медицинских работников, и медицинская помощь непосредственно на месте происшествия, в установленные сроки после травмы, не оказывается (2, 3, 5). В связи с этим изначально вполне жизнеспособные пострадавшие вследствие неоказания 1МП, 1РП в течение первых 30 минут после травмы погибают в 12,5%; вторых 30 минут – 22,5% (то есть, в течение 1-го часа - 30-35%). В течение последующих 3-х часов погибают 55-60%; 6-ти часов - 90-96% (2-5).

При оказании полноценного медицинского пособия показатели смертности непосредственно зависят от триады: продолжительность времени с момента травмы; интервал времени между видами медицинской помощи; качество, полнота, адекватность каждого вида оказываемого медицинского пособия. Своевременно, в течение 30 мин после травмы, оказанная 1МП существенно повышает выживаемость: в этом случае в течение вторых 30-ти мин погибают 5,5% пострадавших. Все нуждающиеся, не получившие 1 РП, и часть нуждающихся в ! МП, погибают на протяжении первых 30 мин – это свидетельствует о настоятельной необходимости указанных видов пособия уже в начальном периоде (1, 3-4, 6).

В последующем единственно оптимальном решении, учитывая реальности России, служит оказание доврачебной или первой врачебной помощи хотя бы через 0 д и н час после оказания первой медицинской помощи: в этом случае смертность по часам (1-3-6) составляет 18% - 31% - 34%, отсюда - снижение смертности, по минимуму, на 12-17% (первый час), 24-26% (3-ий ч.), 56-62% (6-ой ч.).

Единственным реальным путем снижения необоснованной смертности является оказание медицинской помощи в условиях ДЭт непосредственно, сразу после трагического происшествия – то есть, самими участниками и свидетелями его (2, 3).

Это может быть достигнуто только целенаправленным комплексным обучением всего населения России по трем кардинальным направлениям: началам медицинской сортировки; первой медицинской помощи; первой реанимационной помощи. В основу обучения должны быть положены борьба с позорным наследием XX века – потерей милосердия, пренебрежением такими ценностями, как личность, “чужая” жизнь; борьба с антиинициативностью, иждивенческим отношением общества, всех слоев населения к государству, к службам медицинской помощи. В развитых странах все подобные работы были осуществлены в конце 70-х годов XX века – проблема необоснованной смерти у них практически решена.

За последние 25 лет нами проведен полный объем всех необходимых подготовительных работ по массовому обучению населения, включая широкие научно-исследовательские изыскания, создание практических схем, программ, публикаций книг, руководств,

справочников, инструктивных материалов и пр., технических средств обучения (тренажеров, кинофильмов и пр.). Все они прошли тщательную апробацию на 3-х крупных полигонах, включая региональные и центральный Учебно-методические центры (1-4, 7 и др.). Внедрены системы, программы, методы преподавания основ медицинского пособия в средних общеобразовательных школах, колледжах, лицеях (7).

Особо важная работа осуществлена по созданию, массовому промышленному производству высококачественных семейств реанимационных тренажеров с обратной связью, демонстрационно-контрольными патогенически обоснованными дисплеями.

Необходимыми условиями для снижения астрономической необоснованной смертности в России служат срочное принятие комплекса дееспособных законодательных жестких актов (в том числе об уголовной ответственности за неокказание медицинского пособия - 1МП, 1РП, МС - пострадавшему, повлекшее смерть или тяжелое увечье), Государственных Национальных программ, открытие и оснащение сети Учебных Центров по всей стране, создание корпуса преподавательского состава.

Л и т е р а т у р а

ВАНеговский. Уроки, которые мы получаем, и выводы, которые не делаем. В кн. Медицинская сортировка пострадавших при стихийных бедствиях, крупных катастрофах. /Под ред. В.В.Мешкова, И.Ф.Богоявленского, Д.Е.Малаховского, / – Рига, 1990. – с 5-10.

2. И.Ф.Богоявленский. Первая медицинская, первая реанимационная помощь. Критические состояния на догоспитальном этапе. /Том 1, том 2/ – СПб, 2000. – 444 с.

3. И.Ф.Богоявленский. Доврачебная помощь при неотложных, критических состояниях. СПб, 2003. – 736 с.

4.И.Ф.Богоявленский. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. /Справочник, / – СПб, 2003. – 336 с.

В.Ф.Богоявленский, И.Ф.Богоявленский и др. Руководство для врачей семейной медицины. Казань, 2005. -520с.

Сердечно-легочная реанимация: Методические указания [В.В.Мороз, И.Ф.Богоявленский, М.С.Богусевич и др.]. МЮ. Р А М Н. – М., 2000. – 24с.

Основы безопасности жизнедеятельности. /Учебники для 8-11 классов общеобразовательных школ, / – АСТ. - М., 1996-2005.

НАПРАВЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Вершигора А.В., Зачек Л.М.

На каждом этапе развития перед обществом появляются новые задания в разных сферах деятельности, в том числе и в области медицины и здравоохранения.

Определяющей, в условиях что сложились, есть роль и место службы скорой медицинской помощи в системе предоставления первичной медико-санитарной помощи на догоспитальном этапе. В условиях дефицита финансовых средств, с целью обеспечения минимального необходимого уровня медицинской помощи появляется необходимость реформирования системы предоставления скорой и неотложной медицинской помощи.

Реалиями настоящего является ухудшение состояния здоровья населения Украины, связанная с условиями жизни, труда, состоянием окружающей среды, которая приво-

дит к увеличению потребности населения в предоставлении экстренной медицинской помощи, и прежде всего на догоспитальном этапе.

Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм занимает третье место после болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований и составила в 1990 году 142,7, а в 2002 году – 148,7 случаев на 100 тысяч населения (в мире – 97,0 случаев на 100 тысяч населения).

Среди работоспособного населения несчастные случаи, отравления, травмы, нарушения коронарного кровообращения – это наиболее частая причина смертности, темпы прироста которой за период 1990 – 2003 года составляли 37,7%. За 2003 год в Украине 70 тыс. работоспособного населения получили политравму, погибло из них 37 тыс., из 100 пострадавших от ДТП в Украине погибают 15 – 17 человек, в странах ЕС – 3-4 мужчины, в США – 1-2 чел. Эти тенденции нужно учитывать при организации предоставления экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

В то же время, в структуре выполненных выездов, например, в 2000 году, значительный удельный вес составили необоснованные вызова (20,8%), связанные в большинстве случаев, с предоставлением медицинской помощи больным в состояниях, которые не угрожали жизни, что без необходимой надобности увеличивают нагрузку на службу СМП и являются одной из причин опозданий на вызовы. Все это требует реформирования системы скорой медицинской помощи.

В плане подготовки к внедрению страховой медицины, во время рассмотрения жалоб и обращений граждан возникла проблема, относительно единственного подхода к оценке качества предоставления скорой и неотложной медицинской помощи, необходимость наработки единственных технологических требований, протоколов, стандартов предоставления скорой и неотложной медицинской помощи.

С этой целью, согласно приказов МОЗ Украины и ГУОЗ и МЗ г. Киева была начата работа над созданием “Временных стандартов предоставления медицинской помощи при неотложных состояниях”. Приказом по станции от 21.07.04р. №129 были созданы рабочие группы, в состав которых входили работники станции СМП и кафедры скорой и неотложной медицинской помощи КМАПО (по согласию), утвержден перечень неотложных состояний; какие в свою очередь были распределены на клиничко-статистические группы (5 групп) и по этим группам была просчитана ориентировочная средняя стоимость одного вызова на неотложные состояния. Проекты “Временных стандартов.” были обсуждены и поддержаны 15.10.04р. на заседании кафедры скорой и неотложной медицинской помощи КМАПО и утвержденные приказом ГУОЗ и МЗ от 20.12.04р. №583 и МОЗ Украины от 17.01.05р. №24. Приказом главного врача КГССМП и МК от 25 01 05р. №13 “Временные стандарты предоставления медицинской помощи при неотложных состояниях” введены в действие на станции. Однако нужно отметить, что утверждены “Временные стандарты.” – это не догма, а динамическая норма, которая предусматривает уточнение, дополнение и даже изменения.

Существующая правовая, законодательная и нормативная база службы СМП не отвечает современным условиям и тормозит необходимые изменения в организации предоставления экстренной медицинской помощи. Существенных изменений и дополнений требует приказ МОЗ Украины №33 от 23.02.2000г. “О штатных нормативах и типичных штатах заведений охраны здоровья” относительно квалификационной и штатной структуры службы скорой медицинской помощи. Существующий приказ МОЗ

Украины “О мероприятиях по усовершенствованию скорой медицинской помощи” от 19.06.96. №175 не зарегистрированный Министерством юстиции и потому не является легитимным относительно защиты или подтверждения правильности действий службы СМП в противоречивых вопросах и судебных разбирательствах и учитывая это, тоже нуждается в изменении.

Все перечисленные обстоятельства позволяют сделать вывод, что обеспечение эффективности работы из предоставления экстренной медицинской помощи является актуальной проблемой здравоохранения Украины и требует проведения определенных структурно-организационных изменений с учетом существующего опыта нашего государства и зарубежных стран.

С этой целью МОЗ Украины был выдан приказ “О создании рабочей группы для подготовки проекта приказа относительно усовершенствования скорой и неотложной медицинской помощи в Украине” от 21.01.05г. №11 председателем рабочей группы назначено Рощина Г.Г. директора УНПСЕМД и МК в состав рабочей группы вошли: руководители станций скорой медицинской помощи из нескольких регионов Украины, КГССМП и МК г. Киева Вершигора А.В., он же является главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения по медицине неотложных состояний, Зачек Л.М. - заместитель главного врача по медицинской и оперативной работе, Сригина В.Т. – заместитель главного врача по оргметодработе. На первом организационном заседании рабочей группы было решено, с целью получения максимально полной информации и предложений из всех областей Украины, провести селекторное совещание, где очертить структуру приказа и суть поставленного задания. Такое селекторное совещание было проведено 10.02.05г., после чего в рабочую группу поступили предложения, которые касались: нормативной базы, терминологии, понятий “скорая помощь”, “неотложная помощь” и “профильности вызовов”, штатной структуры службы скорой и неотложной медицинской помощи; роли и потребности в специализированных бригадах на станциях; положение о: станции СП, отделения неотложной помощи, объединения станции и больницы скорой помощи, приемного отделения стационара; формы отчетности и документации; сотрудничество с МЧС, МК, специализированными психиатрическими бригадами; обслуживания массовых мероприятий и поступлений потерпевших, спортивных соревнований; программ стажировки, учебы, повышения квалификации; необходимости создания в структуре станции отделов технического обеспечения, радиосвязи, информационно-аналитического, оперативного линейного контроля; требований к: санитарному автомобилю, рабочей одежде, противоэпидемических, санитарно-гигиенических и дезинфекционных нормативов, обслуживания инфекционных больных; и тому подобное.

При создании проекта приказа учитывались и использовались законы Украины, существующие нормативно-правовые акты, приказы и распоряжения МОЗ Украины, также опыт России, а именно приказ №100 от 26.03.99г. “О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации“. Для проработки полученных материалов приказом по КГССМП и МК от 09.03.05г. №32 было создано 7 рабочих групп. Работа над проектом приказа, который состоит из основной части (приказа) и 32-х дополнений на данное время завершена, он передан на утверждение и возможна доработка специалистами МОЗ Украины. Параллельно проводилась работа и поданы предложения в МОЗ Украины относительно новой редакции приказа №33 МОЗ Украины “О штатных нормативах и типичных штатах заведений здравоохранения”.

Направления проведения реформирования системы скорой медицинской помощи:

1. Ликвидация многоэтапности в предоставлении экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

На данное время предоставление экстренной и неотложной медицинской помощи больным и потерпевшим бригадами скорой помощи по ряду острой патологии (ТПМК, ГКС, аритмиях, насекомых, шоках, судорогах, политравме и др.) предоставляется в два этапа – сначала общепрофильной врачебной или фельдшерской бригадами, а затем – специализированными бригадами при чем:

увеличивается время до предоставления квалифицированной медицинской помощи в стационарах в пределах “золотого терапевтического окна” в среднем на 2 – 3 часа

противоречит мировым стандартам предоставления экстренной и неотложной медицинской помощи

противоречит квалификационным требованиям МОЗ Украины к специальности “врач медицины неотложных состояний”

создает трудности в организации предоставления помощи относительно опозданий на другие вызовы

увеличивает материально экономические затраты бюджетных средств на один вызов.

Учитывая это, мы предлагаем перейти к одноэтапной системе предоставления медицинской помощи на догоспитальном этапе, для чего необходимо провести:

дооснащение бригад скорой помощи в полном объеме

адаптацию правовых и квалификационных аспектов в функционировании службы СМП.

Проведение четкого разграничения показаний к предоставлению экстренной, скорой медицинской помощи и неотложной медицинской помощи; исходя из этого распределить предоставление медицинской помощи на догоспитальном этапе согласно профильности вызовов между станциями СМП и первичной медико-санитарной помощью (поликлиниками или семейными амбулаториями), что особенно оправдано в областных центрах и городах-мегаполисах.

В данном контексте различают 5 основных форм экстренных состояний:

есть непосредственная угроза жизни, которая без своевременной медицинской помощи может привести к смерти;

нет непосредственной угрозы, но, исходя из патологического состояния, угрожающее состояние может возникать в любое время;

нет угрозы жизни, но не предоставление своевременной помощи может причинить организму или отдельным органам стойкие изменения;

нет угрозы жизни, но в кратчайший срок нужно облегчить страдания больного;

больной находится не в жизненно опасном состоянии, однако его поведение нуждается в срочном вмешательстве в интересах окружающих людей.

Исходя из выше приведенного, показаниями к предоставлению экстренной, скорой медицинской помощи мы предлагаем считать:

непосредственная угроза жизни, которая без своевременной медицинской помощи может привести к смерти;

угрожающее состояние, которое может возникнуть в любое время, исходя из патологического процесса, хоть непосредственной угрозы жизни нет;

специфическая, в психологическом плане, поведение больного, который нуждается в срочном медицинском вмешательстве в интересах окружающих людей.

Показаниями к предоставлению неотложной медицинской помощи является:

такое патологическое состояние организма, когда не предоставление своевременной помощи может причинить организму или отдельным органам стойкие изменения;

такое патологическое состояние организма, когда в кратчайший срок необходимо облегчить страдания больного.

Экстренную, скорую медицинскую помощь оказывают станции СМП, неотложную медицинскую помощь – амбулаторно поликлиническая сеть, семейные врачи.

Исходя из выше приведенного, профильными для бригад станции скорой медицинской помощи считаются обращения:

- Вызовы на улицу, в общественные места, на производство, в учреждение, заведение, организацию независимо от поставленного диагноза и состояния пациента.

Вызовы (независимо от места выезда), когда у больного диагностированы острое неотложное состояние.

Вызовы по поводу травм и несчастных случаев.

Вызовы по поводу перевозки в лечебно-профилактические учреждения больных и потерпевших, которые нуждаются в экстренной стационарной медицинской помощи с диагнозами, которые перечислены выше.

Проведение пересмотра:

Штатной структуры службы СМП, относительно специализированных бригад. По нашему мнению служба скорой помощи должна состоять из бригад врачебных и фельдшерских. Специализированными должны быть только психиатрические бригады в подчинении психоневрологических учреждений.

Типичных штатов относительно специалистов службы СМП. По нашему мнению служба скорой помощи должна иметь специалистов – врач медицины неотложных состояний, фельдшер медицины неотложных состояний, медицинская сестра. Однако кроме основной специальности врач станции СМП может одновременно иметь дополнительно другую специализацию (кардиолога, невропатолога, педиатра и тому подобное). Считаем, что необходимым является участие водителя санитарного автотранспорта в предоставлении медицинской помощи на догоспитальном этапе в составе общей бригады СМП, определив объем его обязанностей, для чего внедрить обязательную подготовку водителей по вопросам первой медицинской помощи.

4. Интеграция системы скорой, экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения с Министерством чрезвычайных ситуаций, Министерством внутренних дел и другими службами в единственную систему государства относительно ликвидации последствий стихийных, техногенных катастроф и массовых поражений населения разного происхождения.

Для этого в составе станции СМП организуются бригады “первой очереди” (врачебные бригады скорой медицинской помощи), которые должны получить соответствующий уровень подготовки относительно предоставления экстренной медицинской помощи пострадавшим в случае возникновения чрезвычайных ситуаций (ЧС) и должен быть способным по состоянию здоровья выполнять работу в экстремальных условиях, а также, аттестованный и внесенный в государственный реестр аварийно-спасательных служб.

На аттестованный личный состав бригад первой очереди медицины катастроф, внесенных в реестр, необходимо распространение положение о правах, обязанностях, гарантиях социальной защиты и ответственности спасателей по закону Украины “Об аварийно-спасательных службах”.

На случай ЧС бригады подчиняются территориального центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф.

Исходя из выше приведенного, предложенные нами направления реформирования скорой и неотложной медицинской помощи позволят эволюционным путем, в пределах Конституции и Законов Украины, осуществить, продиктованную реалиями настоящего, реорганизацию службы СМП, с целью повышения эффективности и доступности гарантированного уровня экстренной, скорой медицинской помощи населению.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕОТЛОЖНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ, ОТЯГОЩЕННЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

Волохова Р.Ю.

Официальные статистические данные последних лет демонстрируют значительную для нашей страны проблему – употребление психоактивных веществ (ПАВ), наиболее «традиционным» из которых является алкоголь. Распространенность употребления алкоголя в России превышает средние европейские показатели на 50%. С 1998 года отмечается значительный рост числа регистрируемых алкогольных психозов и смертности от причин, связанных с его употреблением.

Со злоупотреблением алкоголем связано две группы неотложных состояний, формально относящихся к разным областям медицины.

Первая группа – это состояния, непосредственной причиной которых является алкогольный эксцесс (употребление алкоголя в дозах, превышающих окислительные возможности ферментативных систем человека в течение 2-х и более дней). К этой группе относятся отравление этанолом, алкогольный абстинентный синдром (ААС) и его наиболее тяжелая форма – металкогольные психозы (чаще, алкогольный делирий). Эти состояния подлежат лечению в наркологическом или, в случае отравления, токсикологическом стационаре.

Вторая группа – неотложные состояния, спровоцированные алкогольным эксцессом, но этиологически с ним не связанные. Такие состояния являются проявлениями алкогольной поливисцеропатии – комплекса соматических заболеваний, развивающихся на фоне хронической алкогольной интоксикации (в т.ч. тяжелые пневмонии, нагноительные заболевания легких, нарушения сердечного ритма, недостаточность кровообращения при алкогольной кардиомиопатии, обострение язвенной болезни, желудочно-кишечные кровотечения, острый панкреатит, алкогольный гепатит, декомпенсация цирроза печени, миоренальный синдром и др.). Местом лечения таких состояний является общесоматический стационар.

Однако на практике, у больного, перенесшего алкогольный эксцесс, часто встречается как проявления ААС, различной степени тяжести, так и проявления алкогольной поливисцеропатии в стадии декомпенсации, взаимно усиливающие течение этих состояний.

В таком случае тяжесть состояния обычно определяется наличием соматической патологии, которая в тяжелых случаях становится причиной летального исхода. Такие больные наблюдаются в соматическом стационаре, их лечение осуществляет терапевт, хирург или реаниматолог. Наркологическая патология может констатироваться или, что чаще - игнорироваться. Возможна недооценка тяжести абстинентного синдрома. В отделении за такими больными не осуществляется постоянное медицинское наблюдение, не проводится адекватная терапия. С другой стороны, декомпенсированное соматическое заболевание увеличивает риск развития делириозного синдрома. В случае, если делирий развивается в терапевтическом или хирургическом отделении, возможно нанесение больным вреда как себе, так и окружающим.

Поскольку, единых стандартов ведения этих больных не существует, вследствие «пограничности» проблемы, высока вероятность выбора ошибочной тактики, что в свою очередь повышает смертность от данной патологии, пролонгирует время пребывания больного в стационаре и увеличивает риск осложнений.

Целью настоящей работы стала оптимизация тактики ведения больных с неотложной соматической патологией в сочетании с алкогольным абстинентным синдромом в условиях общесоматического стационара.

После анализа ведения больных с ААС проводимого в реанимационном отделении многопрофильного стационара крупного промышленного города за три года, были выявлены следующие особенности:

Нарастание частоты встречаемости абстинентного синдрома среди больных соматического стационара (составляют не менее 15% от всех больных госпитализированных в реанимационное отделение);

Стойкая тенденция к утяжелению состояния таких больных;

Отсутствие внимания к алкогольной патологии со стороны врачей соматического стационара.

Рассмотрение доступных данных отечественной и зарубежной литературы позволило разработать тактику ведения этих больных:

Госпитализация в реанимационное отделение, где осуществляется круглосуточное наблюдение;

Наблюдение психиатром (или психиатром-наркологом), которые определяют показания для назначения психотропных препаратов;

Проведение адекватной инфузионной терапии (коррекция водно-электролитных нарушений - обычно имеет место гипокалиемия, гипомagnesия);

Коррекция гиповитаминозов (введение оптимальных доз витаминов группы В, С, никотиновой кислоты и др.);

Устранение вегето-неврологических проявлений абстиненции (назначение β -блокаторов).

Приведенный алгоритм применялся в реанимационном отделении многопрофильного стационара, что позволило существенно уменьшить тяжесть и длительность ААС у таких больных, частоту алкогольных психозов и осложнений, ассоциированных с делириозным синдромом и длительной фиксацией пациента, прежде всего, – аспирационных пневмоний, уменьшить время пребывания больных в реанимационном отделении и в стационаре, снизить летальность таких больных.

НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Горяев Н.И., Вырупаева Е.П.

Государственное учреждение здравоохранения «Областная больница № 3»

Аннотация: На основе анализа работы отделения скорой медицинской помощи в составе многопрофильной больницы предложены некоторые пути повышения эффективности ее работы.

При анализе работы скорой медицинской помощи с 1995 по 2004 г. выявлено, что наибольшее количество вызовов приходится на 1995 – 1997 г. При рассмотрении структуры вызовов оказалось, что более 75% вызовов не относилось к категории угрожающих жизни больного: это перевозка больных, обслуживание больных с острыми и хроническими заболеваниями и травмами. При этом большинство вызовов поступало в дневное время, в часы работы поликлиники и детской консультации. Врачами скорой помощи проводились лечебные мероприятия на уровне доврачебных в 99% случаев и лишь 1% вызовов требовал проведение интенсивной терапии и реанимации больных. С учетом времени доезда из любой точки прикрепленной территории не более 5 минут, администрацией больницы, до выхода в свет приказа МЗ РФ № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ», было принято решение о замене врачебных бригад на фельдшерские. Кроме того, все вызовы в дневное время передаются в регистратуру поликлиники для обслуживания участковыми терапевтами и педиатрами. При этом работа фельдшерских бригад должна осуществляться в большинстве своем по принципу *соор and run* (хватай и беги), т.е. главной задачей фельдшера является оценка тяжести состояния больного, обеспечение жизнедеятельности сердечно – сосудистой и дыхательной системы, организация лечебных мероприятий во время транспортировки и доставка пострадавшего в приемное отделение. Данные мероприятия позволили снизить количество вызовов в 2000 г. по сравнению с 1995 г. в 3,5 раза. Но с 2001 г. вновь отмечена тенденция к росту вызовов. При анализе структуры вызовов за 2004 г. – 42% вызовов признаны не относящимися к категории срочных.

Настораживает тенденция к значительному росту вызовов, связанных со злоупотреблением алкоголя. Удельный вес их составил в 2004 году - 35%. 1 место в структуре вызовов в 2004 г. занимают вызовы, связанные с артериальной гипертензией, они составили 24% от общего числа вызовов. Прежде всего, на наш взгляд, это связано с недостаточной работой амбулаторно – поликлинического звена по своевременному выявлению и эффективному лечению больных гипертонической болезнью, артериальной гипертензией. Негативные тенденции в увеличении числа вызовов скорой помощи во многом обусловлены постарением прикрепленного населения – увеличение абсолютной численности и удельного веса лиц пожилого возраста в общей структуре населения. Тем не менее задачей СМП является оказание неотложной помощи больным, а не компенсация недостатков в работе амбулаторно – поликлинической службы при ведении хронических больных. Это особенно недопустимо с учетом того, что услуги скорой помощи независимо от характера вызова не подлежат оплате в системе ОМС, а бюджетное финансирование крайне недостаточное.

Пути повышения эффективности работы скорой помощи, в связи с вышеизложенным очевидны:

Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи должна стать концентрация оказания скорой медицинской помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов.

Оказание скорой помощи преимущественно фельдшерскими бригадами со значительным снижением объемов оказания помощи на догоспитальном этапе; организация быстрой доставки больного в стационар лечебного учреждения.

Дифференцированный подход к приему вызовов скорой помощи компьютерных программ, включающих не только алгоритмы приема вызовов, позволяющие разделить вызовы по критериям срочности, но и организация компьютерной сети поликлиника – скорая помощь – стационар, включающая данные на все прикрепленное население: паспортные данные, диагноз, данные последнего медицинского осмотра, проводимое лечение, что поможет в правильной диагностике и первичной медицинской сортировке с дальнейшей передачей для обслуживания участковыми терапевтами.

Реформирование системы амбулаторно - поликлинической службы и повышения эффективности оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Стимулом для этого могут служить только экономические механизмы.

Повышение эффективной работы скорой помощи не возможно без решения ряда социальных вопросов: повышение жизненного уровня населения, дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи льготным категориям граждан, повышение качества социальной помощи одиноким пожилым людям, проведения комплекса мероприятий по борьбе с тотальной алкоголизацией населения.

НОВАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО – ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ.

Гончаров С.Ф., Езельская Л.В., Розинов В.М., Тарасов В.И.,

Потапов В.И., Макаров И.А., Силадий И.Р.,

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии

Московская областная детская ортопедо-хирургическая больница

Научно-практический центр экстренной медицинской помощи

Территориальный центр медицины катастроф Московской области

Проблема детского дорожно-транспортного травматизма в нашей стране приобрела масштаб национальной катастрофы. Ежегодно в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) получают ранения свыше 22 тыс. детей и более 1,5 тыс. из них погибают.

Особой остротой и тяжестью медицинских последствий ДТП характеризуется ситуация в территориях с развитой сетью высокоскоростных магистралей между городами и населенными пунктами.

На территории Московского региона реализуется пилотный проект по совершенствованию этапной лечебно-эвакуационной помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, в соответствии с которым к решению проблемы привлечены силы и средства службы медицины катастроф, научно-практических учреждений

Федерального подчинения, Департамента здравоохранения г. Москвы и Министерства здравоохранения Московской области.

Основной целью проекта является оперативное оказание консультативной помощи пораженным детям, госпитализированным после ДТП в непрофильные (неспециализированные) учреждения здравоохранения на территории Московской области, с последующей эвакуацией в многопрофильные специализированные стационары.

В структуре Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» сформирован состав специалистов-консультантов, работающих совместно с эвакуационными бригадами территориального центра медицины катастроф Московской области и научно-практического центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы.

Эвакуация детей из ЛПУ Московской области осуществляется наземным санитарным транспортом территориального центра медицины катастроф, либо с использованием специализированной вертолетной техники научно-практического центра экстренной медицинской помощи.

За период работы (1 мая 2004г. - 1 сентября 2005г.) в различных ЛПУ области было консультировано 183 ребенка в возрасте от 2 мес. до 16 лет, подавляющее большинство (158 детей), из которых были эвакуированы в специализированные медицинские учреждения. Свыше 50 % детей эвакуировались в первые сутки после получения травмы, остальные по мере выполнения неотложных (по жизненным показаниям) медицинских мероприятий и стабилизации состояния. В ЛПУ Московской области сотрудниками консультативно-эвакуационных бригад проведено 7 операций, на этапе специализированной медицинской помощи (в клиниках Москвы) эвакуированным детям выполнено 156 различных высокотехнологичных хирургических вмешательств. За отчетный период из Московских клиник выписано 140 детей, погибло 6 больных - 5 детей с тяжелой травмой черепа и головного мозга, 1 ребенок с тромбозом болей легочной артерии.

Предварительные итоги оценки представленного проекта, позволяют рассматривать его, как перспективную модель, характеризующуюся высокой клинической эффективностью, и реальными предпосылками интеграции деятельности служб медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи, санитарной авиации, учреждений здравоохранения и медицинской науки в интересах детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

НЕКОТОРЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Горяев Н.И., Вырупаева Е.П.

Государственное учреждение здравоохранения «Областная больница № 3»

Аннотация: На основе анализа работы отделения скорой медицинской помощи в составе многопрофильной больницы предложены некоторые пути повышения эффективности ее работы.

При анализе работы скорой медицинской помощи с 1995 по 2004 г.г. выявлено, что наибольшее количество вызовов приходится на 1995 – 1997 г.г. При рассмотрении структуры вызовов оказалось, что более 75% вызовов не относилось к категории угро-

жающих жизни больного: это перевозка больных, обслуживание больных с острыми и хроническими заболеваниями и травмами. При этом большинство вызовов поступало в дневное время, в часы работы поликлиники и детской консультации. Врачами скорой помощи проводились лечебные мероприятия на уровне доврачебных в 99% случаев и лишь 1% вызовов требовал проведение интенсивной терапии и реанимации больных. С учетом времени доезда из любой точки прикрепленной территории не более 5 минут, администрацией больницы, до выхода в свет приказа МЗ РФ № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ», было принято решение о замене врачебных бригад на фельдшерские. Кроме того, все вызовы в дневное время передаются в регистратуру поликлиники для обслуживания участковыми терапевтами и педиатрами. При этом работа фельдшерских бригад должна осуществляться в большинстве своем по принципу *соор and run* (хватай и беги), т.е. главной задачей фельдшера является оценка тяжести состояния больного, обеспечение жизнедеятельности сердечно – сосудистой и дыхательной системы, организация лечебных мероприятий во время транспортировки и доставка пострадавшего в приемное отделение. Данные мероприятия позволили снизить количество вызовов в 2000 г. по сравнению с 1995 г. в 3,5 раза. Но с 2001 г. вновь отмечена тенденция к росту вызовов. При анализе структуры вызовов за 2004 г. – 42% вызовов признаны не относящимися к категории срочных.

Настораживает тенденция к значительному росту вызовов, связанных со злоупотреблением алкоголя. Удельный вес их составил в 2004 году - 35%. 1 место в структуре вызовов в 2004 г. занимают вызовы, связанные с артериальной гипертензией, они составили 24% от общего числа вызовов. Прежде всего, на наш взгляд, это связано с недостаточной работой амбулаторно – поликлинического звена по своевременному выявлению и эффективному лечению больных гипертонической болезнью, артериальной гипертензией. Негативные тенденции в увеличении числа вызовов скорой помощи во многом обусловлены постарением прикрепленного населения – увеличение абсолютной численности и удельного веса лиц пожилого возраста в общей структуре населения. Тем не менее задачей СМП является оказание неотложной помощи больным, а не компенсация недостатков в работе амбулаторно – поликлинической службы при ведении хронических больных. Это особенно недопустимо с учетом того, что услуги скорой помощи независимы от характера вызова не подлежат оплате в системе ОМС, а бюджетное финансирование крайне недостаточное.

Пути повышения эффективности работы скорой помощи, в связи с вышеизложенным очевидны:

Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи должна стать концентрация оказания скорой медицинской помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов.

Оказание скорой помощи преимущественно фельдшерскими бригадами со значительным снижением объемов оказания помощи на догоспитальном этапе; организация доставки больного в стационар лечебного учреждения.

Дифференцированный подход к приему вызовов скорой помощи компьютерных программ, включающих не только алгоритмы приема вызовов, позволяющие разделить вызовы по критериям срочности, но и организация компьютерной сети поликлиника – скорая помощь – стационар, включающая данные на все прикрепленное население:

паспортные данные, диагноз, данные последнего медицинского осмотра, проводимое лечение, что поможет в правильной диагностике и первичной медицинской сортировке с дальнейшей передачей для обслуживания участковыми терапевтами.

Реформирование системы амбулаторно - поликлинической службы и повышения эффективности оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Стимулом для этого могут служить только экономические механизмы.

Повышение эффективной работы скорой помощи не возможно без решения ряда социальных вопросов: повышение жизненного уровня населения, дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи льготным категориям граждан, повышение качества социальной помощи одиноким пожилым людям, проведения комплекса мероприятий по борьбе с тотальной алкоголизацией населения.

ПРОБЛЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Данилов В.А., Задорин В.Ф.¹, Задорин В.В.²

¹РФ, г. Волжский Волгоградской области, МУЗ «Станция скорой медицинской помощи»,

²РФ, г. Волгоград, академия государственной службы

Проблема менеджмента качества медицинских услуг в учреждениях скорой и неотложной медицинской помощи имеет особую актуальность, так как в процессе оказания медицинских услуг населению экстренная медицинская помощь является первым и непосредственным звеном в цепи действующих причин последующих результатов лечения. Представляющий себя частный результат является законченной совокупностью медицинских действий, выполняемых при определённых материальных факторах, имеющих целевое назначение. Это требует соответствующей разработки, утверждения и фактического применения конечного набора правил (нормы) медицинской услуги и её образца, а также и их стандартизации, которые позволяют чисто механически решать конкретные задачи. Контрольная функция за ходом процесса оказания медицинской услуги осуществляется посредством средств оргтехники в системе АСУ. Результат процесса (продукции) является системообразующей основой всех сторон деятельности. Менеджмент качества есть деятельность руководства, направленного на создание таких условий производства, которые необходимы и достаточны для выпуска качественной продукции (результата процесса). В настоящее время ученые практики за рубежом, в том числе и медицинские работники, связывают современные методы менеджмента качества с методологией тотального всеохватывающего менеджмента качества. Все это нашло свое отражение в зарубежных учреждениях здравоохранения в форме разработки свода стандартов, представляющий собой перечисление критериев и параметров функционирования конкретного раздела медицинской и не медицинской деятельности. Кроме того, каждая глава свода стандартов учреждений содержит стандарт контроля качества. Этот стандарт обращает внимание на необходимость осуществления постоянного контроля, сущность которого определяется, как механизм оперативного выявления и разрешения проблем в обслуживании пациентов медицинского и не меди-

цинского порядка. Контроль качества и применяемые в его рамках методы являются добровольными и по своей природе обучающими. Мониторинг качества проводится по стандартной схеме, включающей в себя сбор информации по обслуживанию пациентов, периодическую оценку информации с целью выявления проблем и их решения.

Российская система здравоохранения в области разработки, утверждения и применения на практике системы качества медуслуг в значительной степени уступает своим зарубежным аналогам. Так в настоящее время в здравоохранении не разработана единая политика качества медуслуг. Система обеспечения качества и управления осуществляется способом существовавшей единой системы здравоохранения в советское время, в которой присутствуют профессиональные статусные барьеры между руководителями и подчиненными. Тогда как принцип менеджмента качества подразумевает действия сотрудников учреждения, как единой слаженной команды, объединенной одной целью – выпуском качественной продукции (качественного результата). Естественно, в настоящее время нет единого руководства по качеству – монографии или документа, излагающего четкую, однозначную политику в области качества, формирующую систему обеспечения качества. Разрабатываемые и утверждаемые в настоящее время Протоколы клинического ведения больных и стандарты отдельных ноозоологических заболеваний содержат лишь количественный набор диагностических действий, совершаемых в определенный промежуток времени и не решает проблемы установления единицы медицинской услуги (количественной меры), объем услуги и ее характеристик. Все это позволяет лишь в лучшем случае устанавливать стандарты в денежном выражении (показатели на душу населения с учетом состояния бюджетной системы, с оплатой медицинской услуги по факту, но не реальной стоимости (усредненной рыночной цене), а административно установленным подушевым нормативам, в результате чего медицинские услуги утрачивают свое качественное свойство объекта обращения. Следует отметить, что основной принцип бюджетной реформы – это переход от управления бюджетными затратами к управлению результатами, измеряемыми в натуральных показателях. Данное обстоятельство позволяет точно определить категорию получателя мед.услуги, их объема, выраженного в физических единицах, что позволяет возможность оценки, контроля и расчета стоимости. Но окончательного решения этой проблемы в настоящее время нет ни в зарубежном, ни в отечественном здравоохранении, как и нет предъявленного измерения и определения места здоровья индивида в результате.

Опыт разработки количественного измерения нормы медицинских процессов, их результатов и стандартизации с применением в учреждении двух стандартов, «измеряемого стандарта контроля качества преобразовательных процессов» и «измеряемого стандарта качества медицинских услуг» показали, что именно интегрированные показатели этих стандартов формируют и реализуют управленческие функции: регулирующую, координирующую, учетную, контрольную и оценочную. Двум последним в настоящее время придается огромное значение для оптимизации и эффективной деятельности учреждения. Средствами реализации этих функций являются устанавливаемые в стандартах медико-экономические нормы: норма процесса, порождающая его интенсивность и рациональность потребления ресурсов, обеспечиваемых непрерывным контролем, и норма результата (продукции), порождающая потребительную стоимость и позволяющая формировать рациональный бюджет из расчета на одного человека. При этом налагаемый атрибут качества на измеряемые нормы (как основ-

ной признак медицинской услуги) придает ей физические свойства, соответствующие требованиям международных стандартов, предъявляемых к продукции: технического уровня, технического качества, надежности и соблюдению этических норм экономических отношений. Это позволяет использовать стандарты для государственного контроля и надзора за функционированием здравоохранения и достижения результатов в качестве национального стандарта, сертификации и аккредитации учреждения, установления знака обращения на рынке медицинских услуг; так как нормы стандартов корреспондируются с гражданским и трудовым законодательством.

При этом:

Управление медицинскими процессами осуществляется в условиях реального времени, регулярного контроля процессов (как оценки изменений в биологическом объеме организма индивида и оценки качества применяемых ресурсов) и активности взаимодействия всех уровней управления, обеспечивающих организационные условия достижения качества результата. Качество результата есть соответствующее требование, предъявляемое к должности руководителя, должностным лицам и специалистам.

Система управления обладает высокой скоростью реакции на отклонение в процессе как на проблему, факторов ее причинности и определяет наличие возможности оперативного способа практического решения. Система основана на результирующей информации, характеризующейся быстроедействующей связью субъекта и объекта деятельности. Эта связь обеспечивает процесс управления в режиме реального времени движущимся объектом, а движение в свою очередь обеспечивается мультисервисным регулятором – единицей учетного времени протекания процесса.

Механизм управления связи субъекта и объекта обладает быстроедействием установления коммуникационных связей, основанных на объективной и достоверной информации, которая является достаточным обоснованием для принятия решений. Вследствие этого система имеет эластический характер своевременного реагирования на вызовы среды, позволяющего оперативно решать назревающие проблемы.

Одновременно с этим наш опыт разработки и внедрения этих стандартов показал, что для создания системы качества в здравоохранении требуется разработка серий стандартов (организационной среды медицинских процессов), реализующих функции системы управления экономикой: организационного стандарта предоставления платной услуги и добровольного медицинского страхования – предметная регулирующая функция, стандарта функции заработной платы – стимулирующая функция и, наконец, концепции социально – экономического развития учреждения – направляющая функция. Созданная таким образом система менеджмента качества формирует стратегический тип направленности управления – управления основными ключевыми процессами медицинской деятельности. Устанавливаемая модель взаимодействия, основанная на норме (стандарте) качества реализуемых процессов, обеспечивает гибкость управления процессами и функциями, адаптированными к ситуационным условиям и возможностям ресурсного обеспечения.

Другими словами, формируется система непрерывного управления качеством, при приближенном рассмотрении которой четко просматривается формирование модели структурного управления экономикой учреждения с рыночным механизмом и государственным регулированием, что и требуется для переходного периода к рынку.

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ РЕАНИМАЦИОННОЙ И НАРКОЗНОЙ ТЕХНИКИ ФГУП «НПО «АВРОРА»

Дмитрук А.И., Пупырев М.М.

Россия, г. Санкт-Петербург, ФГУП «НПО «Аврора», самостоятельная лаборатория медицинской техники

Традиционно ФГУП «НПО «Аврора» с 1967г. разрабатывает и производит пневматическую портативную реанимационную и наркозную аппаратуру. Основываясь на анализе отечественного и зарубежного рынка медицинской техники в 2005г. предлагается три новых образца продукции предприятия.

Впервые на отечественный рынок выходят два миниаппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Аппарат «МИНИДАР-01» предназначен для проведения управляемой ИВЛ кислородом и кислородно-воздушной смесью с активным вдохом и пассивным выдохом и подачи дополнительного потока газа при дыхательной реанимации взрослых пациентов. Аппарат «МИНИДАР-02» имеет аналогичное назначение, но при работе используется только кислород, а пациентами являются дети с массой тела от 5 до 30 кг.

Оба аппарата могут использоваться в условиях специализированного медицинского транспорта, на месте происшествия и на дому. Особенностью их применения является то, что при проведении ИВЛ лицевая маска крепится непосредственно к аппарату, органы управления которого находятся над лицом пациента в одном поле зрения врача. В состав каждого аппарата входят блок ИВЛ, блок питания (баллон 2 л), шланг питания, комплект инструментов и принадлежностей, сумка. Аппараты отличаются плавной регулировкой параметров вентиляции в широком диапазоне, предельной простотой управления, небольшим весом.

Технические характеристики приведены в табл. 1.

Все более широкое применение ксенона в медицинской практике и крайне ограниченный выбор адаптированной к ксенону наркозной техники предопределили разработку и изготовление в инициативном порядке портативного аппарата ингаляционного наркоза регулируемой смесью кислорода и ксенона «КСИН».

Таблица 1. Технические характеристики аппаратов МИНИДАР-01 и МИНИДАР-02

№	Наименование	Значение	
		МИНИДАР-01	МИНИДАР-02
1	Диапазон регулирования минутной вентиляции при проведении ИВЛ кислородно-воздушной смесью, л/мин	2 – 20	0,1 – 10
2	Диапазон регулирования дополнительного потока (ручная ИВЛ) кислородно-воздушной смеси, л/мин	2 – 50	0,1 – 20
3	Диапазон регулирования частоты вентиляции, 1/мин	10 – 50	10 – 35
4	Отношение продолжительностей вдоха и выдоха	1 : 2	1 : 1,5 – 1 : 2

5	Дыхательная среда: - кислород - кислород/воздух, %	+ 50/50 + -
6	Регулируемое сопротивление на выдохе, кПа	0 – 1,5
7	Максимальное рабочее (безопасное) давление, кПа	5,0
8	Питание аппарата	Блок питания, транспортный баллон, пневмосеть (0,4±0,05) МПа
9	Непрерывный режим работы при обеспечении пневмопитанием	Круглосуточно
10	Габаритные размеры, мм: - блок ИВЛ - блок питания	119 x 82 x 115 416 x 212
11	Масса, кг, не более: - блок ИВЛ - в полной комплектации	0,4 5,0

Аппарат состоит из двух газовых баллонов емкостью по 1,3 л с рабочим давлением до 150 кгс/см², блока ингаляции, дыхательного контура, позволяющего подключать блок улавливания ксенона (БУК); оснащен приспособлением для ношения, комплектуется сумкой, инструментами и принадлежностями. Вес без БУК 9,5 кг.

Традиционное использование аппарата предусматривается в комплекте с одним или двумя БУК с размещением либо на специальной стойке, поставляемой по требованию, либо на другом подходящем оборудовании. При отсутствии БУК аппарат предназначен для работы по открытому дыхательному контуру без сохранения выдыхаемого ксенона. Кроме того, аппарат по техническим характеристикам позволяет использовать его в условиях санитарного транспорта.

Аппарат обеспечивает регулируемые потоки (поплавокные расходомеры с ценой деления 0,2 л/мин) по кислороду 0-10 л/мин, по ксенону 0-6 л/мин; плавную регулировку концентрации ксенона в смеси с кислородом в диапазоне

30-75 %; предельную концентрацию ксенона не более 80 %; экстренную подачу кислорода пациенту (45 ± 5) л/мин; автоматическое прекращение подачи ксенона при прекращении подачи кислорода; сбор ксенона, выдыхаемого пациентом, в БУК; возможность переключения на пневмопитание от других баллонов или стационарной системы подачи газа.

Конструктивное оформление аппарата обеспечивает простое и удобное его развертывание в рабочее положение и свертывание в положение транспортирования.

В настоящее время опытные образцы аппаратов «КСИН» и «МИНИДАР» проходят испытания.

О ПРОБЛЕМАХ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ВОЗМОЖНОСТЯХ ОПТИМИЗАЦИИ ЕЕ РАБОТЫ

Землянухин Э.П.

г. Кемерово, Городская клиническая станция скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь была и остается одним из главных приоритетов всей системы здравоохранения. Для населения вызов «03» зачастую оказывается последней надеждой на жизнь и сохранения здоровья. По результатам работы СМП наши граждане и представители власти оценивают уровень и состояние здравоохранения в целом.

Ежегодно за медицинской помощью обращается каждый третий житель г. Кемерово. За последние десять лет число вызовов СМП увеличилось на 16% (161 тыс. - в 1994г, 191 тыс. - в 2004г.), а число пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации, за этот же период возросло в 1,7 раза: в 2004г. доставлено на госпитализацию БСМП 68 тыс. пациентов.

Очень высокой остается доля несвойственной для СМП нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным (46%), что приводит к целому ряду отрицательных моментов: нецелесообразное расходование бюджетных средств (себестоимость одного вызова БСМП – 611,6 руб.); неэффективное использование потенциала врачебных и специализированных бригад на вызовах, где требуется пособие на уровне доврачебной помощи, что снижает интерес врачебного персонала к работе, вызывает профессиональную неудовлетворенность и порождает конфликты между пациентами, их окружением и медицинским персоналом.

Помимо указанных проблем существует ряд других, таких, как противоречивая нормативно-правовая база, слабо отражающая современные организационные и технологические особенности оказания СМП на догоспитальном этапе; отсутствие регламентированных объемов и видов медицинской помощи с учетом условий ее оказания, что позволяет в конфликтных ситуациях экспертам оценивать действия работников СМП по академическим схемам диагностики и лечения патологического состояния.

Вместе с тем, если решение некоторых из вышеназванных задач, таких, как создание и утверждение нормативно-правовой базы, стандартов оказания СМП, находится вне нашей компетенции, то проведение организационных мероприятий, способных положительно повлиять на работу службы, мы расцениваем как свои прямые функциональные обязанности.

В связи с этим, в 2004г. наши усилия были направлены: на внедрение в практику работы выездных бригад новых технологий, которые не применялись ранее в условиях догоспитального этапа; на ресурсосберегающие технологии, психологическое сопровождение и психогигиену выездного медицинского персонала и администрации станции; дальнейшее развитие принципов преемственности между СМП и амбулаторно-поликлиническими учреждениями города.

1.Создание модели организации специализированной догоспитальной медицинской помощи кардиологическим больным артериальной гипертензией и инфарктом миокарда на основе внедрения информационных технологий и современных медицинских подходов к лечению. В условиях кардиологических бригад применение систем-

ного тромбозиса стрептазой (ТЛТ) в дозе 750 тыс. ед. и внутривенное применение бета-блокатора обзидана в сочетании с инфузией нитроглицерина. Результаты свидетельствовали о достоверном сокращении времени до начала реперфузии миокарда (в среднем на 48,3 мин.). В группе с ТЛТ достоверно реже отмечали признаки сердечной недостаточности, рецидивов болевого синдрома, а использование бета-блокатора с нитроглицерином способствовало, кроме того, уменьшению числа аритмий, ограничению зоны ишемического повреждения миокарда.

2. Установка на 22 автомобилях СМП Главной подстанции системы радионавигации позволили в реальном времени на компьютере диспетчера отслеживать местонахождение бригады, что позволяет значительно сокращать пробег автомобиля, время ожидания бригады, а также экономить ГСМ и запчасти. За 2004 год условная экономия внедрения данной технологии составила 5 млн. руб.

3. Реализуется психокоррекционная работа через индивидуальное и групповое консультирование, а также тренинговые и семинарские занятия, направленные на повышение психологической компетентности персонала, способности справляться с различными стрессорами и обучение навыкам эффективного межличностного взаимодействия, релаксации и аутотренинга.

4. Продолжается совместная работа по преемственности СМП и амбулаторными ЛПУ в оказании помощи больным с хронической патологией, что, вместе с круглосуточным консультативным телефоном, позволяет держать обращаемость на СМП в течение последних трех лет на уровне 330/тыс., при региональном показателе около 400/тыс., что дает еще 10 млн. руб. условной экономии бюджетных средств в год.

Вывод: малозатратные организационные решения, применение современных информационных и медицинских технологий в реальных условиях существования службы СМП позволяет значительно повысить качество оказания медицинской помощи, оперативность в работе при экономии бюджетных средств.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Зиновьева М.А., Москвичев В.Г.

*Россия, г.Ярославль, Ярославская областная клиническая наркологическая больница;
г.Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет;
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, вызывают в настоящее время пристальное внимание большинства европейских государств. Этот факт определяется тем, что социальная стоимость употребления алкоголя для общества в различных государствах оценивается на уровне 2-3% от валового национального продукта (Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя ЕРБ ВОЗ, 1999).

Несмотря на принимаемые мировым сообществом меры, потребление алкоголя за последние 25-30 лет во многих регионах земного шара значительно возросло. Это не

могло не сказаться на заметном росте негативных последствий употребления алкоголя, и в том числе социальных, таких как вовлечение в процесс широких слоев населения, включая женщин и подростков (Кошкина Е.А., 2000).

В России последние десять лет отмечается высокий уровень потребления алкоголя на душу населения. Только за 1999-2002 годы прирост потребления абсолютного алкоголя на душу населения по данным Госкомстата составил 10,5%, что видно из приведенных в таблице цифр.

Годы	1999	2000	2001	2002
Потребление абсолютного алкоголя на душу населения в литрах	7,9	8,1	8,3	8,7

Специалисты прогнозируют, что данный показатель, и дальше будет неуклонно возрастать. Это не может не сказаться на распространенности разнообразной соматоневрологической патологии, причинно связанной с потреблением этанола.

Не вызывает сомнений то, что увеличение потребления алкогольных напитков, в первую очередь, приведет к росту алкоголизма. Уже сегодня Россия занимает одно из лидирующих мест в Европе по заболеваемости этим психическим заболеванием.

В РФ в 2003 году интенсивный показатель зарегистрированных больных с синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизмом и алкогольными психозами) составил 1659,49 на 100 тыс. населения. Для примера в 1999 году данный показатель равнялся 1632,51 на 100 тыс. населения. Причем на каждых 6 мужчин, страдающих этой болезнью, обычно приходится 1 женщина (Онищенко Г.В., 2001 г.).

За пять лет с 1999 по 2003 год значительно возрасла учетная распространенность (59,7%), и первичная заболеваемость (79,2%) зарегистрированных в РФ алкогольных психозов. Из них основную часть - 82,8% (Энтин Г.М., Овчинская Н.С., 1998) - составляют именно алкогольные делирии, частота летальных исходов при которых колеблется от 3,7% до 12,3% (Dittmar G., 1999).

Кроме того, в последнее время ряд авторов (Огурцов П.Г., Испров И.В., 2001) отмечают довольно часто грубую соматическую патологию как причину летальности при алкоголизме. Наиболее распространенной патологией, отмечаемой в 38% всех регистрируемых случаев, является алкогольная энцефалопатия с отеком головного мозга (Кекелидзе З.И., Земсков А.П., 1999). Следующими причинами летального исхода при алкоголизме является цирроз печени (18% случаев), дыхательные расстройства на фоне легочной патологии (16%). Алкогольный панкреонекроз и панкреатиты являлись причиной смерти у 14% алкоголиков, такой же процент составила внезапная смерть, обусловленная алкогольной кардиомиопатией (Зайратьянц О.В., 2002).

Известно, что заболевания, связанные с потреблением алкоголя, выявляются у 5-10% населения планеты и имеют отношение почти к 2 млн. случаев смерти ежегодно (Кислый Н.Д., Осман Ю.С., 2003). Существующие оценки показывают, что люди теряют от 9 до 22 лет жизни вследствие болезней, вызванных злоупотреблением алкоголя (для сравнения: два года при раке и четыре при заболеваниях сердца - Fleming M.F., 1997).

Несмотря на продолжающийся рост заболеваемости алкоголизмом, в Российской наркологической практике отсутствуют единые стандарты диагностики и лечения алкогольных психозов, осложненных соматической патологией, которая в свою оче-

редь повышает смертность данной группы больных (а это в основном люди трудоспособного возраста), увеличивает инвалидизацию и пролонгирует время пребывания в стационаре.

Целью данного исследования был анализ летальности в наркологическом стационаре. В задачи исследования входило: определение роли сопутствующей соматической патологии, и ее влияние на показатель летальности, выявление особенностей зависимости причин смерти от тяжести течения алкогольных психозов.

Материалы и методы. Проведено сплошное клинико-ретроспективное исследование, смертельных исходов у больных в областной наркологической больнице г.Ярославля за период 2002-2004 гг. (всего 93 случая). Из исследования было исключено шесть смертельных случаев произошедших в результате отравлений различными лекарственными препаратами (подтвержденных токсикологами). Таким образом, было проанализировано 87 случаев смерти больных, получавших лечение в наркологическом стационаре в соответствии с отраслевыми стандартами оказания наркологической помощи (приказ 140 МЗ РФ № 140 1998 г.).

Результаты исследования. Проанализированная группа больных была представлена исключительно тяжелыми случаями алкогольных психозов (делирии и острые энцефалопатии). Средний возраст пациентов в изученной группе составил $47,5 \pm 5,9$ лет, а соотношение мужчин и женщин 8 к 1. Средняя продолжительность пребывания таких больных в стационаре составила $5 \pm 2,1$ дней; установленный стаж злоупотребления алкоголем - $17,5 \pm 5,8$ лет; Средняя продолжительность запоя перед госпитализацией $23,9 \pm 2,7$ суток; показатель досуточной летальности среди изученных случаев составил 24%.

Анализ морфологических данных проведенного танатологического исследования больных, получавших лечение от алкогольного делирия и острой энцефалопатии, выявил следующее распределение встречаемости различной патологии:

Патологоанатомические данные	Частота встречаемости (%)
Токсическая энцефалопатия	85,5
Отек головного мозга	55,5
Отек легких	13
Пневмонии	51
Сердечно-сосудистая недостаточность	19
Алкогольная гепатопатия	33,3
Цирроз печени	3,5
Признаки ИБС	15
Нефропатия	26

Таким образом, анализ причин смертности пациентов, поступивших в наркологический стационар для лечения алкогольных психозов, позволяет сделать следующие выводы: Смертность больных острыми алкогольными психозами в условиях наркологического стационара остается на высоком уровне. Основной причиной смерти является острая энцефалопатия с отеком головного мозга.

В подавляющем большинстве случаев регистрируются многочисленные выраженные изменения внутренних органов токсического характера (алкогольные висцеропатии).

Значительно отягощают жизненный прогноз развивающиеся в половине случаев пневмонии.

Немаловажным в отношении прогноза укорочения жизни можно считать развитие сердечной декомпенсации, возникающей на фоне уже существующей выраженной кардиомиопатии.

Полученные в результате проведенного исследования данные позволяют определить факторы, повышающие вероятность летального исхода. Знание этих факторов позволит врачам выбрать адекватную тактику ведения больных с алкогольными психозами и сопутствующей соматической патологией, что уменьшит летальность, частоту развития тяжелых осложнений, сократит длительность пребывания в стационаре и повысит фармакоэкономическую эффективность лечения таких больных.

ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ К ОПЕРАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Зубрицкий В. Ф., Шашолин М. А., Зязин А. А., Нерсесов Д. В.

*Кафедра Военно-полевой (Военно-морской) хирургии Государственного ин.ститута усовершенствования врачей МО РФ, Городская клиническая больница
29 им. Н.Э. Баумана «Утоли моя печаль», г. Москва*

Предоперационная подготовка толстой кишки имеет очень важное значение в хирургическом лечении колоректального рака. У больных со стенозирующим раком толстой кишки, осложненным нарушением ее проходимости, применяемые традиционно методы очистки кишечника (клизмы, бесшлаковая диета, слабительные) чаще всего бывают неэффективными. Следствиями некачественной подготовки толстой кишки являются вынужденный отказ от формирования межкишечных анастомозов ввиду угрозы их несостоятельности и рост гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. Причем наиболее актуальной проблема подготовки толстой кишки является при выполнении операций на левой половине толстой кишки.

Со второй половины 2001 года для предоперационной подготовке толстой кишки у больных со стенозирующим колоректальным раком, осложненным нарушением толстокишечной проходимости мы применяем комплексный метод с использованием ортоградного кишечного лаважа раствором полиэтиленгликоля с электролитами.

Подготовка данным методом длится 3-5 суток. Сочетанием методов традиционной подготовки кишечника (прием солевых слабительных, бесшлаковая диета и очистительные клизмы) достигается разжижение толстокишечного содержимого и уменьшение его количества. Решающее значение в очистке кишечника имеет ортоградный лаваж раствором препарата «Фортранс» в количестве 4000 мл.

Обязательным является проведение сбалансированной инфузионной терапии в течение 3-5 дней. Данный метод подготовки кишечника к операции был применен нами в 118 случаях у больных со стенозирующими опухолями левой половины толстой кишки, осложненными нарушением толстокишечной проходимости, составивших 28,8% от всех выполненных операций по поводу колоректального рака в колопроктологическом отделении. При этом 101 (85,6%) больной поступил в плановом порядке с клиникой субкомпенсированного нарушения толстокишечной проходимости, а 17 (14,4%) боль-

ных поступили экстренно с декомпенсированным нарушением толстокишечной проходимости. Кишечную непроходимость у этих больных удалось разрешить консервативными мероприятиями и они были подготовлены к плановой операции.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция поперечной ободочной кишки - 2, левосторонняя гемиколэктомия. 14, резекция сигмовидной кишки. 42, передняя резекция прямой кишки. 52, субтотальная колонэктомия.

1. Резекции толстой кишки без формирования межкишечных анастомозов по Гарману или по Микуличу были выполнены в 7 случаях. Причинами отказов от формирования анастомозов были распространенный характер опухолей и массивное метастатическое поражение печени. Кроме этого учитывался пожилой возраст больных, сопутствующая патология и исходная тяжесть состояния больных, вынуждавшие сокращать время операции.

Применение в предоперационном периоде комплексного метода подготовки толстой кишки с использованием ортоградного лаважа раствором полиэтиленгликоля с электролитами позволило нам значительно улучшить качество очистки толстой кишки у больных с нарушением толстокишечной проходимости, значительно сократить число гнойно-септических осложнений и полностью исключить некачественную очистку толстой кишки как причину отказа от формирования межкишечного анастомоза.

Таким образом мы считаем данный метод предоперационной подготовки толстой кишки к операции методом выбора у больных со стенозирующим колоректальным раком левой половины толстой кишки, осложненным нарушением ее проходимости.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И АСФИКСИЙ В УСЛОВИЯХ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА

Игнатов С.Т., Митин В.А.

Россия, Кемеровская обл., г.Прокопьевск, Городская станция скорой медицинской помощи

В организации медицинской помощи больным в urgentных ситуациях очень важен догоспитальный этап, на котором осуществляется первичная диагностика заболевания, проводятся экстренные лечебные мероприятия, определяются показания к транспортировке больных в профильный стационар.

Одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Очень высокую летальность на догоспитальном этапе составляют асфиксии всех видов.

На станции скорой медицинской помощи (СМП) г.Прокопьевска обращаемость больных с ИБС в 2004 году составила 31% от всех обращений по поводу болезней системы кровообращения. Частота заболеваемости в г.Прокопьевске остается на уровне 38 на 1000 населения. В среднем 20 вызовов ежедневно выполняется бригадами СМП к больным ИБС. Смертность от ИБС в структуре всех смертей констатированных бригадами СМП г.Прокопьевска составляет 15,5%. Летальность – 1,8. Но если обращаемость больных с асфиксиями не большая, в среднем ежедневно выполняется всего лишь около 1-го вызова к больным данного профиля, однако летальность от нее очень высокая и составляет 13,9.

До недавнего времени тактику ведения острого инфаркта миокарда и асфиксий всех видов сводили к неотложным состояниям, требующим всем известную быструю и патогенетически обоснованную медицинскую помощь.

Начиная с конца 2004 года на ССМП г.Прокопьевска использован способ лечения острого инфаркта миокарда, включающий антикоагулянты, анальгетики, антиаритмические, коронаролитики, отличающийся тем, что на догоспитальном этапе больным проводилась инфузия перфторана. Таким же образом при асфиксиях наряду с мочегонными, гормональными препаратами, антигипоксантами, оксигенотерапией проводилась инфузия перфторана.

В итоге следует привести клинические случаи применения перфторана бригадами СМП.

Больная Г., 36 лет. С целью суицида повесилась на поясе от халата. Давность освобождения из петли до приезда СМП 5-6 минут.

При объективном исследовании: общее состояние тяжёлое. Сознание отсутствует. Корнеальные и сухожильные рефлексы не определяются. Реакция зрачков на свет отсутствует. Наблюдается выраженный тризм, тонические судороги. Дыхание не ритмичное, ЧД = 12 в минуту, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС = 81 в минуту, АД = 120/80 мм.рт.ст. На шее выраженная странгуляционная борозда ниже щитовидного хряща, сходящаяся на задней её поверхности.

Диагноз: странгуляционная асфиксия. Кома III стадии.

Помощь оказана в пределах отраслевых стандартов с инфузией перфторана 200,0 и ингаляцией O₂. После оказанной помощи состояние больной улучшилось, судороги купировались, появилась двигательная активность, однако сознание не восстановилось.

В стационаре на фоне дегидратационной терапии, антигипоксантов, ГБО на второй день больная пришла в сознание с сохранением амнезии на произошедшие события. На 9-ый день выписана на амбулаторное лечение с улучшением состояния, стабильной гемодинамикой и регрессированием общемозговой симптоматики.

Больной Н., 50 лет. Пострадавший находился в задымлённой квартире, где был пожар. Пожарные вынесли пострадавшего на улицу, вызвали СМП.

Объективный осмотр: общее состояние тяжёлое, сознание отсутствует. Реакция на болевые раздражители отсутствует. Корнеальные рефлексы утрачены. Кожные покровы ярко-розового цвета. АД = 110/70 мм.рт.ст., пульс 100 ударов в минуту. Дыхание учащенное, ритмичное, ЧД = 20 в минуту.

Диагноз: отравление угарным газом тяжёлой степени. Кома III стадии.

Было проведено адекватное лечение с инфузией перфторана и ингаляцией O₂.

Уже в приёмном отделении пациент пришёл в сознание, начал отвечать односложно на вопросы. Через 7 часов начал адекватно отвечать на вопросы и был переведён из реанимационного отделения в терапевтическое, где отказался от дальнейшего лечения и самовольно ушёл домой.

Диагноз клинический: острое отравление CO₂, тяжёлой степени. Гипоксический отёк головного мозга.

Больная К., 80 лет. СМП вызвала фельдшерская бригада на инфаркт миокарда. АД = 60/не определяется. По приезду выяснилось, что после пожара в подвале дым проник в квартиру, больная с трудом выбралась на лестничную площадку. Фельдшером СМП

оказана помощь в пределах отраслевых стандартов. В анамнезе гипертония, ИБС. На момент осмотра сохраняются жгучие боли за грудиной, одышка.

Объективный осмотр: общее состояние тяжёлое, возбуждена, в контакт вступает. В носовых ходах следы сажи. Тоны сердца глухие, ритм правильный. АД = 90/60 мм.рт.ст., ЧСС = 92 в минуту, ЧД = 22 в минуту.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС = 92 в минуту, подъём ST в I, II, AVL, V1-V4 на 3-4 мм.

Диагноз: ИБС: острый инфаркт миокарда в передне-перегородочной и верхучечной области левого желудочка. Отравление CO₂, средней степени тяжести.

В дополнении к лечению фельдшерской бригады введён внутривенно раствор фенотезапа 1,0, проведена инфузия перфторана 200,0, ингаляция O₂.

В результате лечения боли купировались, одышка прошла.

ЭКГ в стационаре через 4 часа: признаки субэндокарональной ишемии в перегородочной области левого желудочка и субэндокаронального повреждения в передне-верхучечной и боковой области. Нарушение ритма и проводимости – мерцание предсердий, нормосистолическая форма с наклоном к тахикардии.

В динамике:

- через 1 день восстановился синусовый ритм, внутрипредсерная блокада I степени. Отмечается заметное улучшение коронарного кровотока в передне-верхней, боковой областях левого желудочка и восстановление его в перегородочной области;

- на 12-тый день – ритм синусовый, ЧСС = 70 в минуту. Диффузные изменения миокарда дистрофического характера;

- на 15-ый день после проведённого соответствующего лечения выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом: ИБС: прогрессирующая стенокардия, пароксизм мерцательной аритмии с восстановлением синусового ритма НКIIA, гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4 степени, компенсация.

Больной В., 65 лет. Вызов на мичуринские сады. Давность давящих болей за грудиной в течение 1 суток. Вначале боли были приступообразные. Последние 4 часа постоянные. Одышка с затруднённым вдохом в покое. В анамнезе инфаркт миокарда 1997, 2003 гг.

Объективный осмотр: общее состояние тяжёлое, положение вынужденное, ортопноэ. Акроцианоз. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Дыхание шумное, с затруднённым вдохом, слышное на расстоянии. По всем поверхностям лёгких влажные крупнопузырчатые хрипы. Тыльная поверхность стоп и нижняя треть голени отёчные.

Записи ЭКГ нет. Диагноз: ИБС: повторный инфаркт миокарда? Осложнённый отёком лёгких НКIIIБ. Системный подход к оказанию помощи и инфузия перфторана позволили купировать боли и снять одышку. Пациент госпитализирован в кардиологическое отделение. ЭКГ через 1 день: ритм синусовый, ЧСС = 88 в минуту, изменения, как при подострой стадии инфаркта в передне-боковой области левого желудочка. Блокада передней верхней. Признаки перегрузки левого предсердия.

На 15-ый день выписан в удовлетворительном состоянии.

Клинический диагноз: ИБС: Повторный передне-перегородочной, базальный инфаркт миокарда неосложнённый без зубца Q. ПИКС 1997, 2003. НКIIA. Артериальная гипертония.

Больной Н., 48 лет. После похорон родственника в течение 2-х часов беспокоят интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в эпигастрий. Заболел впервые, нитроглицерин неэффективен.

Объективный осмотр: состояние тяжёлое, положение вынужденное (лёжа держится за грудную клетку). Кожные покровы обильно покрыты холодным потом. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС = 78 в минуту, АД = 110/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ритм синусовый, подъём ST в III, II, AVF на 4-6 мм.

Диагноз: ИБС: первичный острый инфаркт миокарда в задней стенке левого желудочка.

Адекватное лечение не позволило купировать болевой синдром. Больному повторно ввели наркотические препараты, провели инфузию перфторана и ингаляцию O₂.

После проведённого лечения боли купировались, пациента госпитализировали в кардиологическое отделение.

На 9-ый день в стационаре произошла смерть пациента от развившейся острой левожелудочковой недостаточности.

Таким образом, использование перфторана на догоспитальном этапе в urgentных ситуациях в большинстве случаев благоприятно влияет на исход заболевания, особенно при асфиксиях. Однако, его применение больным с острым инфарктом миокарда требует дальнейшего изучения.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛЫХ ГОРОДОВ В СВЕТЕ ПРОВОДИМОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.

г. Сатка Челябинской области

Основной стратегической целью развития отечественного здравоохранения является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан России.

В выступлении Президента РФ В.В. Путина на Госсовете 08.09.2005 года и в основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2008 года определены мероприятия, направленные на создание условий для повышения уровня жизни населения, содействие развитию «человеческого капитала», что должно отразиться на важнейших показателях состояния здоровья населения, в том числе и на ожидаемой продолжительности жизни (увеличение до 67,0 лет в 2008 году и до 68,0 лет к 2010 году).

В свою очередь повышение доступности и качества медицинской помощи касается и нашей службы, которая на первый взгляд наиболее доступна для населения, но при низком финансировании качество ее работы значительно ниже возможностей.

Руководящими документами для скорой является приказ МЗ РФ №100 от 26.03.1999 г. и вышедшие в течение последнего года приказы Минздравсоцразвития России №179 от 01.11.2004 года и №487 от 29.07.2005 года, определившие порядок оказания и организации скорой и первичной медико-санитарной помощи.

А подготовленная министерством и своевременно опубликованная Программа государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи (Постановление Правительства РФ №461 от 28.07.2005 года) дает возможность руко-

водителям всех уровней в регионах сформировать свои Территориальные Программы, которые обеспечат скорую минимальным количеством денежных средств, достаточным для ее выполнения.

Как показывает практика стоимость вызова (случая оказания помощи), определенного Постановлением Правительства РФ, на уровне муниципальных образований фактически занижается. Примером может служить финансирование нашей станции (см. таблицу №1).

Таблица № 1

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района		2002 год		2003 год		2004 год		2005 год		2006 год	
		Абс. %		Абс. %		Абс. %		Абс. %		Абс. %	
Число выездов в год (средний за 10 лет) и случаев оказания СМП		40.000		40.000		40.000		40.000		40.000	
	По Программе госгарантий Правительства РФ	14,4 млн		16,2 млн		28 млн		32,5 млн		36,5 млн	
Объемы финансирования	Утверждено Горфинотделом	6,8 млн	48%	9,0 млн	56%	12,7 млн	46%	14,7 млн	46%		
Средняя стоимость 1 выезда	Факт	8,0 млн	56%	11,4 млн	71%	14,7 млн	53%				
	По Программе госгарантий Правительства РФ	360 руб		460 руб		700 руб		854 руб		913,3 руб	
	Факт	170 руб	48%	225 руб	56%	333 руб	48%	387 руб	46%		

Как следует из таблицы финансирование 1 вызова (случая обращения населения) на уровне муниципалитета снижается в 2-3 раза, а это ведет не только к снижению доступности, но и качества оказания помощи. Поэтому желательно чтоб был принят Закон «О государственных гарантиях», в котором будут законодательно закреплены виды, объемы, порядок и условия оказания медицинской, в том числе и скорой помощи населению, а также требования к ее качеству.

Закон установит единую систему стандартизации в скорой медицинской помощи и будет способствовать переходу от сметного содержания станций и отделений на принцип финансирования по стандарту ее оказания вне зависимости от места предоставления, что резко повысит качество оказания скорой помощи и сохранит жизни многим пострадавшим. Этому способствуют подготовленные министерством Законы о расширении организационно-правовых форм медицинских учреждений («Об автономных учреждениях» и «О государственной (муниципальной) некоммерческой автономной организации»).

Уход станций от сметного финансирования позволит самостоятельно формировать доходную и расходную части бюджета станций на основе муниципального заказа (ст. 176 и 177 БК РФ).

У главного врача появится большая гибкость в использовании имеющихся ресурсов и расширится хозяйственная самостоятельность.

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района доказала свое право на преобразование ее в автономную некоммерческую организацию тем, что при низком финансировании (в 2-3 раза меньше норматива) не снизила объемы оказываемой помощи и по заключению комиссии под руководством директора НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем» профессора Блохина А.В.

(г. Екатеринбург, 2001 год) наша станция является наиболее эффективно работающим учреждением здравоохранения в районе.

Это подтвердило и Правительство РФ. Станция дважды становилась Лауреатом Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности» и награждена двумя Дипломами и Грамотами Правительства Российской Федерации.

От всей души желаю Минздравсоцразвития, чтобы Закон «О государственных (муниципальных) автономных организациях» как можно быстрее был принят Государственной Думой и чтобы в нем сохранялось право самостоятельных станций скорой медицинской помощи (со своим автотранспортом) на преобразование в Муниципальную автономную некоммерческую организацию.

Но до принятия Законов для решения проблем, стоящих перед службой, нужны не только усилия Минздравсоцразвития, направленные на увеличение объема финансирования и внедрения прогрессивных методов финансового обеспечения, но и кардинальное укрепление ее материально-технической и кадровой базы; повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, активная помощь руководителей региональных, муниципальных властей и самих станций. При выполнении всего этого перспективы развития службы будут вполне оптимистичными.

МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Калининская А.А., Шляфер С.И.

Г. Москва, федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Скорая медицинская помощь (СМП) является высокозатратным сегментом здравоохранения. Стоимость одного вызова СМП, определенная Программой государственных гарантий на 2002 г., составляет 408,1 руб. На обслуживание 50,4 млн. вызовов в год СМП ежегодно тратится около 20,6 млрд. руб. Увеличение доли экстренной помощи отрицательно сказывается на экономическом состоянии отрасли. В структуре расходов на оказание медицинской помощи населению на долю СМП на догоспитальном этапе приходится около 7% расходов на здравоохранение. В сфере первичной медико-соци-

альной помощи аккумулируется в целом почти 40% средств, направляемых на охрану здоровья населения.

В среднем по Российской Федерации до 60% обращений на СМП поступает именно от хронических больных и больных с острыми простудными заболеваниями. Около 5% хронических больных в течение года потребляют 25% объемов скорой медицинской помощи. Таким образом, СМП зачастую приходится дублировать функции амбулаторно-поликлинических учреждений.

Определенные приказом Минздрава СССР № 404 от 20 мая 1988 г. меры по передаче неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службе так и остались повсеместно не выполненными, хотя с момента принятия приказа прошло более 15 лет.

Частота вызовов скорой медицинской помощи в Российской Федерации в течение 1990-2002 гг. была достаточно стабильной и составила в 2002 г. 337,52 вызова на 1000 населения. Показатели частоты вызовов СМП (в 2002 г.) в субъектах РФ имели колебания в 3,0 раза. Анализ частоты вызовов СМП по различным поводам показал, что 226,7 вызовов на 1000 населения были связаны с внезапными заболеваниями и состояниями, 36,4 - с перевозкой больных, рожениц и родильниц, 33,4 - с несчастными случаями и 1,3 - с родами и патологией беременности. Безрезультатные выезды СМП составили 3,9%. Следует отметить неэффективное использование специализированных врачебных бригад СМП. В настоящее время в РФ организованы специализированные бригады по 11 профилям. В силу узкопрофильности специализированные бригады имеют нагрузку в 1,5-3 раза меньше врачебных общепрофильных.

Последующим приказом Минздрава РФ № 100 от 26 марта 1999 г. "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации" определено, что основными задачами службы должны явиться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи и доставка их в кратчайшие сроки в стационар. Эта работа должна осуществляться, в основном, фельдшерскими бригадами. При этом соотношение бригад СМП должно постепенно перерасти в сторону преобладания фельдшерских.

Вместе с тем представление об экстренной медицинской помощи, как о едином специализированном организационно-техническом комплексе в нашей стране еще не реализовано. Стационары не готовы к росту экстренных госпитализаций при активном переходе на фельдшерские бригады.

После выхода приказа Минздрава РФ № 100 от 26 марта 1999 г. отмечен незначительный рост фельдшерских бригад (смен) с 1,58 (1999 г.) до 1,66 (2002 г.) на 10 тысяч населения. При этом нагрузка на 1 фельдшерскую бригаду (смену) также незначительно увеличилась на 1,8%. Доля перевозок сократилась с 17,0 до 16,3%. Частота госпитализации больных доставленных скорой медицинской помощью в РФ за тот же период увеличилась с 52,4 до 58,6 на 1000 населения и составила 27,2% от общего числа лиц госпитализированных в больничные учреждения. Доля экстренно госпитализированных больных СМП в субъектах РФ колебалась (2002 г.) от 68,1% в г. Москве до 7,9% - в Республике Ингушетии. В условиях активного перехода на фельдшерские бригады нельзя рассчитывать на готовность стационаров (особенно в условиях крупных городов) на увеличения приема экстренных больных.

Частота обращаемости за СМП городского населения базового АПУ составила 350,2 на 1000 населения. Доля необоснованных вызовов СМП составила 21,8%. Вызовы, кото-

рые были переданы экспертами, на обслуживание НМП в поликлинику составили 72,55 на 1000 населения.

Несмотря на постоянный процесс реорганизации (объединения и разъединения) скорой и неотложной медицинской помощи (НМП) в ряде субъектах Российской Федерации накоплен положительный опыт раздельного функционирования этих служб.

Наибольшая частота вызовов НМП в базовом АПУ в связи с заболеваниями была по поводу болезней системы кровообращения (42,1 на 1000 взрослого населения), болезней органов дыхания (23,93), болезней органов пищеварения (9,76), болезней мочеполовой системы (4,93), болезней кожи и подкожной клетчатки (4,62), болезней нервной системы (4,4), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,0) и др. На эти 7 классов болезней приходилось 89,3% обращений взрослого населения за НМП. Почти половина (49,5%) обращений за НМП была отмечена в возрастной группе 60 лет и старше. Особенности вызовов НМП следует учитывать при подготовке врачей и фельдшеров НМП.

Нормирование труда бригады НМП установило, что среднее время выполнения вызова бригадой НМП равно 69 мин. 03 сек. \pm 3 мин. 54 сек. В связи с этим следует планировать 3-х сменную бригаду НМП на 14,95 тысяч взрослого городского населения. Для обеспечения населения города НМП необходимо планировать на 10 тысяч взрослого населения 0,688 бригад НМП. Число врачей (фельдшеров) бригады НМП следует планировать в расчете 2,14 на 10 тысяч взрослого населения.

Проведенное нами исследование показало, что стоимость одного вызова бригады неотложной медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинического учреждения составила 168,9 руб., что почти в 2,0 раза меньше стоимости одного вызова фельдшерской или врачебной общепрофильной бригад СМП. При этом стоимость врачебных общепрофильных и фельдшерских бригад СМП отличается незначительно (355,1 и 313,4 руб. соответственно).

Первоочередной задачей является регламентация дефиниций “экстренная”, “скорая” и “неотложная” медицинская помощь.

Раздельную организацию служб скорой и неотложной медицинской помощи следует рекомендовать в крупных и средних городах Российской Федерации.

Следует определить источники финансирования скорой и неотложной медицинской помощи, решить вопросы предоставления льгот работникам служб неотложной медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи (СМП). В РФ создана и функционирует система оказания населения СМП. Ежегодно служба СМП выполняет от 46 до 48 миллионов вызовов, оказывая медицинскую помощь более чем 48 млн. гражданам.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кириллов В. В.

Москва, Центральная клиническая больница ГМУ Управления делами Президента РФ

Одна из актуальных проблем неотложной кардиологии – борьба с опасными проявлениями ИБС и, в частности, с острыми коронарными синдромами (ОКС): нестабильной стенокардией (НС), острой коронарной недостаточностью (ОКН) и острым инфарктом миокарда (ОИМ). ОКС - самая частая причина неотложных состояний, требующих скорой медицинской помощи (СМП).

Организация в системе здравоохранения кардиологической службы, создание блоков интенсивного наблюдения и развитие специализированных бригад СМП определили пути как к интенсивной терапии ОИМ в стационарах, так и к купированию его осложнений (нарушения ритма, отек легких, кардиогенный шок) вне лечебных учреждений – на догоспитальном этапе (ДГЭ).

Эффективность лечения амбулаторных больных, при развитии острых и обострении хронических заболеваний во многом зависит от оказания им своевременной и квалифицированной помощи именно на ДГЭ. В связи с этим нами проанализирована за 5-летие догоспитальная терапия, проведенная 11 тыс. больным с острой коронарной патологией. В диагностике ОКС врачи СМП использовали данные анамнеза, клиники, ЭКГ диагностики и кардиомониторирования. Наибольшее число вызовов приходилось к больным ИБС старше 60 лет. СМП оказывали в первые 3-6 часов от начала ОКС, по поводу впервые возникших – у 12,6% больных или участвовавших приступов НС – у 52,3%, ОКН (без зубца Q) – у 17,8%, ОИМ – у 10,9%, нарушений ритма сердца – у 5,4% и внезапной коронарной смерти (ВКС) – у 1% больных.

За период наблюдения, параллельно с совершенствованием организационных форм оказания СМП больным, шел процесс оптимизации медтехники и всех лечебно-диагностических элементов неотложной медицины. Постоянный прогресс науки и техники свидетельствует, что аппаратно-инструментальные потребности СМП настоятельно требуют новых медико-технических разработок. Именно эти предпосылки позволили поэтапно ввести в арсенал бригад современные прикладные медицинские технологии и отработанные методики медикаментозной коррекции функциональных системных нарушений, прежде всего в деятельности сердечно-сосудистой системы.

Комплекс лечебных мероприятий бригад СМП, с точки зрения медицинских технологий, включал в себя:

ЭКГ диагностику ОКС (аппараты «CARDIO-VIT-3», Швейцария, и «MAC 500», Германия). Она проводилась по данным ЭКГ исследований 12 отведений и по НЭбу. ОКН диагностировали при наличии определенных типов ЭКГ-кривых. Здесь превалировали: депрессия сегмента ST – 29,3% случаев; наличие зубца Q в одном или двух отведениях – 23%; наличие лишь отрицательного T – 16,4%; подъем ST– 12,8%, или его сочетание с зубцом Q – 9,7%; и наличие лишь реципрокных изменений – 8,8%. Установлено, что степень депрессии сегмента ST в 70% случаев ОКС четко коррелировала с распространенностью поражения миокарда. Использование бригадами СМП стандартов ЭКГ-диа-

гностики позволило повысить до 88% своевременность экстренной госпитализации больных с ОКС в первые часы от начала их развития.

Мониторное ЭКГ-наблюдение (кардиомониторы «PROPA-Q», США, и «ARGUS TM», Швейцария). Его использовали при купировании различных нарушений ритма. Наиболее часто диагностировали: желудочковую экстрасистолию – 49% случаев и пароксизмы желудочковой тахикардии – 15%, реже – мерцательную аритмию – 10% и нарушения внутрижелудочковой проводимости – 12%. Приборы позволили вести кардиомониторинг в течение всего времени работы бригады у постели больного в автоматическом режиме – «сторожевой» контроль купирования аритмии. Данный метод применяли и в машинах СМП при транспортировке кардиологических больных в стационары.

Дефибрилляцию (дефибрилляторы «LIFEPAС-10», США, и «CARDIO-AID», Дания). Ее осуществляли во всех 99 случаях развития клинической смерти. Визуальный мониторный ЭКГ-контроль позволил выявить у больных с ОКН развитие фатальных аритмий в виде: первичной фибрилляции желудочков (ФЖ) – 40 чел., вторичной ФЖ – у 23, причиной ВКС еще у 10 больных явилась асистолия. Указанные механизмы смерти наблюдались у пациентов с хронической ИБС. Дефибрилляция, начатая врачами СМП в первые 1-2 мин. после потери сознания, с применением лекарственных средств обеспечила в 35,6% случаев (26 больных) восстановление жизненных функций сердца и головного мозга.

Электрокардиостимуляцию (прибор для пищеводной стимуляции – «TUR-30», Германия). Она, как метод поддержания восстановленной электрической активности сердца, проводилась на фоне успешных попыток оживления при ВКС у 52 больных. В 33 случаях отмечен ее эффект, и в 19 он отсутствовал.

Кислородотерапию и наркозно-дыхательное обеспечение (наркозно-ингаляционная стенка «TITUS», Германия, и «MINOXYGARD», Дания). Ежегодно на этапе СМП выполнялось до 40 наркозов и 500 оксигенаций.

Искусственную вентиляцию легких (дыхательные приборы «OXYLOG», Германия, и «LAERDAL», Норвегия). ИВЛ в 8,1% случаев сопровождала выполнение реанимационного пособия у больных ВКС. Функциональный и стационарный (в машине СМП) запас кислорода позволял адекватно ее проводить в течение 30-60 мин., борясь с осложнениями ОИМ: отеком легких у 76 больных и кардиогенным шоком – у 35. В 19,2% случаев состояние больных удалось стабилизировать перед транспортировкой в стационар.

Лекарственное воздействие. Формуляры неотложной терапии приступов НС включали: нитролингвал-спрей, валорон с дроперидолом (по 1 мл), при отсутствии эффекта – фентанил с дроперидолом (по 1 мл) в/венно (струйно) или в/в (кап.) нитролингвал (10 мл) с лидокаином, ингаляции кислорода с закисью азота. Проведение бригадами мероприятий интенсивной терапии способствовало в 17,2% случаев предотвращению возможного развития первичной ФЖ у больных с ОКН.

Выводы. Применение бригадами СМП передовых медицинских технологий коррекции и восстановления деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных ИБС способствовало в 78% случаев купированию критических состояний еще на догоспитальном этапе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Ковалева Н. Н.

Красноярский край, г. Железногорск, ФГУЗ ЦМСЧ-51, отделение скорой медицинской помощи

В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний внезапная смерть (ВС) занимает значительное место. Исходы и выживаемость после остановки сердца зависят от многих факторов, поэтому целью работы был анализ случаев внезапной смерти в присутствии медицинского персонала. Нами обобщены результаты оказания неотложной помощи 137 внезапно умершим пациентам (72-мужчины, 67-женщин). В 50 случаях остановка кровообращения наступила в присутствии бригады скорой помощи, в 63 случаях – в приемно-диагностическом (ПДО) или анестезиолого-реанимационном отделениях (АРО) в течение 24 часов с момента поступления, в 24 случаях – в отделениях стационара на фоне стабильного состояния. Проведен ретроспективный анализ карт вызовов скорой помощи, амбулаторных карт и историй болезни этих пациентов.

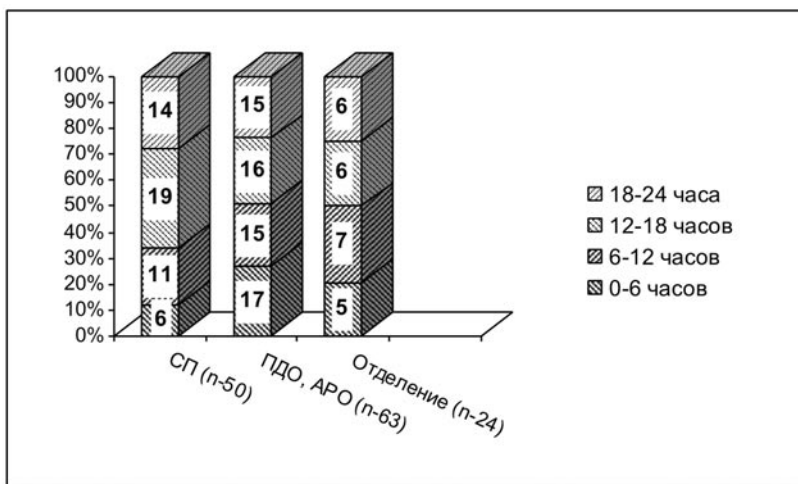


Рис. 1. Распределение случаев внезапной смерти в присутствии медицинских работников по времени.

При распределении в представленных группах случаев внезапной смерти по времени суток выявлено, что наибольшее число случаев на этапе скорой помощи происходит в дневные (35%) и вечерние (28%) часы, а в приемно-диагностическом отделении и отделениях стационара они распределяются почти равномерно между ночными, утренними, дневными и вечерними часами (рис 1).

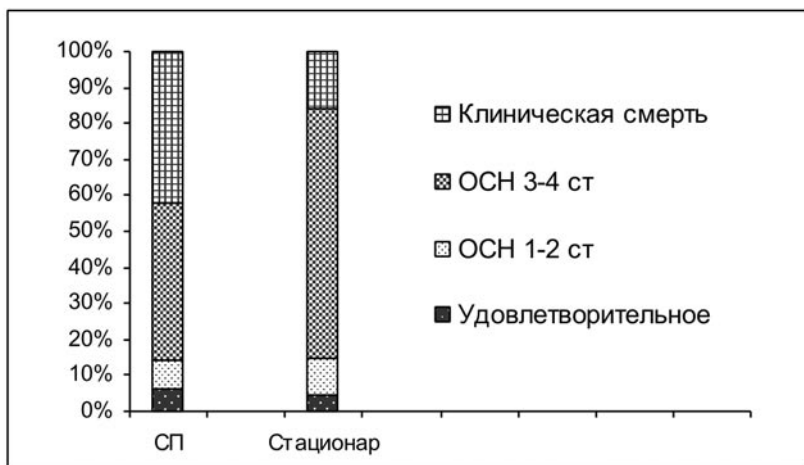


Рис. 2. Клиническая оценка объективного состояния больных на момент осмотра.

Для оценки степени тяжести и клинических форм выраженности острой сердечной недостаточности (ОСН) использовали классификацию Т. Киллипа. На догоспитальном этапе при первом осмотре в 42% пациенты находились в состоянии клинической смерти и в 44% в крайне тяжелом состоянии с острой сердечной недостаточностью 3-4 степени по Киллипу. В стационаре в 68% случаев на момент осмотра состояние больных было тяжелым, а состояние клинической смерти зарегистрировано в 16% случаев (рис. 2).

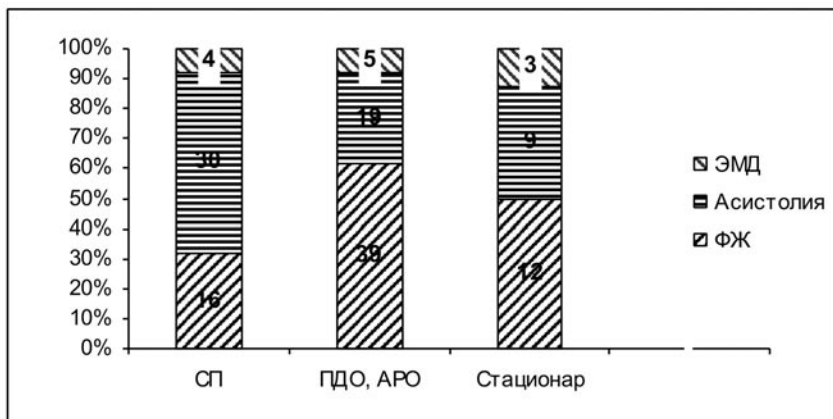


Рис. 3. Формы внезапной остановки кровообращения.

Анализ полученных данных свидетельствует, что наиболее частой формой развития ВС на этапе скорой помощи являлась асистолия – 30 случаев (60%), реже фибрилляция желудочков – 16 случаев (32%) и электромеханическая диссоциация – 4 случаев (8%). В стационаре же наиболее частым механизмом остановки кровообращения была

фибрилляция желудочков – 51 случай (59%), асистолия наблюдалась в 28 случае (32%), ЭМД – 8 случаев (9%) (рис. 3). Возможно, это обусловлено тем, что в стационаре короче период от момента остановки кровообращения до ее обнаружения. Вне больницы остановка кровообращения, вероятно, вызвана в основном ФЖ, которая ко времени регистрации ЭКГ уже переходит в асистию.

Таблица 1. Причины внезапной смерти на догоспитальном и госпитальном этапе.

Догоспитальный этап (n-50)		Причины ВС	Госпитальный этап (n-87)	
абс	%		абс	%
15	30	Острый ИМ	62	71,3
14	28	ОКН	11	12,6
12	24	ОСН	4	4,6
1	2	Разрыв аневризмы	2	2,3
8	16	ОНМК	5	5,7
		ТЭЛА	3	3,4

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда; ОКН – острая коронарная недостаточность; ОСН – острая сердечная недостаточность; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии.

Ведущие причины летального исхода при ВС в присутствии медицинских работников на госпитальном и догоспитальном этапах представлены в таблице (табл. 1). Вне больницы наиболее частой причиной внезапной смерти является ИМ, ОКН и ОСН а в условиях больницы ИМ (71,3% случаев ВС).

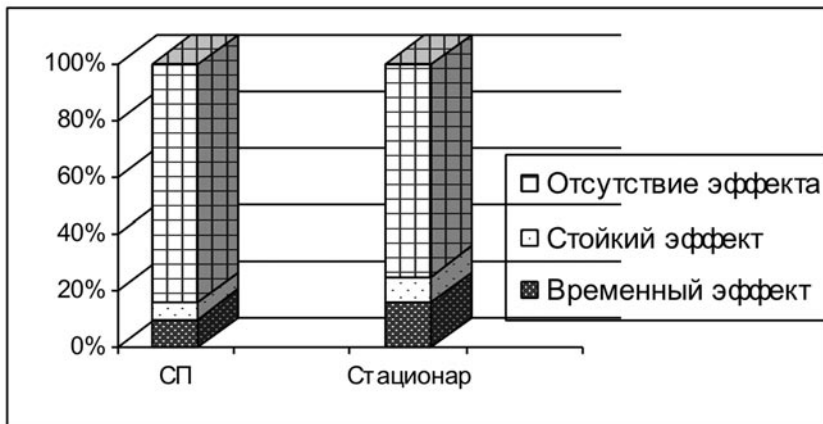


Рисунок 4. Исходы догоспитальной и госпитальной реанимации.

Результативность реанимационных мероприятий у больных с ВСС позволяет констатировать, что догоспитальный эффект реанимации был отмечен у 8 (16%) больных, но только в 3-х случаях (6%) эффект был стойким и пациенты были выписаны домой (рис. 4). Временный эффект (летальный исход в течение 28 дней от начала заболевания) – 5 случаев (10%), отсутствие эффекта – 42 случаев (84%). По статистическим данным успешно реанимируются в случаях внебольничной остановки сердца от 2% до 24% больных. В стационаре эффективность реанимационного пособия составила 25%

(22 случая). Следует отметить, что только в 2-х случаях наступления смерти до приезда скорой помощи окружающими проводилась сердечно-легочная реанимация.

Таким образом, на догоспитальном этапе при первом осмотре в 42% пациенты находились в состоянии клинической смерти и в 44% наблюдалась клиника ОШН 3-4 степени. В стационаре состояние клинической смерти было зарегистрировано в 16% случаев. В 60% формой развития ВС на этапе скорой помощи являлась асистолия, что обусловлено более продолжительным периодом от момента остановки кровообращения до ее обнаружения. Догоспитальный эффект реанимационных мероприятий в случаях внезапной остановки кровообращения значительно ниже, чем госпитальный. Невысокие показатели эффективности догоспитальной реанимации при внезапной смерти подтверждают необходимость проведения базовой медицинской подготовки и обучения приемам оказания первой медицинской помощи для немедицинских служб (милиция, пожарные) и для населения.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТАКТИКИ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ У ПОЖИЛЫХ

Кондурцев В.А., Труханова И.Г., Кудинова Н.А.

Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии с курсом гемотрансфузиологии

Геморрагические заболевания и синдромы широко распространены в гериатрической практике, однако относятся к малоизвестному разделу патологии из-за сложившегося стереотипа, отождествляющего старение, атеросклероз и тромбоз. Геморрагические гемостазиопатии у людей старше 60 лет распознаются неоправданно редко. Они наблюдаются у 20 – 25% больных, обращающихся за врачебной помощью.

У большинства больных геморрагический синдром возникает и развивается постепенно, малосимптомно. Гораздо реже начало заболевания проявляется сильными кровотечениями, требующими оказания неотложной помощи. Наиболее частые жалобы, предъявляемые пациентами: кровоизлияния в кожу (петехии) и в подкожно-жировую клетчатку (экхимозы), кровоточивость слизистых оболочек носа, рта, мочеполовых путей (гематурия), посттравматические кровотечения, реже кровоизлияния в склеру и сетчатку глаза, а также в вещество головного мозга. Самым тяжелым заболеванием из геморрагических гемостазиопатий остается ИТП. Острое течение этого заболевания отмечается в 14,4% случаев.

Бригады врачей скорой медицинской помощи вызываются к больным с острыми кровотечениями; к больным геморрагическим синдромом известной этиологии в том случае, если госпитализация не показана и направленная терапия может быть осуществлена на дому (ИТП).

В настоящее время больные с подобной патологией поступают, как правило, в любой дежурный стационар, который не всегда обеспечен и кадрами специалистов гематологов и дорогостоящими препаратами.

На догоспитальном этапе лечение должно быть направлено на купирование геморрагического синдрома и на устранение осложнений. Все пациенты с тяжелыми кровоте-

чениями подлежат срочной госпитализации в стационар, желательна в специализированный, где им необходимы гемотрансфузии.

Местный гемостаз обеспечивается тампонадой носа, введением гемостатической губки, тампонов, смоченных раствором перекиси водорода, хлоридом кальция, аминокaproновой кислотой или растворами других веществ.

Большинство больных с геморрагическим синдромом средней тяжести лечится амбулаторно. Госпитализация их в стационар показана только при появлении осложнений, обострении сопутствующих заболеваний, спровоцировавших рецидив геморрагий, или при наличии желудочно-кишечных кровотечений.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Старостина Л.Н., Коновалова Т.П., Цыбин А.В.

г. Самара, ММУ ССМП

В представленной Вашему вниманию статье мы предлагаем своё видение основных направлений развития стандартизации и улучшения качества оказания ЭМП на догоспитальном этапе.

Успешное выполнение поставленных перед службой скорой медицинской помощи задач требует проведения целого комплекса мероприятий. Важная роль отводится внедрению научной организации труда, внедрению новых технологий управления, которые способствуют объективному анализу работы, осуществлению необходимого контроля и своевременной коррекции в деятельности службы. С этой целью на Станции ССМП г. Самара в 1993г. проведена компьютеризация службы, установлен программный комплекс автоматизированной диспетчерской «Адис». Система успешно работает, программа постоянно развивается. В 2004 году произведена замена старой версии на новую 7.5.

Качество оказания медицинской помощи службы СМП включает в себя:

1.Оперативные показатели, к ним относятся: время, затраченное на выезд к пациенту и время, затраченное на доезд до места вызова. Приём вызова ведётся за 20-30 секунд, к диспетчеру подстанции вызов по модемной связи приходит за доли секунд.

Одним из главных вопросов является определение степени срочности вызова. При соблюдении алгоритма приёма вызова на уровне оперативного отдела, правильность определения степени его срочности, как и профиля, достигает максимальных значений, до 98%.

2.Степень срочности вызова – всегда существовало это понятие, выделяющее среди поступающих вызовов наиболее тревожные. По итогам работы было выяснено, что вызовы 1 и 2 срочности выполняются в пределах норматива, определённого Приказом МЗ РФ № 179 от 01.11. 2004 г. до 20 минут, всех остальных вызовов - до 35 минут.

3.Профильность – показатель, безусловно, влияющий на качество оказания экстренной медицинской помощи. Профильность выполнения вызовов у специализированных бригад достигает 85 –98%, у общепрофильных бригад - 65%.

4. Уровень госпитализации, или вернее, доставки пациентов в стационар также влияет на оперативные показатели службы. Этот показатель с 25-27% в прошлые годы, вырос до 35-37%. Рост этого показателя зависит от уровня квалификации бригад, выполняющих вызов. Из-за кадрового голода количество врачебных бригад уменьшается, их вынуждены заменять фельдшерскими.

5. Качество оказания экстренной медицинской помощи включает выполнение стандартов при различных внезапно возникших состояниях, заболеваниях, или их осложнениях. Выполнение медицинских стандартов позволяют обеспечить современный уровень диагностики, лечения, гарантируют необходимый и достаточный объем медицинской помощи, а также могут служить основой юридической защиты медицинских работников. Считаем, что должны существовать стандарты качества оказания экстренной медицинской помощи и на догоспитальном этапе по основным нозологическим формам и их осложнениям. К ним следует отнести клинко-диагностические и лечебные. Для догоспитального этапа, на основе разработанных стандартов Международного Консенсуса по диагностике и лечению болезней 1994-1995гг., необходимо применять:

определение болезни, критерии диагнозов, классификация, формулировка диагноза, методы активного выявления, группы риска, объемы дополнительного обследования (обязательного и по показаниям), показания к экстренной госпитализации, ведение больного, критерии эффективности лечения, критерии смерти.

Для того, чтобы выполнялись стандарты по оказанию ЭМП необходимы стандарты оснащения бригад, начиная от санитарного транспорта и медицинского оборудования до медикаментозного оснащения.

6. В медучреждениях необходим контроль для сравнения того, что должно делаться по стандарту с тем, чего не делается.

На Станции скорой медицинской помощи разработана система экспертных оценок качества оказания медицинской помощи пациентам. Оцениваются: оформление карты, данные опроса: описание жалоб пациента, сбор анамнеза, описание объективных данных осмотра и локального статуса, полнота обследования пациента имеющимися диагностическими средствами, оказанная медицинская помощь (показания, обоснованность, целесообразность), выбранная тактика ведения больного.

Экспертная оценка Станции играет существенную роль, т.к. в конце года она включается в интегральную оценку деятельности службы и является основным показателем для сравнения работы Станций и отделений СМП в регионе.

На Станции скорой медицинской помощи экспертная оценка качества оказания экстренной медицинской помощи за 2004 год составила 0,8 (эталон = 1,0).

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ДОГОСПИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ

Котельников Г.П., Труханова И.Г., Сухобрус Е.А., Малыгина А.В.

Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет

По нашим наблюдениям в остром периоде травматической болезни головного мозга организм больного находится в стрессовом состоянии. Целью нашего исследования стало оптимизация диагностики стрессовых нарушений при данной патологии. Нами разработан авторский тест «шкала СТАМ» для психологической диагностики в остром периоде травматической болезни головного мозга (Сухобрус Е.А., Труханова И.Г., Арда-тов С.В., Малыгина А.В., 2005г.). Шкала СТАМ предназначена для определения выраженности и структуры тревожного состояния, связанного с получением травмы, с целью выявления риска развития психогенных осложнений и отслеживания динамики психологического состояния.

Измеряемые переменные: шкала представляет собой структурированное интервью, проводимое врачом-травматологом, нейрохирургом, невропатологом, врачом скорой помощи или медицинским психологом при беседе с пациентом, и состоит из трех блоков вопросов, характеризующих общую, неврологическую и психологическую симптоматику. Первые два блока основаны на объективной оценке врачом-травматологом, нейрохирургом, невропатологом, врачом скорой помощи или медицинским психологом наличия или отсутствия тех или иных симптомов у пострадавшего; последний - на субъективной оценке пострадавшим своего психологического состояния. Каждая из шкал содержит по 7 вопросов, для оценки которых необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов от 0 до 4 баллов. Каждый фактор может измеряться отдельной суммой баллов. Значение баллов по всем пунктам ранжируется от 0 до 4. Суммарный балл принимает значения в интервале от 0 до 84.

Использование нашей методики даёт возможность у пациентов с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести не вызывая излишнего напряжения у больного в виду того, что заполнением теста занимается непосредственно медицинский персонал а не сам пациент.

Краткость и компактность облегчает работу медицинского персонала. Простота и удобство в обращении, легкость обработки и интерпретации результатов, возможность быстрого выявления информации относительно необходимости психологической помощи и ее объема, позволяющие врачам-травматологам, нейрохирургам, невропатологам, а также врачам скорой помощи самостоятельно проводить предварительную диагностику психоэмоционального состояния пострадавшего и решать вопрос о привлечении к работе с ним медицинского психолога.

Внедрение данной методики произведено в отделениях нашего города: нейрохирургии, травматологии, а также в ММУ станции скорой медицинской помощи.

При использовании данного метода в работе станции скорой медицинской помощи обследовано 47 больных с травматической болезнью головного мозга в остром периоде. На момент обследования после получения травмы головного мозга у 98% больных

выявлены признаки тревожного состояния, из них у 43% тревожное состояние средней интенсивности, у 55% тревожное состояние высокой интенсивности. Преобладание вегетативной симптоматики у 54% пациентов, у 46% преобладание психологической симптоматики. Пациенты, у которых выявлено тревожное состояние высокой степени интенсивности, были разделены на две группы. Первой группе было рекомендовано после поступления в стационар активное участие медицинского психолога в предполагаемом лечении. У пациентов из второй группы медицинский психолог не принимал участия в проводимом стационарном лечении. Срок пребывания в стационаре пациентов первой группы был на 16% меньше, чем во второй группе.

Стоит подчеркнуть, что врачи скорой помощи отметили удобство применения нашей методики, так как при заполнении таблицы достаточно четко определяется неврологический статус пациентов с травматической болезнью головного мозга.

На наш взгляд, учитывая полученные данные, пациентам с травматической болезнью головного мозга помимо медикаментозной коррекции должны осуществляться психокоррекционные мероприятия, а так же динамическое наблюдение. Разработанный нами авторский тест определяет не только выраженность, но и структуру тревожного состояния больного, связанного с полученной травмой, а так же выявление риска развития психогенных осложнений и отслеживание динамики психологического состояния. Использование нашей методики врачами скорой помощи позволяет также значительно сократить время для оценки состояния больного.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кузнецов С.С., Иванов С.В., Заикина И.Д., Горбачева О.С.

Г.Курск, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1, Курская областная клиническая больница.

Проблема лечения паховых грыж до сих пор привлекает внимание хирургов всего мира. Грыжесечение является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии и составляет 10-21% всех оперативных вмешательств (Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 1982, Ороховский В.И. 2000). Несмотря на многочисленные способы оперативного лечения паховых грыж, ни один из них не гарантирует от рецидивов, их частота варьирует от 0,5 до 37% (Боровков С.А. 1989, Яценчук М.Н. 1989).

Анализ отдаленных результатов лечения больных с паховыми грыжами позволяет оценить качество хирургического вмешательства, выявить недостатки и улучшить лечение больных с данной нозологией. Исследуемую группу составили 146 пациентов с паховыми грыжами, оперированные экстренно и планово в отделении общей хирургии Курской областной клинической больницы в 1999 году. Плановых пациентов пролечено 70,5% (103 человека), экстренных с клинической картиной ущемления – 29,5% (43 больных). Некроз тонкой кишки или сальника или сомнительная их жизнеспособность наблюдалась у 7 пациентов (16,2%). В силу анатомических особенностей строения, большинство больных, как по нашим данным, так и по данным литературы, составляли мужчины – 91%. По возрасту отмечается явное преобладание пациентов пожилого и старческого возраста – 44,5% (старше 60 лет), что отражает тенденцию старения нации.

Грыженосительство до 1 года наблюдалось у 56 больных (38,3%), до 5 лет – у 53 (36,3%), более 5 лет - у 37 (25,3%).

100 пациентам, что составило 68,5%, выполнена пластика задней стенки пахового канала по Постемпскому, 32 (21,9%)- пластика по Бассини, 11(7,5%) – по Жирару-Спасокукоцкому, аллогерниопластика произведена лишь у 3 (2%)пациентов.

Летальность при ущемлении грыжи составила – 7,1%, больные с неущемленными грыжами не умирали, что еще раз подтверждает необходимость плановой санации грыженосителей.

Удалось обследовать 79 пациентов (54%) через 5 лет после произведенной операции. Рецидивы заболевания наблюдались у 15 пациентов (19%). Неожиданными оказались результаты лечения у женщин – рецидив заболевания отмечен у 2 из 6 оперированных (33%).

Среди больных, оперированных с ущемленными грыжами, уровень рецидива составил 17%, что на 3% меньше, чем при неущемленных.

Среди всех возрастных групп наиболее высокий процент рецидива - 34,4% у пациентов старше 60 лет. Это обусловлено наличием у данных больных хронических заболеваний органов дыхания и кровообращения, мочевыводящей системы, приводящих к периодическому повышению внутрибрюшного давления, а также болезнями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет), что способствует нарушению процессов репарации.

Рецидивы при пластике задней стенки пахового канала по Бассини или Постемпскому недостоверно отличаются друг от друга (19 и 17% соответственно).

Таким образом, полученные нами данные убедительно свидетельствуют, что “традиционные” методы паховой герниопластики дают высокий процент рецидивов – 19 и поэтому от них следует отказаться в пользу более эффективных способов, таких как Шолдиса или Лихтенштейна.

Существенных отличий в уровне рецидива после плановых и экстренных паховых герниопластик нами не установлено.

Летальность при ущемленных паховых грыжах составила 7,1%.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СПЕЦИФИЧНЫХ СИМПТОМОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ВЗРОСЛЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Липатов В. А.

г. Курск, Курский государственный медицинский университет

В процессе дифференциации нозологических форм, проявляющихся болями в животе, врач скорой медицинской помощи (СМП) кроме жалоб, анамнеза и общего статуса, ориентируется и на некоторые специфические симптомы заболевания, диагностическая ценность которых не одинакова (М. В. Данилов, В. Д. Федоров, 1995).

Целью нашего исследования явилось определение наиболее характерных симптомов для различных острых заболеваний органов брюшной полости.

В течение четырех лет нами в составе бригад СМП г. Курска было обслужено 4211 вызовов, из которых 766 (18,19%) были по поводу заболеваний органов пищеварения, а 551 (71,93%) из них сопровождались болями в животе и требовали экстренной хирургической помощи. Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, которые возвращаются на СМП с внесенным клиническим диагнозом после выбытия больного из стационара. Затем первичные данные обрабатывались статистически с помощью программы Biostatistics 4.03.

Наиболее полно отвечают задачам оценки диагностической ценности метода (симптома) такие понятия как чувствительность, специфичность, достоверность положительных и отрицательных результатов, число правильных результатов (В.В. Двойрин, 1985). Изучаемые симптомы были проанализированы в соответствии с вышеуказанными характеристиками. Результаты исследования представлены в таблице № 1.

Таблица № 1.

Диагностическая ценность симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Симптом	Чувствительность	Специфичность	Достоверность отрицательных результатов	Достоверность положительных результатов	Доля правильных результатов
1	2	3	4	5	6
Перитонеальные симптомы					
Щеткина-Блюмберга	84,5%	100%	27,4%	96,7%	97,2%
Пузырные симптомы					
Мюсси-Георгиевского	28,4%	14,0%	2,2%	86,4%	87,2%
Василенко	34,2%	59,4%	5,8%	75,4%	69,4%
Ортнера	95,8%	97,9%	6,4%	85,2%	88,8%
Кера	62,1%	56,4%	0,9%	59,4%	58,9%
Мерфи	66,9%	65,7%	1,8%	65,5%	65,7%
Калька	54,8%	60,2%	6,4%	48,2%	68,0%
Менделя	49,3%	54,1%	2,1%	47,1%	50,0%
Аппендикулярные					
Кохера-Волковича	99,1%	98,4%	64,1%	99,2%	97,8%
Ризваша	68,4%	88,7%	13,2%	57,9%	68,0%
Ровзинга	45,8%	69,4%	10,5%	48,9%	72,1%
Ситковского	51,0%	58,4%	2,6%	53,7%	79,8%
Образцова	68,9%	67,1%	2,7%	62,0%	79,7%
Коупа	52,5%	25,7%	3,1%	32,1%	84,2%
Раздольского	78,6%	61,0%	8,2%	65,2%	85,3%
Панкреатическое					
Мейо-Робсона	72,9%	75,1%	6,0%	54,1%	59,4%
Керте	61,4%	20,6%	1,2%	48,2%	65,7%
Бонде	56,9%	12,0%	68,7%	33,1%	72,8%
Острая кишечная непроходимость					
Склярова	53,8%	87,5%	2,6%	68,1%	68,8%
Валя	69,4%	69,5%	3,4%	58,3%	75,4%
Спасокукоцкого	86,4%	88,3%	2,8%	64,2%	74,6%
Матье	32,6%	70,6%	2,0%	45,8%	78,1%
Шланге	48,7%	70,5%	6,0%	48,9%	75,4%

Перфорация полого органа					
Дзбановского	35,9%	35,4%	0,5%	59,7%	64,1%
Жобера	45,8%	26,8%	1,4%	64,2%	54,9%
Де Кервена	61,1%	34,8%	0,9%	68,0%	62,3%
Куленкампа	45,6%	25,0%	1,2%	54,1%	53,8%

Таким образом, диагностическая ценность большинства описанных в литературе специфических симптомов весьма сомнительна. Вероятно, это связано с постоянно эволюционирующей клиникой заболеваний, при которых зачастую имеется стертая клиническая картина или напротив, abortивное течение. В связи с этим, помимо анамнеза, общего и локального статуса (болезненность, напряжение мышц, участие живота в акте дыхания, наличие его вздутия, выраженность перистальтики и т.д.) имеет смысл выявлять лишь симптом Щеткина-Блюмберга и анамнестический симптом Кохера-Волковича.

СТРУКТУРА ВЫЗОВОВ К ПАЦИЕНТАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Липатов В.А.

г. Курск, Курский государственный медицинский университет

По данным литературы, доля вызовов к пациентам по поводу хирургических заболеваний колеблется в пределах от 3,0% до 7,9% (Веневцов А.А., 1996; Корнеев А.А., 1999; Элькис И.С., 1999; Школьников С.А., Перлюк Б.И., Остапенко Е.А., Дьякова Т.Г., 2002). При этом, часто, именно служба скорой медицинской помощи (СМП) часто является первым звеном системы здравоохранения, которое сталкивается с острыми заболеваниями хирургического профиля. В связи с этим, мы посчитали актуальным изучить в сравнительном аспекте структуру вызовов к данной категории пациентов в двух отдельно взятых городах: Курске и г. Алексине Тульской области.

В течение периода с 2000 по 2004 гг. нами обслужено 4211 вызовов, на каждом дежурстве заполнялись разработанные карты регистрации первичных данных. Результаты были обработаны статистически с помощью программы Biostatistics 4.03. Результаты проведенного исследования приведены в таблице № 1.

Таблица № 1.

Структура вызовов к пациентам хирургического профиля на станциях скорой медицинской помощи г. Курска и г. Алексина Тульской области.

	г. Курск	г. Алексин	Достоверность различий
Суточная нагрузка на бригаду (вызовов в сутки)	13,48	6,9	P<0,05
Доля необоснованных вызовов	36,82 %	17,1 %	P<0,05
Доля вызовов к больным хирургического профиля	4,9 %	5,9 %	P>0,05
Аппендицит	33,33 %	30,89 %	P>0,05

Перфорация полого органа	5,71 %	8,13 %	P>0,05
Желчекаменная болезнь	18,09 %	13,01 %	P>0,05
Острый панкреатит	7,62 %	7,32 %	P>0,05
Острая кишечная непроходимость	6,67 %	7,32 %	P>0,05
Гнойные заболевания мягких тканей	5,71 %	2,44 %	P>0,05
Мезентериальный тромбоз и тромбозомболия мезентериальных артерий	1,9 %	3,25 %	P>0,05
Желудочно-кишечное кровотечение	4,76 %	8,94 %	P>0,05
Варикоз сосудов нижних конечностей	2,86 %	0,83 %	P>0,05
Тромбофлебит сосудов нижних конечностей	1,9 %	0,83 %	P>0,05
Ущемленная грыжа	0,95 %	2,44 %	P>0,05
Прочая хирургическая патология	10,48 %	14,63 %	P>0,05
Доля случаев заболеваний, сопровождающихся клиникой перитонита	22,47 %	24,11 %	P>0,05
Доля пациентов, с момента заболевания которых прошло более 24 часов	40,6 %	34,1 %	P>0,05

При анализе полученных данных, мы не обнаружили значительных различий в структуре вызовов к больным хирургического профиля в работе СМП г. Курска и г. Алексина. Однако обнаружено, что в работе СМП г. Курска количество амбулаторных пациентов, не нуждающихся в экстренной специализированной хирургической помощи статистически достоверно (в 4 раза) больше чем в г. Алексине. Как в одном, так и в другом городе поводом к вызову чаще всего (в 72,1% случаев) служил «болит живот», более редко «температура» (в 21,4% случаев) и другие поводы (6,5%). Несмотря на то, что нагрузка на бригаду за счет большого количества необоснованных вызовов в г. Курске в 2 раза больше чем в г. Алексине, корреляционной зависимости между этими показателями и количеством пациентов с хирургическими заболеваниями, а также отдельными их категориями не выявлено. Неблагоприятные социальные изменения в обществе, низкий уровень медицинской грамотности населения ведут к поздней обращаемости и поздней госпитализации больных с острой хирургической патологией, что не может не сказываться на результатах лечения.

Таким образом, значительные различия в структуре вызовов к больным хирургического профиля в двух городах отсутствуют, однако в работе СМП г. Курска персонал чаще чем в г. Алексине встречается с амбулаторной хирургической патологией. Помощь при этих напрасных выездах сводится лишь к даче рекомендаций, направлении на прием в поликлинику или транспортировке на консультацию к дежурному хирургу. Не выявлено и корреляционной зависимости между количеством вызовов по поводу хирургических заболеваний и количеством необоснованных вызовов, следовательно, хирургическая патология не является причиной относительно большого количества необоснованных вызовов СМП в г. Курске.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАНТЕРАЛЬНЫХ ФОРМ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лоленко А.В., Попов А.А., Лоленко А.В., Скрипкин С.А., Попова Е.А.

Россия, г.Красноярск, Красноярская государственная медицинская академия, кафедра неотложной медицины, Городская станция скорой медицинской помощи

На сегодняшний день достигнуты неоспоримые успехи в диагностике и лечении острого инфаркта миокарда (ОИМ), тем не менее, болезни сердечно-сосудистой системы занимают первое место в структуре общей смертности населения, что диктует актуальность проблемы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с коронарной болезнью. Одним из путей, способствующих улучшению организации оказания помощи при данной патологии, является соблюдение стандартов качества в наблюдении и лечении больных кардиологического профиля.

Целью данного исследования являлся анализ результатов применения внутривенного введения изокета у больных с нестабильной стенокардией (НС) и ОИМ на догоспитальном этапе. В клиническом исследовании приняло участие 244 больных с НС, неосложненным и осложненным ОИМ, которым проводилась стандартная терапия на догоспитальном этапе.

У 198 больных (81,2%) применялось внутривенное введение изокета в средней дозе $6,4 \pm 0,26$ мг. Внутривенную инфузию начинали медленно, со скоростью 25 мкг в минуту, затем скорость введения, в зависимости от переносимости препарата и гемодинамических показателей, постепенно увеличивалась до 50-200 мкг в минуту. При этом контроль АД и ЧСС, SpO₂ проводился каждые 5 минут. 18,8% больных с ОКС имели абсолютные противопоказания к применению нитратов: кардиогенный шок, некорректируемая гиповолемия и коллапс, а также гиперчувствительность к нитратам и аллергические реакции в анамнезе.

По полу больные распределялись следующим образом: мужчины составляли 64,2%, женщины – 35,8%. Средний возраст составил $71,5 \pm 0,77$ лет. Среди больных с НС и ОИМ распространенность артериальной гипертензии составила 92,2%, а сахарный диабет – 28,1%. Коронарный стаж у больных с неосложненным ОИМ составил $4,9 \pm 0,33$ лет, с осложненным ОИМ – $8,3 \pm 0,37$ года.

Время от начала заболевания до поступления в стационар часа в группе больных с НС составило $8,5 \pm 0,42$, с неосложненным ОИМ – $2,3 \pm 0,44$, в группе больных с осложненным ОИМ – $7,1 \pm 0,4$ часа.

Изокет применялся при НС у 49,2% пациентов, с ОИМ – 24,6%, с осложненным ОИМ – у 7,4%.

На фоне проводимой терапии наблюдались следующие изменения некоторых показателей дыхательной и сердечно-сосудистой систем:

1. Действие на гемодинамику проявлялось на 5-10 минуте введения препарата. Через 20 минут снижение АДс составило 11,8%, ЧСС -12,1%, а через 40 минут снижение АДс достигало 22,7% от исходных значений, а ЧСС 15,5% от исходных значений.

2. Одышка у больных практически полностью купировалась к концу введения нитратов. Уменьшение ЧДД через 20 минут составляло 9,3%, а через 40 минут 20,2% от исхо-

дных значений. Исходные значения сатурации кислорода крови были снижены, что потребовало ингаляции кислорода через маску.

3. К моменту госпитализации больных исходная депрессия сегмента ST у больных с НС нивелировалась.

При парентеральном применении нитратов отмечались следующие побочные реакции: “нитратная” головная боль у 4,1%, снижение артериального давления у 6,1%, тошнота у 9,6%.

Таким образом, применение изокета у больных с острой коронарной патологией на догоспитальном этапе безопасно и эффективно, на что указывают благоприятные изменения показателей АД, ЧСС, ЧДД, положительная динамика сегмента ST у больных с НС.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Лоленко А.В., Попов А.А., Сухоруков А.М., Скрипкин С.А.,
Лоленко А.В., Попова Е.А.**

Россия, г. Красноярск, Красноярская государственная медицинская академия, кафедра неотложной медицины, Городская станция скорой медицинской помощи.

Сохраняющаяся тенденция роста частоты пациентов с осложненными язвами и не снижающиеся высокие показатели общей и послеоперационной летальности, делают актуальной проблему выбора ранней интенсивной терапии желудочно-кишечных кровотечений. При выборе оптимальной терапии данной патологии необходимо учитывать не только возникающие расстройство центральной гемодинамики при продолжающихся кровотечениях, но и нарушения микроциркуляции, играющие очень важную роль в дальнейшем прогнозе, возникновении осложнений и стабилизации местного гемостаза у больных.

Цель исследования: разработка и внедрение методики интенсивной терапии с применением адаптагенов и гипертонического раствора натрия хлорида у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе.

Материалы и методы:

Клиническую часть исследования составили больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. В контрольной группе больные получали стандартную интенсивную терапию острых желудочно-кишечных кровотечений. В исследуемой группе больным проводилась интенсивная терапия, включающая введение адаптагенов и гипертонического раствора натрия хлорида. У больных исследовались показатели по шкале Глазго, некоторые показатели сердечно-сосудистой системы, сердечного ритма, дыхательной системы, показатели периферической крови и некоторые биохимические параметры. Также всем больным при поступлении в стационар проводили экстренную эзофагогастроскопию.

Результаты исследования и их обсуждение.

При использовании стандартной интенсивной терапии на догоспитальном этапе у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, осложненными шоком,

сохранялись более длительные расстройства гемодинамики, дыхательной и центральной нервной систем, позже наступала стабилизация показателей периферической крови и некоторых биохимических параметров. Все это требовало оптимизации интенсивной терапии данной патологии, начиная с самого раннего этапа помощи больным – догоспитального.

Применение разработанной интенсивной терапии на догоспитальном этапе у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями позволило улучшить исследуемые показатели сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, а также способствовало более ранней стабилизации показателей крови, сравнительно с контролем.

При этом, в группе с применением разработанной интенсивной терапии на догоспитальном этапе была отмечена более эффективная стабилизация местного гемостаза, что привело к сокращению количества экстренных операций в 1,3 раза, а также наблюдалось уменьшение количества возникающих осложнений, снижение общей летальности с 8% до 4,4% и послеоперационной летальности с 22,2% до 15,4%.

ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК

Митин В.А., Игнатов С.Т.

Россия, Кемеровская обл., г.Прокопьевск, Городская станция скорой медицинской помощи

В модернизации системы здравоохранения в России особое внимание стали уделять первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Общая врачебная практика (ОВП) – относительно молодое медицинское подразделение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению, осуществляющее, в том числе, первичный патронаж новорожденных, начиная со дня выписки из роддома. Хотя специальность *Врач общей практики / семейный врач* еще не получила в России широкого распространения, вероятно, что именно она может послужить средством обеспечения более доступной ПМСП при оптимальном использовании финансовых ресурсов.

Общепрактикующий врач – это врач, работающий в области общей практики. Он обычно не ограничивает свою профессиональную деятельность какими-нибудь определенными нозологическими единицами или лечением каких-либо возрастных групп населения. Больные имеют возможность обратиться к нему непосредственно, и на нем лежит ответственность за предоставление или за организацию предоставления им постоянной и всесторонней медицинской помощи, как лечебной, так и профилактической.

Целью исследования явилось выяснение обращаемости больных за скорой медицинской помощью (СМП) взрослого населения в сравнении амбулаторно-поликлинических учреждений и общих врачебных практик.

В г.Прокопьевске первая ОВП появилась в 1997 году и, начиная с этого времени, убедительно доказывает свое право на жизнь. На сегодняшний день амбулаторно-поликлиническую и стационарзамещающую помощь взрослому населению города оказывают

восемь поликлиник и пять ОВП. Из них две ОВП и две поликлиники входят в состав городской поликлиники, две ОВП и три поликлиники – в состав городской больницы №3 (одна ОВП по типу АТПК – акушеро-терапевтического-педиатрического комплекса, обслуживающего женщин и детей); одна ОВП и три поликлиники - в состав городской больницы №4.

ОВП за сравнительно короткий срок заслужили хорошую репутацию. Проведен анализ обращаемости взрослого населения за СМП по территориям обслуживания ОВП и поликлиник за 2003-2004гг. Получены следующие данные (см. табл.).

Обращаемость взрослого населения г. Прокопьевска за СМП

	ОВП	Поликлиники	Относительная разность (%)
Численность населения	54746	291061	
Общая обращаемость	356,6	366,4	2,7
- в часы работы поликлиники	186,7	193,4	3,5
Обращаемость хронических больных	132,8	151,4	12,3
- в часы работы поликлиники	73,3	82,7	11,3
Направлено на госпитализацию	103,4	113,9	9,2
% госпитализации	87,4	76,4	-14,3

ОВП позволяет улучшить лечебную и профилактическую работу среди населения, и подтверждением грамотно организованных и проводимых мероприятий является уменьшение количества поступающих в «скорую» вызовов, особенно необоснованных, так называемых «поликлинических». Общая обращаемость населения с участков ОВП на 2,7% ниже, чем с поликлинических территорий, а обращаемость хронических больных ниже на 12,3%, а, как мы знаем, «скорая помощь» - один из самых дорогих видов медицинской помощи. Справедливо напрашивается вывод о том, что ОВП заинтересованы в преемственности со станцией СМП, неформально подходят к переданным сведениям ССМП об обслуженных больных за сутки и, особенно, требующих динамического наблюдения врачами ПМСП. У врачей ОВП появилась заинтересованность в здоровье пациентов, поскольку они стали финансово заинтересованы в том, чтобы население как можно меньше болело.

Врач общей практики отвечает за больных на всех этапах его лечения. Уровень госпитализации на участках, обслуживаемых ОВП ниже, чем в поликлиниках. Прослеживается более четкий отбор пациентов при направлении врачами ОВП на стационарное лечение, а процент госпитализированных от числа направленных врачами ОВП значительно выше, чем с территорий, обслуживаемых поликлиниками – 87,4 и 76,4 соответственно. ОВП шире, чем поликлиники используют новые технологии, в частности – стационарзамещающие технологии. Опять же, подсчитано, что использование стационарзамещающих технологий обходится в 3 раза дешевле, чем лечение в круглосуточном стационаре.

Таким образом, мы видим четкую положительную установку относительно статуса и роли врача общей практики в решении одной из ключевых задач медицины, направленную на лечебно-профилактическую деятельность по предупреждению первичной заболеваемости и обострения имеющейся хронической. В связи с этим обращаемость больных за «Скорой помощью» с общих врачебных практик ниже, чем с поликлиник.

Успехи работы ОВП показывают правильность выбранной стратегии.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ «ОСТРОМ ЖИВОТЕ» У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

**Мовчан К.Н., Борисов А.Е., Коваленко А.А., Гриненко О.А., Берников О.Г.,
Яковенко Д.В., Морозов Ю.М., Могила А.И., Коваль В.В.,
Прохоренко А.В., Ботя В.Г.**

Россия, Санкт-Петербург, Комитет по Здравоохранению Ленинградской области

В настоящее время обозначается ряд как организационных, так и технологических путей для улучшения качества оказания медицинской помощи жителям сельских населённых пунктов при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (Ю.Л. Шевченко, 2004). Вместе с тем, несмотря на единые принципы организации Здравоохранения, условия оказания медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости жителям малых городов и сельских населённых пунктов существенно отличается от таковых в столичных мегаполисах и региональных центрах., особенно на внестационарных этапах оказания медицинской помощи населению (Демченкова Г.З., Преображенская В.С., 1982; Ибраев С.Е., 1991; Комаров Н.В., 1997; Ткачук А.Г., Воронец В.В. и др., 2003).

Проанализированы результаты оказания медицинской помощи жителям Ленинградской области при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в 46 лечебно – профилактических учреждениях в сравнении с аналогичными данными по Санкт - Петербургу.

На основании изучения особенностей клинической картины 7 нозологических форм острого живота, информация о которых является предметом обязательной отчётности установлено, что среди жителей провинциальных муниципальных образований Ленинградской области при остром животе преобладает контингент людей старшей возрастной группы, с длительным сроком наблюдения по поводу заболеваний, осложнение которых обуславливает состояние острого живота. Хирургическое лечение таких пациентов часто проводится в экстренном порядке, на фоне выраженной сопутствующей патологии.

При сравнении показателей летальности при разных нозологических формах острого живота отмечено многократное возрастание уровня послеоперационной летальности у больных пожилого и старческого возраста при всех острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Исключение составляет острый панкреатит, где высокая летальность констатируется во всех возрастных группах и увеличение ее в старческом возрасте не столь значительное, как при других нозологических формах.

Сравнения данных о послеоперационной летальности в Санкт – Петербурге и Ленинградской области показывает, что частота случаев смерти при ранних сроках госпитализации в Санкт – Петербурге ниже, чем в Ленинградской области. Кроме того, при поздней госпитализации результаты лечения больных острым животом в Ленинградской области хуже, чем в стационарах Санкт-Петербурга. В основном негативная тенденция в отношении показателей послеоперационной летальности при ранних сроках госпитализации больных обусловлена неудовлетворительными результатами оказания медицинской помощи при остром панкреатите и остром желудочно – кишечном кровотечении.

В случаях поздней госпитализации пациентов значительную роль в прогнозе результатов лечения начинает играть характер сложных нарушений, затрагивающих практически все органы и системы организма, что обуславливает необходимость в высоком уровне не только хирургической помощи, но и реанимационных мероприятий, а также интенсивной терапии. В данном плане стационары Санкт-Петербурга обладают гораздо большими возможностями, чем лечебно – профилактические учреждения Ленинградской области.

Тенденция к сокращению общего числа наблюдений острого живота произошла, в основном, за счёт случаев острого аппендицита, частота которого не зависит от качества медицинской помощи, оказанной на догоспитальном этапе. Нельзя также не отметить уменьшение численности контингента больных ущемлёнными грыжами, прободными язвами (на 23,5% и 54,5% соответственно) и некоторое увеличение групп пациентов с желудочно – кишечными кровотечениями и острой кишечной непроходимостью незначительно (на 4,3% и 4,4% соответственно). По всей видимости, увеличение числа случаев острой кишечной непроходимости связано не с техническими, а социально – демографическими (увеличение среднего возраста населения и, как следствие, относительный рост контингента людей со спаечными процессами в брюшной полости и онкологическими заболеваниями органов брюшной полости) и организационными (недостаточно активная профилактическая работа амбулаторно – поликлинического звена, направленная на раннее выявление злокачественных новообразований органов брюшной полости) причинами. Увеличение контингента пациентов с желудочно – кишечными кровотечениями, по всей видимости, объясняется недостаточной организацией лечения и диспансерного наблюдения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, что мало связано с технической оснащённостью ЛПУ амбулаторно – поликлинического звена и о чём косвенно свидетельствует значительное сокращение случаев перфоративных язв.

Рост числа пациентов с острым панкреатитом, острым холециститом и острой кишечной непроходимостью объясняется отрицательными социально – демографическими тенденциями в регионе и недостаточной профилактической работой амбулаторно – поликлинического звена оказания медицинской помощи населению. Такая отрицательная тенденция не может быть изменена лишь материально – техническим переоснащением ЛПУ.

Совершенствование службы скорой медицинской помощи (СМП) имеет важнейшее значение среди проблем структурного реформирования здравоохранения. Для оценки влияния уровня оснащения службы СМП на качество лечения больных острым животом проанализированы показатели общей летальности при острых желудочно – кишечных кровотечениях как патологии, при которой скорость доставки больного в стационар и полнота оказанной ему в пути медицинской помощи имеет наибольшее значение. Данные о соотношении показателей общей летальности и укомплектованности СМП отдельных муниципальных образований Ленинградской области в 2002 году изделиями медицинской техники с учетом сведений о наличии учебного центра свидетельствуют о том, что между материально – техническим оснащением службы скорой медицинской помощи и результатами оказания медицинской помощи больным острым животом существует прямая зависимость.

Сопоставляя результаты оказания медицинской помощи при остром животе жителям Ленинградской области, можно прийти к выводу, что одним из основных условий улуч-

шения результатов лечения больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости является повышение уровня профилактической работы в амбулаторно – поликлиническом звене медицинского обеспечения жителей региона.

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УРГЕНТНОМ ПОРЯДКЕ

**Мовчан К.Н., Филин А.В., Морозов Ю.М., Могила А.И.,
Прохоренко А.В., Берников О.Г., Смирнов А.А.**

Россия, Санкт-Петербург, Комитет по Здравоохранению Ленинградской области

Число больных, оперированных по поводу перфорации дуоденальной язвы и кровотечения из неё выросло за последние 5 лет примерно в 2-3 раза. Такая тенденция отмечается несмотря на то, что в целом контингент больных язвенной болезнью, состоящих на диспансерном учете, значительно сократился (Н.В.Комаров и соавт., 2001; В.М.Лобанков, 2003). Частота случаев перфорации или кровотечения так называемых «немых» язв достигает 10-15% (Р.З.Лосев, Ю.В.Чирков, 1996; Г.К.Жерлов и соавт., 2005). Увеличение числа осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) обуславливает необходимость соответствующего совершенства организации медицинского обеспечения больных этой категории.

Проведен анализ особенностей оказания хирургической помощи больным осложненной язвой двенадцатиперстной кишки в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Ленинградской области за пятилетний период с 1999 по 2003 г. В структуре госпитализации пациентов в хирургические стационары контингент больных осложненной ЯДПК, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи составляет наибольший (76 %) удельный вес. Число таких пациентов неуклонно возрастает. Среди больных дуоденальной язвой, госпитализированных в ЛПУ, контингент пациентов нуждающихся в оказании неотложной хирургической помощи в связи с кровотечением из язвы составляет 71,3%, а с её перфорацией – 28,7%. Оперативная активность при лечении больных кровоточащей дуоденальной язвой не превышает 29%. Послеоперационная летальность после вмешательств, выполненных неотложно по поводу осложненного течения ЯДПК, за пятилетний период увеличилась с 6,4 до 11,4%.

Отсутствие тенденции к снижению оперативной активности и послеоперационной летальности среди больных, оперированных по поводу кровоточащей ЯДПК (несмотря на увеличение числа случаев госпитализации больных этой категории за исследуемый период на 11,8%) свидетельствует о недостаточном использовании современных методов гемостаза при язвенных кровотечениях.

Послеоперационная летальность в случаях устранения перфоративной дуоденальной язвы, увеличилась в 1,8 раза и стала сопоставима с послеоперационной летальностью от кровоточащей дуоденальной язвы, что во многом обусловлено запоздалой госпитализацией больных осложненной дуоденальной язвой, которая, в свою очередь, возросла на 1,9%. В случаях поздней (свыше 24 часов) доставки в стационар больных

перфоративной дуоденальной язвой послеоперационная летальность возрастает в 5-6 раз, а при поздней доставке больных кровоточащей дуоденальной язвой - в 2-5 раз.

Кроме сроков госпитализации на результаты ургентного хирургического лечения больных осложненной язвой двенадцатиперстной кишки влияют возраст больных, и, соответственно, наличие сопутствующей патологии. Полученные данные свидетельствуют об увеличении удельного веса осложненной дуоденальной язвы на 8,2% среди пациентов старше 50 лет, что обусловлено недостаточной вторичной профилактикой заболевания у больных этой категории.

В большинстве случаев при выполнении экстренных вмешательств хирурги используют ограниченный набор методик устранения язвы двенадцатиперстной кишки, выполняемых традиционным (открытым) способом. В частности, частота резекции желудка при хирургическом лечении больных этой категории превышает 56% случаев, причем с увеличением возраста больных частота применения способа резекции желудка по типу Бильрот-II возрастает с 26,1 до 43,6%. Органосохраняющие операции, влияющие на патогенетические механизмы язвообразования, выполнялись лишь в 4,5% случаев.

Хирургическое лечение осложненной дуоденальной язвы проводилось в 93,4% случаев в центральных районных больницах, при этом удельный вес экстренных оперативных вмешательств, выполненных в этих лечебных учреждениях больным дуоденальной язвой, за исследуемый период возрос на 5,5%.

Таким образом, оказание хирургической помощи при осложненной у жителей провинции предполагает многоэтапность. При осложненном течении заболевания значимость общехирургических стационаров в оказании медицинской помощи больным этой категории существенно возрастает. Однако, в настоящее время рассчитывать на унификацию критериев выбора способов хирургического лечения язвенной болезни не приходится. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости реструктуризации провинциальных лечебных учреждений, создании необходимых условий в общехирургических отделениях с целью совершенствования хирургических технологий оказания медицинской помощи.

ВЫБОР УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Москвичев В.Г.

*г.Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет;
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

До последнего времени медицинскими последствиями злоупотребления алкоголем занимались, главным образом, наркологи и психиатры. Однако сейчас врачи общемедицинской практики, главным образом терапевты, все чаще сталкиваются с алкогольбусловленными расстройствами у пациентов. Четверть всех госпитализируемых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др., составляют пациенты, страдающие алкоголизмом, ранее не состоявшие на

наркологическом учете. Злоупотребляющие алкоголем лица, как правило, многократно обращаются в различные медицинские учреждения по поводу различных соматических заболеваний и травм, особенно часто к ним вызывается скорая медицинская помощь (СМП). Ургентные состояния, сопряженные с употреблением алкоголя и являющиеся поводом вызова бригад СМП, требуют не только знания сочетанной патологии (соматической и наркологической) врачами догоспитального звена, но и специалистами, оказывающими раннюю госпитальную медицинскую помощь. От правильности терапевтической тактики неотложных состояний, отягощенных острым или хроническим употреблением алкоголя, зависят ближайшие и отдаленные исходы. Одним из критериев качества оказания экстренной медицинской помощи, дающим возможность оценить эффективность диагностических и лечебных мероприятий, является показатель досуточной летальности в стационаре.

Таким образом, врачи-терапевты сталкиваются в общеклинической практике с пациентами, соматическая патология которых обусловлена или утяжелена употреблением алкоголя при отсутствии у них явных типичных признаков алкогольной зависимости. Отсутствие этих признаков у больного долгое время не настораживает врача в плане возможного развития тяжелого поражения внутренних органов, а развившаяся патология не расценивается как следствие чрезмерного употребления алкоголя.

Также важным представляется ранняя диагностика сочетанной патологии, связанной с употреблением алкоголя (до того, как будет выставлен диагноз «алкоголизм»). Соматические последствия хронической алкогольной интоксикации (цирроз печени, энцефалопатия и др.), по сути, представляют собой позднюю диагностику. Однако, большинство врачей не владеют знаниями по диагностике и лечению расстройств здоровья, связанных с употреблением алкоголя, считая такую патологию не входящей в сферу их профессиональных обязанностей.

Кроме того, организационные аспекты сложившейся в последние годы практики оказания неотложной медицинской помощи больным алкоголизмом и наркоманиями, по мнению ряда специалистов (Верткин А.Л., 2004; Духанина с соавт., 2003; Пятницкая И.Н., 2003; Шорин В.В. с соавт., 1999), требуют, если не пересмотра, то, по меньшей мере, их уточнения и систематизации.

Было изучено 867 историй болезни пациентов терапевтического профиля, прошедших лечение в 2001 году в реанимационном отделении ГКБ № 50 г. Москвы.

Из общего числа умерших в реанимационном отделении в 2001 г. - 36,2% (84 случая) были пациентами терапевтического профиля. Более половины последних составили пациенты, имевшие проблемы, связанные с употреблением алкоголя - всего 47 случаев (55,9%). Всем умершим больным проводилось патологоанатомическое вскрытие, и был посмертно выставлен диагноз хронической алкогольной интоксикации или острого отравления этанолом.

Средний возраст больных (имевших патологоанатомические указания на алкогольную болезнь), скончавшихся в реанимационном отделении на терапевтической койке, составлял $49,0 \pm 8,7$ лет. Среди них преобладали мужчины - 74,5 % (35 человек), женщины составляли 25,5 % (12 человек). Число умерших в течение первых суток пребывания в стационаре составило 63,8 % (30 человек), а спустя одни сутки - 36,2 % (17 человек). Приведенные данные свидетельствуют о двукратном превалировании досуточной летальности. Большинство случаев было представлено социально адаптированными

пациентами с удовлетворительным материальным статусом (работающие, пенсионеры, инвалиды по общему заболеванию). Из числа исследованных 13 человек (27,6 %) умерших от тяжелой соматической патологии, развившейся на фоне систематического употребления алкоголя, при жизни никогда не лечились от алкоголизма. Равную по численности группу составили недоступные контакту лица, социальное положение которых оценить было невозможным из-за тяжести их состояния.

Наименьшая по численности группа - семь человек (14,8 %) была представлена больными с социальной и личностной деградацией (гигиенически запущенные больные без определенного места жительства).

Все больные были доставлены бригадами СМП. 33 чел (70,2 %) поступили через приемное отделение; 14 больных (29,8 %) доставлено минуя приемное отделение, т.е. сразу в отделение реанимации.

Совпадение диагнозов по СМП и при поступлении в реанимационное отделение отмечено в 41 случае (87,2 %). В шести случаях (12,7 %) отмечалось расхождение диагнозов.

Упоминание об алкогольной проблеме в клиническом диагнозе было у 28 больных из 30, умерших в течение одних суток.

Все указанные больные госпитализированы в реанимационное отделение. Из них, минуя приемное отделение, доставлено только двое больных из 30 (в связи с гиповолемическим шоком и тяжелой дыхательной недостаточностью).

Непосредственными причинами смерти в этой группе больных были: гнойная интоксикация в результате тяжелой деструктивной пневмонии – восемь случаев (26,6%); по два случая (6,6%) составили - а) нарастающие явления сердечно-сосудистой недостаточности, б) печеночная недостаточность с развитием отека мозга, в) почечная недостаточность, г) сочетание сердечно-сосудистой, почечной и печеночной недостаточности, д) отек мозга в результате ЧМТ, острая субдуральная гематома, е) алкогольная энцефалопатия с развитием отека мозга; отравление суррогатами алкоголя – четыре случая (13,3%); общее переохлаждение организма – пять случаев (16,6%).

Выявлены объективные и субъективные ошибки при оказании помощи больным, основная патология которых патогенетически связана с употреблением алкоголя как на догоспитальном этапе, так и госпитальном этапе. К основным ошибкам относятся:

1. Отсутствие унифицированной формулировки диагноза провоцирует ошибки в лечебно-диагностических пособиях;
2. Нарушение преемственности оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах;
3. Неправильная сортировка больных приводит к увеличению числа летальных исходов;
4. Поздняя диагностика алкогольной причины тяжелого состояния больного;
5. Неадекватная медикаментозная помощь или полное отсутствие лекарственной терапии на догоспитальном этапе;
6. Отсутствие алгоритма оказания помощи таким больным;
7. Неправильное оформление медицинской документации.

Таким образом, высокий процент выявленной соматической патологии, несомненно утяжеляющий прогноз для жизни таких пациентов, должен определять тактику врача бригады СМП в отношении выбора медицинского учреждения для госпитализации.

Поэтому при выборе лечебного учреждения для госпитализации больного с сочетанной неотложной соматической и наркологической патологией, в первую очередь, необходимо руководствоваться жизненными показаниями.

В тех случаях, когда в процессе оказания медицинской помощи в соматической больнице у больного развивается острый алкогольный психоз, его лечение возможно в реанимационном отделении этого стационара, хотя данное состояние и является показанием для перевода в психиатрический стационар. Обычно тактика выбора лечебного учреждения определяется тяжестью состояния больного и возможностями больницы соматического профиля.

Кроме того, лица, злоупотребляющие алкоголем, практически всегда имеют какую-либо соматическую патологию, которая не всегда требует неотложных терапевтических вмешательств. В таких случаях, больной при его согласии может быть доставлен бригадой СМП в наркологическую больницу.

Полученные в результате исследования данные позволяют сделать выводы о необходимости:

1. Унифицирования терминологии состояний, связанных с употреблением алкоголя;
2. Обеспечения ранней диагностики на догоспитальном этапе с внедрением современных методов экспресс-диагностики;
3. Алгоритмизации действий медицинского персонала на догоспитальном и госпитальном этапах;
4. Обеспечение правильной профильности койки.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Москвичев В.Г.

*г.Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет;
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

Эпидемиологическая ситуация последних лет свидетельствует о значительном росте числа потребителей различных психоактивных веществ (ПАВ) и как результат увеличения заболеваемости и болезненности наркоманиями и токсикоманиями среди населения. Причем в употребление наркотических и иных средств способных изменять психическое состояние вовлекаются несовершеннолетние, что делает данную проблему еще более актуальной. Более того, в настоящее время период знакомства с ПАВ все чаще приходится на детский или подростковый период, как правило, проходя этапы от употребления легальных (табак и алкоголь) средств до наркотических препаратов различных групп. Проблема потребления наркотических и других одурманивающих средств сегодня достигла уровня, который создает угрозу национальной безопасности и генофонду России.

Многочисленные научные исследования показывают, что ПАВ (исключая алкогольные и табачные изделия) хотя бы раз пробовали 30%-70% несовершеннолетних. Те же исследования свидетельствуют о том, что наркомании или токсикомании развиваются

только у 30-40% потребителей ПАВ, остальные ограничиваются периодами эпизодических проб. Такие данные вроде бы должны обнадеживать. Давно замечено, что даже на этапе эпизодического употребления («пробывания») ПАВ, из-за отсутствия навыка использования этих веществ, часто возникают «передозировки». Такие тяжелые отравления, приводят к серьезным последствиям для психической и соматоневрологической сфер развивающегося организма, а в итоге к инвалидизации.

В результате поступления на рынок большого количества фальсифицированных и некачественных спиртных напитков - возросло число тяжелых отравлений алкоголем и его суррогатами и выраженность отдаленных последствий.

Наиболее сложным на догоспитальном этапе остается правильная диагностика коматозных состояний вызванных различными наркотическими и иными ПАВ, являясь наиболее значимым недостатком оказания скорой и неотложной медицинской помощи и, несомненно, сказывающимся на прогнозе жизни таких пациентов. Известно, что неправильно диагностируют 1/5 всех случаев острых отравлений (ПАВ не исключения), что влияет на частоту смертельных исходов (Лужников Е.А., с соавт., 2001). По данным органов судебно-медицинской экспертизы, до 80% всех смертельных случаев, причиной которых были острые отравления зарегистрированы именно на догоспитальном этапе.

Целью проводимого ННПОСМП в период с 2000 по 2003 гг. открытого многоцентрового контролируемого исследования было улучшение качества оказания неотложной помощи пациентам с острыми отравлениями ПАВ на ДГЭ.

В задачи исследования входило:

1. Разработка алгоритма дифференциальной диагностики и лечения острых отравлений ПАВ;
2. Минимизирование времени диагностики;
3. Улучшение прогноза для здоровья больных с острыми отравлениями ПАВ.
4. Оптимизация применения налоксона на ДГЭ (оценка эффективности и безопасности в сравнении с другими применяемыми методами лечения).

В рамках текущего исследования был проведен опрос части делегатов ежегодного форума «Скорая помощь», на котором традиционно присутствуют не только врачи, но и фельдшера бригад ССМП различных регионов России, с целью выявления наиболее частой причины острых отравлений ПАВ. Результаты опроса представлены в таб. 1.

Таб. 1

Частота встречаемости острых отравлений ПАВ по результатам опроса врачей и фельдшеров бригад ССМП, делегатов форума «Скорая помощь-2002»

Острые отравления	Показатель	
	Абс.	%
Алкоголь	133	71,1
Суррогаты алкоголя	115	61,5
Опиаты	96	51,3
Бабитураты	44	23,5
Галлюциногены	21	11,2
Стимуляторы	12	6,4
Кокаин	3	1,6

Бензодиазепины	2	1,0
В своей практике не встречались***	9	4,8
Всего респондентов:	187	100

*** в процессе обработки данных было установлено, что давшие отрицательный ответ являлись врачами педиатрических бригад

В связи с полученными данными (таб. 1), представляют несомненный интерес методы, практикуемые в различных регионах страны при оказании на ДГЭ медицинской помощи данной категории больных (см. табл. 2).

Проведенный опрос подтвердил сведения, что ранее (до появления антагонистов опиатов - налорфина, а затем налоксона), применяемые методы оказания помощи больным с передозировкой опиатных наркотиков бригадами ССМП сводились (а в некоторых регионах РФ и в настоящее время продолжают сводиться) к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с помощью мешка Амбу, ингаляции кислорода, введения дыхательных analeптиков и т.п.

Таб. 2

Методы, применяемые на ДГЭ при острых отравлений ПАВ по результатам опроса врачей и фельдшеров бригад ССМП, делегатов форума «Скорая помощь-2002»

Метод	Показатель	
	Абс.	%
В/в введение налоксона	138	73,8
В/в введение кордиамин	17	9,0
В/в введение кофеин	11	5,9
Сочетанное в/в введение кордиамина с кофеином	34	18,2
В/в введение бемегирида	7	3,7
В/в введение сульфокамфокаина	5	2,7
Ничего из вышеприведенных средств	11	5,9
ИВЛ мешком Амбу через маску или интубационную трубку	103	55,1
Ингаляция 70% смеси кислорода	87	46,5
Вдыхание паров нашатырного спирта	48	25,7
Всего респондентов:	187	100

*** 9 из 11 опрошенных давших отрицательный ответ являлись врачами педиатрических бригад

Материалы и методы исследования.

Из различных регионов РФ (Брянск, Ессентуки, Иваново, Нальчик, Нефтеюганск, Норильск, Пятигорск, Смоленск, Тверь, Усть-Илимск) и СНГ (Кокшетау) было получено и проанализировано 600 специально разработанных для этой цели (и для унификации) карт заполненных врачами и фельдшерами бригад ССМП, разосланных вместе с составленными краткими методическими указаниями.

Отбор больных был случайным. Больные были разделены на 2 однородные группы по 300 человек в каждой:

в первой группе - терапия проводилась по принятой в регионе схеме (проведенное лечение с указанием препаратов, доз и путей введения должно быть отражено в индивидуальной регистрационной карте);

во второй группе - внутривенно вводился налоксон, растворенный в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% декстрозе, в дозе 0,4 мг в течение 2-3 мин с повторным введением при необходимости той же дозы через 3-5 мин.

Критерии отбора: больные обоего пола в возрасте старше 18 лет, находящиеся в состоянии доказанной или вероятной передозировки наркотиков.

Критерии исключения: наличие тяжелой сопутствующей патологии - острого кровотечения;

острого инфаркта миокарда;

острого нарушения мозгового кровообращения;

тромбоэмболии легочной артерии;

хронической застойной сердечной недостаточности;

хронической дыхательной недостаточности;

хронического легочного сердца.

Параметры наблюдения:

клиническое состояние больного (по специально разработанной индивидуальной регистрационной карте – см. приложение 1);

ЭКГ, регистрируемые в исходном состоянии, по достижении лечебного эффекта и/или при появлении побочных эффектов.

В карте фиксировались следующие данные:

1. а) степень нарушения сознания до и после оказания помощи

б) изменение частоты дыхания

в) изменение величины АД

г) изменение ЧСС

2. сравнивался объём оказания помощи (проводилась или нет ИВЛ, и если проводилась, то каким образом – через маску или интубационную трубку)

3. процент больных направленных на госпитализацию

4. среднее время обслуживания вызова

Оценка результатов наблюдения производилась на основании:

динамики ЧДД, ЧСС, АД и других клинических проявлений передозировки наркотиков;

регистрации серьезных (психомоторное возбуждение, судороги, отек легких, артериальная гипертензия, желудочковая экстрасистолия, фибрилляция желудочков) и нетяжелых (синусовая тахикардия, тремор, потливость, рвота) осложнений терапии.

Бригады ССМП участвовали в оказании помощи 91,3% пациентов по первичному вызову, в 3,7% случаев - при повторном вызове, и как усиление линейной бригады реанимационной в 2% случаях.

Вызов СМП был сделан в 80,7% случаев друзьями и соучастниками при употреблении наркотиков, в 17,3% - родственниками наркоманов и в 2% - случайными прохожими и милицией.

Половой состав изученных случаев был представлен 86,7% мужчинами и 13,3% женщинами. Средний возраст пациентов составил 24,1±2,1 лет.

Состояние в 8% оценивалось как удовлетворительное (была диагностирована нарко-

тическая интоксикация), в 30,3% случаях было определено как средне тяжелое, а у 61,7% пациентов как тяжелое.

При анализе карт вызовов выявлено, что систематическое употребление опиатов в анамнезе прослеживалось только у 28,7% больных, в остальных 71,3% случаях анамнестические сведения просто отсутствовали. Давность введения наркотика в 13% случаях была за 15-30 минут до потери сознания (комы), в остальных 87% случаях время введения неизвестно. Опиаты вводили внутривенно 96,7% больных; принимали во внутрь (орально) - 1,3%, употребляли наркотик перед отравлением интраназально 2% пациентов.

У 17,3% пациентов отравление наркотиками вероятнее всего, сочеталось с приемом алкоголя, о чем свидетельствовал ощутимый запах алкоголя изо рта.

Анализируя клиническую картину острых отравлений опиатами, следует отметить, что на догоспитальном этапе преобладали симптомы угнетения ЦНС, что было прогнозируемо. Угнетение сознания выявлялось у 92% больных и проявлялось в виде различной глубины его выключения: сопор наблюдался у 14,3% больных, поверхностная кома в 60,3% и глубокая кома - в 17,3% случаях.

Сознание не было нарушено также у 8%. Вероятно эти пациенты на момент осмотра специалистами СМП, находились в состоянии легкой степени наркотической интоксикации, либо преодолели коматозное состояние в результате проведенных домедицинских вмешательств.

В подавляющем большинстве случаев выявлялся миоз (95,7% - больных), размер зрачков не был изменен у 4,3% больных, что предположительно было связано с сочетанным употреблением неуставленных психоактивных препаратов.

Характерным в статусе пациентов, на момент его осмотра бригадой СМП были: гипотермия, в том числе холодные на ощупь кожные покровы отмечены у 87% больных. Выраженный цианоз зарегистрирован у 78,7% больных, бледность кожных покровов в 8,3% случаев. В ряде случаев (13%) – цвет кожи оставался без изменений.

У большинства больных – 86,7% наблюдалось угнетение дыхания различной степени от редкого поверхностного дыхания вплоть до апноэ (в среднем ЧДД составила - 7,6±1,2 в мин).

Всем больным измерялся уровень артериального давления (АД) – который был нормальным либо несколько повышенным: от 60/0 мм рт ст до 140/100 мм рт ст (среднее АД: систолическое – 111,7±4,3 мм рт ст, диастолическое – 70,4±5,2 мм рт ст.), также как частота сердечных сокращений и пульс (норма или тахикардия) от 54 до 120 уд/мин (в среднем ЧСС=PS – 84,8±3,2 уд/мин).

После анализа и статистической обработки полученных данных достоверных половых возрастных и клинических различий среди пациентов обеих групп выявлено не было.

В первой группе, согласно задачам исследования, бригадами ССМП после установления диагноза отравление опиатами, начиналось лечение налоксоном в стандартной дозировке 0,4 мг (1 мл) внутривенно на физрастворе. Быстрота восстановления сознания зависила - от глубины его выключения, дозы и кратности введения налоксона. При однократном введении стандартной дозы (0,4 мг) сознание начинало эффективно восстанавливаться у 86,7% пациентов. Ввести налоксон дважды (в дозе 0,8 мг) необходимо было 9% пациентам, что привело к желаемым результатам. В 4,3% случаях, даже трехкратное введение стандартной дозы налоксона (1,2 мг) было неэффективным, сохра-

нялась поверхностная кома. Что можно объяснить либо чрезмерно массивной дозой принятого наркотика (героина), либо выраженной интоксикацией в сочетании с неизвестным ПАВ.

Помимо налоксона в 30,3% использовались и другие лекарственные средства в рамках начала проведения инфузионной терапии. Наряду с медикаментозной терапией в 53,7% случаев применялась ИВЛ при помощи маски Амбу. Обязательным было получасовое наблюдение бригадой СМП за динамикой объективного состояния больного для выявления возможных побочных действий и стойкости терапевтического эффекта.

Результаты проведенного мониторингирования состояния пациентов, согласно записям в картах обследования сделанных через 10 минут после введения налоксона, включающим оценку состояния кожных покровов, зрачка, ЧДС, ЧСС, АД, свидетельствовали об улучшении их состояния. В большинстве случаев (78,3%) восстанавливалось адекватное дыхание (в среднем ЧДД составило $17,8 \pm 2,5$ в минуту). Из объективных данных отмечалась нормализация окраски кожных покровов во всех 100% случаях. Выраженный миоз сохранялся у 8,7% из группы госпитализированных в последующем, нормализация зрачка отмечалась в 25,7% случаях до окончания мониторингирования клинического состояния больного.

Частота пульса и ЧСС, почти не изменялись оставаясь в пределах от 64 до 90 ударов в минуту и в среднем составляли $83,6 \pm 2,8$ ударов в минуту.

После проведенного лечения АД составляло разброс от 105/70 мм рт ст до 150/100 мм рт ст (в среднем: систолическое – $123,5 \pm 5,8$ мм рт ст, диастолическое – $83,0 \pm 4,9$ мм рт ст) в 78% случаях, в остальных картах АД измерить бригадой СМП не удавалось из-за отказа (активного протеста) пациента.

Важным моментом исследования было и то, что побочных эффектов во время или после введения налоксона на догоспитальном этапе за период наблюдения не зарегистрировано.

Госпитализировано в стационар 22,3% больных, оставлено на месте – 34,7% пациентов, отказались от госпитализации 43% человек. Смертных случаев из числа вошедших в исследование не отмечено. Выяснить дальнейшую «судьбу» госпитализированных (как в первой, так и второй группах) по определенным причинам не представилось возможным, как и число возможных летальных исходов на раннем госпитальном этапе стационарного лечения.

Во второй группе - налоксон не применялся, действия медицинского персонала бригад ССМП сводились к:

- промыванию желудка и введению в желудок активированного угля (31,3% случаев);
- ИВЛ мешком Амбу через маску (89,3%) или интубационную трубку (8%);
- ингаляции 70% смеси кислорода (70,7%);
- внутривенное введения дыхательных аналептиков (кофеин и кордиамин, сочетано или раздельно) – 67,7%;
- вдыхание паров нашатырного спирта (17,3%);
- дезинтоксикационная терапия (введение: различных растворов - 21%; унитиола - 5,7%, тиосульфата натрия – 2,3%).

Так же, как и в первой группе, во второй группе проводилось мониторингирование состояния пациента после достижения необходимого лечебного эффекта бригадой ССМП.

Согласно проведенного мониторингирования через 10 минут после проведения вышеу-

казанных мероприятий состояния пациентов, восстановились - сознание у 63,3%, адекватное дыхание - у 19,7%, окраска кожных покровов - в 61,3% случаев, выраженный миоз сохранился у 26,7%.

Повторное исследование состояния, проведенное после продолжения неотложных медицинских мероприятий (20 минут от начала оказания помощи) значительно улучшило имеющийся результат (восстановление сознания – 78%, адекватное дыхание - 56,3%, нормализация окраски кожных покровов - 76,3% случаев, выраженный миоз - 18,3% пациентов). Однако поддержание полученного результата требовало продолжения медицинских вмешательств.

Частота пульса и ЧСС, по сравнению с показателями первой группы достоверно не изменялись.

АД у пациентов второй группы, по результатам мониторингования - через 20 минут, в результате проведенного лечения вернулось к допустимым цифрам у 71,7% обследованных.

В группе пациентов, которым налоксон не применялся в стационар госпитализировано - 67,3% больных; 14,7% пациентов – оставлено на месте, 17,3% человек - от госпитализации отказались. В 0,7% случаев не смотря на предпринятые меры, диагностирована смерть.

Обсуждение полученные результатов. Проанализировав полученные данные, с определенной долей уверенности можно говорить о социальном «портрете» оказавшихся пациентами бригад СМП по поводу отравлений опиийными препаратами. Это молодые мужчины, приблизительно 24 лет, внутривенно употребляющие опиаты (отсутствие анамнестических данных затрудняет разделение на систематических и эпизодических потребителей), обычно в компании вне дома (4/5 всех случаев).

Клиническая картина отравления опиатами (передозировки) характеризовалась прежде всего угнетением ЦНС проявлялось в виде разной степени выключения сознания (92%), от стадии засыпания (сонливость, оглушенность) до расстройства сознания в виде комы – поверхностной или глубокой. В неврологической картине наиболее специфичным (96%) являлось сужение зрачка (миоз) вплоть до точечного (булавочную или спичечную головку). К сожалению карты содержа описание состояния зрачка не всегда отражали его фотореакцию, которая в таких случаях характеризуется снижением или полным отсутствием реакции на свет. Наиболее типичным для токсического действия опиатов было угнетение дыхания (87%) до брадипноэ с частотой дыхания до 4-6 в минуту или полной его остановки, в том числе у больных, находящихся в состоянии сопора или поверхностной комы, сопровождаясь побледнением или цианозом кожных покровов. Именно нарушение дыхания определяли тяжесть течения, исход заболевания и необходимость выбора лечебных мероприятий. Наиболее тяжело протекали сочетанные отравления опиатами с алкоголем или иными препаратами психотропного ряда.

Основные результаты проведенного исследования отражены в таб. 3, и наглядно демонстрируют, что применение налоксона дает возможность с меньшими затратами добиться лучших результатов. В группе получавших налоксон, лиц у которых было восстановлено сознание на момент проведения догоспитальной медицинской помощи и более короткие сроки отмечено на 18% больше, при этом, значительно реже возникала необходимость в проведении ИВЛ, втрое меньшим было число больных направленных на госпитализацию. Кроме того, было значительно меньшим (в среднем на 7,6 мин)

время пребывания на выезде бригад ССМП, что свидетельствует о явном экономическом эффекте применения налоксона.

Табл. 3.

Результаты анализа применения налоксона на ДГЭ при опийных комах:

Группа (применение налоксона)	Восстановлено сознание	ИВЛ		Госпитализировано	Средняя продолжительность вызова (мин)*
		Маска	Интубационная трубка		
Группа I Применялся налоксон	95,7%	34,7%	-	22,3%	17,3±1,1
Группа II Налоксон не применялся	78%	89,3%	8%	67,3%	24,9±2,3

*Примечание ** - расчет средней продолжительности вызова производился без учета требуемого условиями исследования мониторингирования, учитывалось чистое время оказания необходимой медицинской помощи

Отмеченные в группе пациентов, у которых налоксон не применялся, смертные случаи (менее 1%) не позволяют с достаточной уверенностью относить этот факт в пользу применения налоксона, тем не менее, полученными данными нельзя пренебрегать.

Исключением для использования налоксона может являться передозировка метадонном. Этот наркотик сам по себе имеет свойство вызывать отек легких, что в сочетании с введением больших доз налоксона, может утяжелять состояние больного.

Таким образом, использование для лечения острых отравлений опиатами на ДГЭ с применением налоксона является важным и необходимым лечебно-диагностическим мероприятием, позволяющим повысить качество оказания неотложной помощи, сократить время выезда бригад ССМП и число госпитализаций, а также улучшить прогноз.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ С НЕОТЛОЖНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Москвичев В.Г.

*г.Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет;
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

В настоящее время врачам различных специальностей все чаще приходится сталкиваться с патологией, ранее входившей в компетенцию узких специалистов. Одной из таких областей, представляющей особый интерес, является наркологическая патология, обусловленная негативной социально-экономической ситуацией в стране в 90-х годах XX века приведшей к обширному разрушительному социально-популяционному последствиям. Наиболее значимыми среди наркологических проблем являются различные формы злоупотребления психоактивными веществами (алкоголь, наркотики, токсикоманические средства), сопровождающиеся серьезными соматическими расстройствами.

Наибольшее распространение в России получило употребление алкоголя. По данным Российской Ассоциации общественного здоровья, уровень потребления алкоголя в России один из самых высоких в мире. Неумеренное его потребление в течение короткого периода времени способно вызвать острое отравление, а длительное, даже в субтоксических дозах, приводит к развитию хронической алкогольной интоксикации, висцеропатиям и зачастую является основной причиной смертельных исходов. Не случайно, что в последнее пятилетие наблюдается увеличение числа регистрируемых алкогольных психозов на фоне общего роста смертности от причин, связанных с употреблением этанола, ухудшая и без того сложную демографическую ситуацию в стране.

Учитывая сложившуюся в нашей стране ситуацию с употреблением различных психоактивных веществ, можно прогнозировать значительное увеличение распространенности сочетанной неотложной наркологической (в основном алкогольной) и неотложной соматической (неврологической, хирургической) патологии.

Однако, большинство врачей-терапевтов (неврологов, хирургов и др.) не владеют знаниями не только по диагностике, но и лечению расстройств здоровья, связанных с употреблением алкоголя и иных психоактивных веществ, считая такую патологию не входящей в сферу их профессиональных обязанностей. Положение осложняется тем, что в связи с тяжестью соматического состояния, лечение неотложных наркологических состояний проводится на терапевтической (неврологической, хирургической) койке.

Совершенно ясно, что лечение неотложной соматической патологии у больных с острой или хронической алкогольной интоксикацией требует особо взвешенного подхода к выбору лекарственных препаратов. Изменение фармакокинетики лекарств у этой категории больных может сопровождаться, с одной стороны, снижением терапевтического действия, а с другой, - существенно повышает риск развития нежелательных эффектов лекарственной терапии. При выборе медикаментозных препаратов следует также учитывать лекарственные взаимодействия и взаимодействия лекарственных средств с этанолом и другими психоактивными веществами. Эти взаимодействия оказывают значительное влияние на эффективность и безопасность проводимой фармакотерапии и, в ряде случаев, могут быть фатальны для пациентов.

Существует большое количество публикаций по ведению больных с острой соматической и наркологической патологией, но, как правило, лечебные рекомендации даются без учета полиморбидности и часто не учитывают особенностей фармакодинамики лекарственных препаратов у этих пациентов.

В современных условиях все большее значение приобретают фармакоэкономические аспекты выбора лекарственной терапии. Однако, в доступной нам литературе мы не встретили работ, посвященных фармакоэкономическому анализу различных режимов лечения этих пациентов, что делает несомненно актуальным проведение фармакоэкономического сопоставления различных схем лекарственной терапии.

Проведенный нами анализ терапевтической помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапах показал, что лечение неотложной соматической патологии часто проводится неадекватно, больным назначаются бесполезные, а порой и противопоказанные лекарственные препараты, что может приводить, как минимум, к ужесточению состояния пациента. Часто на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи врачами-терапевтами не учитывается наркологический статус пациента (тяжелая степень алкогольного опьянения, алкогольный абстинентный синдром и т.д.).

Все вышеприведенное требует:

Дать врачам-терапевтам необходимый набор знаний о часто сочетающейся с неотложными соматическими состояниями – наркологической патологии и принципах ее диагностики и лечения;

Выстроить единый алгоритм оказания неотложных мероприятий для больных алкоголизмом с коморбидными неотложными соматическими состояниями на догоспитальном и раннем госпитальном этапах;

Лечение сочетанной сомато-наркологической патологии осуществлять с обязательным учетом особенностей фармакокинетики у этой категории больных (снижение терапевтического действия, повышение риска развития нежелательных эффектов лекарственной терапии и др.).

В свою очередь, проведение этих мероприятий:

Снизит степень расхождения диагнозов по сопутствующим заболеваниям, и по возникающим жизненно важным осложнениям на догоспитальном и раннегоспитальном этапах;

Значительно улучшит преемственность на различных этапах оказания медицинской помощи;

Повысит качество оказания неотложной терапии данной категории пациентов.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛЫХ ГОРОДОВ В СВЕТЕ ПРОВОДИМОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.

г. Сатка Челябинской области

Основной стратегической целью развития отечественного здравоохранения является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан России.

В выступлении Президента РФ В.В. Путина на Госсовете 08.09.2005 года и в основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2008 года определены мероприятия, направленные на создание условий для повышения уровня жизни населения, содействие развитию «человеческого капитала», что должно отразиться на важнейших показателях состояния здоровья населения, в том числе и на ожидаемой продолжительности жизни (увеличение до 67,0 лет в 2008 году и до 68,0 лет к 2010 году).

В свою очередь повышение доступности и качества медицинской помощи касается и нашей службы, которая на первый взгляд наиболее доступна для населения, но при низком финансировании качества ее работы значительно ниже возможностей.

Руководящими документами для скорой является приказ МЗ РФ №100 от 26.03.1999 г. и вышедшие в течение последнего года приказы Минздравсоцразвития России №179 от 01.11.2004 года и №487 от 29.07.2005 года, определившие порядок оказания и организации скорой и первичной медико-санитарной помощи.

А подготовленная министерством и своевременно опубликованная Программа госу-

дарственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи (Постановление Правительства РФ №461 от 28.07.2005 года) дает возможность руководителям всех уровней в регионах сформировать свои Территориальные Программы, которые обеспечат скорую минимальным количеством денежных средств, достаточным для ее выполнения.

Как показывает практика стоимость вызова (случая оказания помощи), определенного Постановлением Правительства РФ, на уровне муниципальных образований фактически занижается. Примером может служить финансирование нашей станции (см. таблицу №1).

Таблица № 1

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района		2002 год		2003 год		2004 год		2005 год		2006 год	
		Абс. %		Абс. %		Абс. %		Абс. %		Абс. %	
		40.000		40.000		40.000		40.000		40.000	
Число выездов в год (средний за 10 лет) и случаев оказания СМП	По Программе госгарантий Правительства РФ	14,4 млн		16,2 млн		28 млн		32,5 млн		36,5 млн	
	Объемы финансирования	6,8 млн	48%	9,0 млн	56%	12,7 млн	46%	14,7 млн	46%		
Средняя стоимость 1 выезда	Факт	8,0 млн	56%	11,4 млн	71%	14,7 млн	53%				
	По Программе госгарантий Правительства РФ	360 руб		460 руб		700 руб		854 руб		913,3 руб	
	Факт	170 руб	48%	225 руб	56%	333 руб	48%	387 руб	46%		

Как следует из таблицы финансирование 1 вызова (случая обращения населения) на уровне муниципалитета снижается в 2-3 раза, а это ведет не только к снижению доступности, но и качества оказания помощи. Поэтому желательно чтоб был принят Закон «О государственных гарантиях», в котором будут законодательно закреплены виды, объемы, порядок и условия оказания медицинской, в том числе и скорой помощи населению, а также требования к ее качеству.

Закон установит единую систему стандартизации в скорой медицинской помощи и будет способствовать переходу от сметного содержания станций и отделений на принцип финансирования по стандарту ее оказания вне зависимости от места предоставления, что резко повысит качество оказания скорой помощи и сохранит жизни многим пострадавшим. Этому способствуют подготовленные министерством Законы о расширении организационно-правовых форм медицинских учреждений («Об автономных учреждениях» и «О государственной (муниципальной) некоммерческой автономной организации»).

Уход станций от сметного финансирования позволит самостоятельно формировать доходную и расходную части бюджета станций на основе муниципального заказа (ст. 176 и 177 БК РФ).

У главного врача появится большая гибкость в использовании имеющихся ресурсов и расширится хозяйственная самостоятельность.

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района доказала свое право на преобразование ее в автономную некоммерческую организацию тем, что при низком финансировании (в 2-3 раза меньше норматива) не снизила объемы оказываемой помощи и по заключению комиссии под руководством директора НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем» профессора Блохина А.В.

(г. Екатеринбург, 2001 год) наша станция является наиболее эффективно работающим учреждением здравоохранения в районе.

Это подтвердило и Правительство РФ. Станция дважды становилась Лауреатом Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности» и награждена двумя Дипломами и Грамотами Правительства Российской Федерации.

От всей души желаю Минздравсоцразвития, чтобы Закон «О государственных (муниципальных) автономных организациях» как можно быстрее был принят Государственной Думой и чтобы в нем сохранялось право самостоятельных станций скорой медицинской помощи (со своим автотранспортом) на преобразование в Муниципальную автономную некоммерческую организацию.

Но до принятия Законов для решения проблем, стоящих перед службой, нужны не только усилия Минздравсоцразвития, направленные на увеличение объема финансирования и внедрения прогрессивных методов финансового обеспечения, но и кардинальное укрепление ее материально-технической и кадровой базы; повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, активная помощь руководителей региональных, муниципальных властей и самих станций. При выполнении всего этого перспективы развития службы будут вполне оптимистичными.

РОЛЬ И МЕСТО СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УПРАВЛЕНИЮ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САТКИНСКОГО РАЙОНА

Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.

г. Сатка Челябинской области

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района – единственное в области и в стране учреждение, где ранее разрозненные и маломощные отделения скорой медицинской помощи при больницах объединены в единую структуру, состоящую из 6 подстанций.

Круглосуточную медицинскую помощь оказывают в основном фельдшерские бригады.

При отсутствии достаточного количества врачей эффективно управлять ими может не только главный фельдшер, но и заведующие подстанциями и старшие фельдшера, получившие полноценную менеджерскую подготовку.

Руководством станции делается ставка на укрепление этих подстанций именно такими специалистами. В настоящее время на кафедре высшего сестринского образования и менеджмента Челябинской государственной медицинской академии учатся заочно два наших фельдшера (2-й курс), одна уже закончила и назначена на должность заведующей подстанцией. Специфика работы требует от данного специалиста не только знания клинических дисциплин, но и высокий уровень знаний по основам педагогики и организации труда, психологии взаимоотношений. Такой руководитель должен не только контролировать качество скорой медицинской помощи, но и грамотно мотивировать персонал, когда престиж профессии и его материальная оценка чрезвычайно низки.

Полноценно анализ работы заведующей подстанцией делать еще рано, так как после окончания факультета она работает только 3 месяца, но уже первые результаты: улучшение морально-психологического климата, деловая и творческая обстановка в коллективе, обеспечение бесперебойного запаса медикаментов, обучение персонала, контроль теоретических знаний и практических навыков дают право думать, выбранное направление не только будет стимулом для совершенствования профессиональных знаний средних медицинских работников с учетом современных требований, предъявляемым в области управления, но и даст возможность им заниматься более высокооплачиваемой работой.

РОЛЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА В РАБОТЕ КОЛЛЕКТИВА МУЗ «СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САТКИНСКОГО РАЙОНА

Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.

г. Сатка Челябинской области

Наш коллектив с воодушевлением воспринял известие о создании ННПОСМП. Ведь до этого никто практически (за исключением главного внештатного специалиста по скорой помощи) службой не занимался.

Все медицинские работники станции (фельдшера и врачи) стали членами общества и не пожалели об этом. Каждый сотрудник получил удостоверение члена общества и стал получать бесплатно журнал «Неотложная терапия», а сейчас еще и газету «Сирена».

По материалам журнала на станции проводятся занятия с фельдшерами и врачами, которые дали свой положительный результат.

Количество повторных вызовов снизилось с 8,5% в 2003 году до 5,3% в 2004 году. Расхождения диагнозов уменьшились с 4,5% в 2003 году до 3,6% в 2004 году.

Аттестованы за этот период 42 человека. Получили первую квалификационную категорию 31 человек, высшую – 11 человек. Учатся в высших учебных заведениях 10 человек.

Наша станция участвует в проводимой кафедрой фармакологии МГМСЧ и обществом апробации новых лекарственных средств, которые поступают к нам также бесплатно. Так за истекший период с 2002 года по 2004 года проведены испытания таких препаратов, как кордафлекс, нифедипин, кормагезин, мексидол, цитофлавин и др. Внедрен в практику метод небулайзерной терапии, что позволило значительно уменьшить количество внутривенных инъекций гормональных препаратов при приступах бронхиальной астмы.

Цикл дистанционного обучения по образовательной Программе общества (очно-заочная форма) завершен в 2005 году. Повысили свою квалификацию без отрыва от работы 70 человек.

Обучение проводилось с помощью мультимедийного компьютера и по форме и содержанию очень понравилось нашим сотрудникам.

В работе общества локомотивом – движущей силой является исключительная личность его руководителя - профессора А.Л. Верткина. Благодаря его энергии обществом сделано очень много для рядовых сотрудников. Его позиция, что «скорая – это передовой край нашего здравоохранения», которая должна быть максимально оснащена современным оборудованием, средствами связи, автотранспортом и медикаментами для точной диагностики и оказания своевременной и качественной медицинской помощи импонирует всем «скоропомощникам».

Традиционные ежегодные встречи работников скорой (врачей, фельдшеров) в Москве очень важны для нас. В ходе обсуждений на этих встречах наболевших проблем намечаются и возможные пути их преодоления.

Выражаю искреннюю благодарность профессору Верткину А.Л. и его сотрудникам, а также всем, кто поддерживает его: Минздравсоцразвития, РАМН, Координационному Совету Минздравсоцразвития по скорой помощи за их гуманную и плодотворную деятельность. Если профессором Верткиным А.Л. взято направление на обучение кадров

скорой, повышение их квалификации, то созданная в Санкт-Петербурге Ассоциация медицинских работников скорой помощи призвана заниматься не только этими вопросами, но и защитой прав отдельных работников, а также коллективов станций и отделений скорой.

Устав ассоциации предусматривает уплату членских взносов, что может вызвать негативную реакцию сотрудников, которые уже платят взносы в профсоюз.

Несмотря на трудности, которые пришлось преодолеть профессору Мирошниченко А.Г. в создании этого общества регистрация его состоялась. И сейчас необходимо активизировать его работу хотя бы в направлении защиты станций от низкого финансирования на уровне муниципальных образований, повышения зарплаты сотрудникам скорой в том же размере, как и участковым врачам – терапевтам и педиатрам.

Ассоциации и ННПОСМП (их руководителям Мирошниченко А.Г. и Верткину А.Л.) необходимо наметить пути сотрудничества и исключить дублирование функций для полноценной деятельности всей службы. Только совместная деятельность по разным направлениям принесет реальную пользу скорой помощи и его сотрудникам.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КАТЕДЖЕЛЬ» ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Пиковский В.Ю., Захарова А.Е., Лукин М.С.

*Кафедра скорой медицинской помощи МГМСУ, ССНМП г. Москвы,
МУЗ станция скорой медицинской помощи г. Белгорода*

Проблема поддержания проходимости дыхательных путей и профилактики аспирационного синдрома у пациентов в критических состояниях на догоспитальном этапе наиболее полноценно решается выполнением интубации трахеи.

Успешность и безопасность этой инвазивной манипуляции зависит, в первую очередь, от scrupulous соблюдения методики. Важное место в проведении интубации трахеи занимает смазывание интубационной трубки как для более легкого ее проведения в трахею, так и для уменьшения травматизации слизистой и, следовательно, снижения риска последующего инфицирования.

В качестве либриканта нами был использован комбинированный препарат «Катеджель», представляющий собой стерильный смазывающий водорастворимый гель, содержащий 2 % гидрохлорид лидокаина и 0,05 % гидрохлорид хлоргексидина. Основу геля составляет глицерин и гидроксипропилцеллюлоза. Препарат находится в удобных гофрированных тубах по 12,5 г (лидокаин – 0,25 г, хлоргексидин – 0,00625 г).

Интубация трахеи на догоспитальном этапе с использованием препарата «Катеджель» была выполнена у 30 пациентов. 25 больных находились в коматозном состоянии, а 5 – в сознании (интубация трахеи проводилась им в связи с выраженной дыхательной недостаточностью после медикаментозной седации).

В 18 случаях проводили оротрахеальную интубацию, в 7 – назотрахеальную, в 5 – применяли пищеводно-трахеальную комбинированную трубку Combitude.

О клиническом эффекте препарата «Катеджель» мы судили по следующим параметрам:

- сложность интубации (оценивалась врачами по десятисантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), также измерялось время манипуляции и число успешных интубаций с первой попытки);

- комфортность для пациента (выраженность реакции на нахождение интубационной трубки в трахее при поступлении больного в стационар);

- выраженность признаков травматического ларинготрахеита (субъективно – боль в горле, першение, а также объективные бронхоскопические признаки).

В качестве контрольной группы анализировались 30 пациентов, интубация трахеи которым на догоспитальном этапе проводилась без использования «Катеджеля» (с применением вазелинового масла или вообще без либриканта). В контрольной группе также в 18 случаях проводили оротрахеальную интубацию, в 7 – назотрахеальную, а в 5 – применяли пищеводно-трахеальную комбинированную трубку Combitube.

Были получены следующие результаты:

Все случаи интубации трахеи были успешными, причем при использовании «Катеджеля» все оротрахеальные интубации и 6 назотрахеальных были выполнены с первой попытки (среднее время манипуляции составило, соответственно, 15+3 и 30+6 сек.). В контрольной группе с первой попытки были выполнены 15 оротрахеальных и 4 назотрахеальных интубаций (среднее время манипуляции составило, соответственно, 20+6 и 39+3 сек.). Сложность интубации трахеи, оцененная по ВАШ, для сходных видов интубации была, в среднем, на 30 мм меньше при использовании «Катеджеля». Таким образом, по сравнительным ощущениям врачей, различные виды интубации трахеи выполнялись легче при использовании «Катеджеля».

При поступлении в стационар негативные двигательные и поведенческие реакции на интубационную трубку отсутствовали у всех пациентов с применением «Катеджеля» (в том числе, у больных в сопоре и при наличии сознания). В контрольной группе в тот же период у всех больных с уровнем угнетения сознания выше 6 баллов по шкале ком Глазго наблюдались негативные двигательные и поведенческие реакции различной степени выраженности. В ряде случаев это потребовало дополнительного введения седативных препаратов.

При анализе выраженности признаков травматического ларинготрахеита у экстубированных больных (при нахождении интубационной трубки в трахее не более 1 суток) было выявлено статистически значимое различие между группами. Так, в группе с применением «Катеджеля» признаки травматического ларинготрахеита встречались реже и были менее выражены.

Также нами не было отмечено случаев проявления аллергических реакций при использовании препарата «Катеджель».

Таким образом, препарат «Катеджель» является эффективным и безопасным средством, применяемым при интубации трахеи. Его свойства либриканта, местного анестетика и антисептика позволяют значительно облегчить выполнение интубации трахеи на догоспитальном этапе, соблюсти принцип преемственности с последующими этапами лечения и уменьшить вероятность осложнений данной манипуляции.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УПРАВЛЕНИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Попов В.П., Казанцев В.С.

Россия, г. Екатеринбург, Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области

Скорая медицинская помощь (СМП) была и остается важным звеном российского здравоохранения, от эффективности работы которого в значительной мере зависит успешное решение такой острой социальной проблемы, как снижение все еще высоких уровней смертности населения.

В настоящее время в Свердловской области насчитывается 78 станций и отделений СМП (С и ОСМП), из которых 10 являются самостоятельными медицинскими учреждениями, а 68 – отделениями центральных районных и городских больниц. Численность обслуживаемого ими населения колеблется от 5800 до 1,3 млн. человек, а радиус территорий, на которых приходится действовать – от 5,5 до 63 км.

Для анализа потенциала и результативности деятельности С и ОСМП обычно используется большое число самых разных показателей, что позволяет дать полную и развернутую их характеристику. Вместе с тем обилие такой информации создает для организаторов здравоохранения трудности, связанные с обобщением и интерпретацией обширных баз данных. Для свертывания многомерной информации в практике управления часто используется методика расчета обобщающих, «интегральных» показателей (ИП), которые находят применение и в управлении здравоохранением.

Для анализа эффективности работы С и ОСМП обычно используются данные о нагрузке на бригады, их занятости, количестве обращений и их структуре, отказах в СМП за необоснованностью, а также в госпитализации, своевременности выезда бригад и их доезда. Для расчета соответствующего ИП были использованы 10 указанных первичных показателей. Для обобщающей оценки качества работы было использовано 12 показателей, характеризующих: летальность на различных этапах оказания медицинской помощи, соответствие и адекватность оказанной экстренной помощи стандарту, дефекты в ходе лечебного процесса, расхождения установленных диагнозов.

На основании этих данных была проведена типология 51 С и ОСМП наиболее крупных МО Свердловской области. Исходя из величины рассчитанных ИП были установлены как наиболее, так и наименее эффективно работающие организации. В свою очередь, классификация их на 3 группы показала, что в период 2000-2003 гг. большинство (78-82%) структур СМП в области относились к категории со средней степенью эффективности работы бригад (табл.1).

Таблица 1

Классификация С и ОСМП Свердловской области в зависимости от величины ИП, характеризующего эффективность работы бригад

Уровень эффективности работы	2000	2001	2002	2003
Низкий (ИП менее 0,4)	1	1	3	3
Средний (ИП – 0,4 – 0,6)	41	40	40	42
Высокий (ИП > 0,6)	9	10	8	6

Применение этой же методики для оценки качества работы С и ОСМП также продемонстрировало наличие значительной их дифференциации по величине рассчитанного ИП. Результаты классификации 51 организации на 3 группы приведены в табл.2. Из них видно, что в 2000-2003 гг. большинство С и ОСМП в области отличались достаточно высоким качеством работы - 76-78% из них имели ИП более 0,7.

Таблица 2

Классификация С и ОСМП Свердловской области в зависимости от величины ИП, характеризующего качество работы бригад

Уровень качества работы	2000	2001	2002	2003
Низкий (ИП менее 0,4)	3	2	2	2
Средний (ИП – 0,4 – 0,7)	4	4	3	2
Высокий (ИП > 0,7)	44	45	46	47

Таки образом, проведенные исследования показали, что большинство станций и отделений СМП в регионе работает достаточно качественно, однако эффективность их деятельности невысокая. На основании результатов типологии были определены административно-территориальные образования, где необходимо проведение первоочередных мер по совершенствованию организации СМП населению. В целом, полученные в ходе исследований материалы могут служить основой для разработки научно-обоснованной программы совершенствования деятельности службы СМП в Свердловской области.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИЧИН ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Попов В.П., Ползик Е.В., Фиалко В.А.

Россия, г. Екатеринбург, Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области

В последние годы в Российской Федерации отмечается увеличение обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП): при рекомендуемом нормативе в 320 обращений на 1000 населения, в 2001 г. уровень их составил 362,6, в 2003 – 371,3 случая на 1000 населения, а в ряде субъектов Федерации этот показатель достигал 460-660 вызовов. В Свердловской области отмечается аналогичная тенденция: в 2000 г. обращаемость за СМП составила 371,2 случая на 1000 населения, а в 2003 г. – 382,9, что на 16-19% выше рекомендуемого норматива. Кроме того, за этими средними по региону показателями скрываются значительные различия между отдельными муниципальными образованиями (МО). Например, в 2003 году самый низкий показатель обращаемости был зарегистрирован на уровне 246,6 на 1000, а самый высокий - 847 на 1000.

Эффективное управление сложными системами должно основываться на детальном анализе составляющих их элементов. Одним из способов такого анализа является типология. Был избран 3-х-классовый вариант классификации: в первый класс включались МО с уровнем обращаемости за СМП до 320 на 1000 населения (низкий уровень), во 2-ой – от 321 до 400 обращений (средний уровень) и в 3-ий – более 400 обращений на 1000 населения (высокий уровень).

Согласно полученным результатам в 2000-2003 гг. в Свердловской области отмечалась достаточно стабильная ситуация: в 22-29% МО регистрировалась низкая обращаемость за СМП, а в 32-39% - высокая. Таким образом, в 70-78% территорий уровень обращаемости превышал нормативную величину и в более трети – это превышение было значительным.

С точки зрения управления, чрезвычайно важно установить, за счет влияния каких факторов формируются столь разные показатели деятельности станций и отделений СМП. По мнению экспертов, рост обращаемости населения за СМП обусловлен в основном неудовлетворительной организацией работы амбулаторно-поликлинического звена, но вместе с тем, среди причин называется также и низкий уровень социально-экономического развития территории, а также демографическая структура населения. Естественно, что для разработки эффективных управленческих решений таких общих высказываний явно недостаточно. Наиболее же корректные данные можно получить с помощью методов, основанных на принципах системного анализа. Наиболее подходящими для этой цели представлялись методы распознавания образов, основное преимущество которых заключается в возможности корректного анализа комплекса, состоящего из плохо формализуемых признаков.

Все 62 МО за период 2000-2003 гг. были разделены на 2 класса: 1) с условно низкой обращаемостью за СМП (до 340 на 1000 населения) и 2) с высокой обращаемостью (более 380 обращений на 1000). В отношении каждой территории была собрана информация о 30 признаках, характеризующих: 1) потенциал муниципальной системы здравоохранения (обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, удельный вес врачей, имеющих высшую и первую квалификационную категорию, мощность поликлиник, число посещений на 1 врача, обеспеченность койками и средняя работа их в году, уровень госпитализации); 2) демографическую структуру (удельный вес различных поло-возрастных групп); 3) уровень социально-экономического развития (среднемесячная зарплата, обеспеченность жильем и его качество, оборот розничной торговли на душу населения); 4) потенциал службы СМП (обеспеченность бригадами и различными видами персонала). Ставилась задача определить влияние данного комплекса факторов на уровень обращаемости за СМП.

Надежные решающие правила, позволившие получить на процедуре «экзамена» 100% правильных ответов по обоим классам, были получены при учете субкомплекса из 11 наиболее информативных признаков. Этот результат позволял сделать заключение, что исходный их набор действительно содержал в себе данные об основных факторах, формирующих разный уровень обращаемости населения за СМП.

На второй стадии обработки материала решался вопрос об информативности каждого признака, величина которой интерпретировалась как сила влияния фактора. Обобщение результатов показало, что если принять силу влияния 11 наиболее значимых из них за 100%, то на долю потенциала системы здравоохранения придется 39%, демографический структуры населения – 23%, уровня социально-экономического развития – 10% и на потенциал службы СМП – 28%.

В ходе исследования характера влияния исследуемых факторов было установлено, что обращаемость за СМП выше в тех МО, где ниже обеспеченность системы здравоохранения врачами и средним медицинским персоналом, меньше мощность поликлиник и коечного фонда, ниже квалификация врачей, выше удельный вес лиц старших воз-

растных групп в демографической структуре населения, ниже среднемесячный уровень заработной платы, обеспеченность жильем и его качество. Таким образом, полученные результаты в целом не противоречат известным экспертным оценкам.

На заключительной стадии математической обработки с помощью разработанных многофакторных математических моделей был получен прогноз эффективности некоторых возможных управленческих решений. Согласно этим данным за счет повышения потенциала системы муниципального здравоохранения, особенно амбулаторно-поликлинического звена, можно сократить до 19% обращаемость населения за СМП.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о достаточно сложной причинной обусловленности уровня обращаемости населения за СМП, и возможности определенного сокращения его за счет усилий со стороны системы здравоохранения.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Просекова Т.Ю., Белых В.Н.

Россия, г.Кемерово, МУЗ Городская Клиническая Больница №3 им. М.А.Подгорбунского, приемное отделение.

Туберкулез является важнейшей социально-медицинской проблемой. Как заболевание социальное, он имеет определенные черты, отражающие общие социальные проблемы общества. В течение последнего десятилетия XX века в России наблюдается рост числа больных туберкулезом с запущенными формами, осложненным и прогрессирующим течением, атипичной клинико-рентгенологической картиной. Заболеваемость населения туберкулезом совпадает с низким социальным уровнем жизни населения и снижением настороженности в отношении туберкулеза. Анализ выявления туберкулеза на этапе приемного отделения представляет важный научно-практический интерес.

Цель исследования – оценить выявляемость различных форм туберкулеза, количество впервые выявленных форм, провести анализ социального состава больных, оценить проведение профилактической флюорографии, роль приемного отделения в диагностике туберкулеза.

Нами проведен анализ обращаемости по экстренной помощи за 2004 год. За этот период в приемное отделение к различным специалистам обратилось 28 312 человек, из них 2496 человек обратилось в кабинет терапевта. За 2004 год выявлено 45 человек с туберкулезным поражением легких, что составляет 0,15% от общего числа поступивших и 1,8% от пациентов, обратившихся за терапевтической помощью. Из них мужчин – 31 человек, что составило 68,8%, женщин 14 – 31,2%. Из этого числа впервые диагностирован туберкулез у 22 человек – 48,9%, уже имелся в анамнезе у 23 человек – 51,1%. Пик обращаемости приходится на весенний (20 человек – 44,5%) и зимний (17 человек – 37,7%) периоды. Заболеваемость туберкулезом регистрировалась в возрасте от 20 до 70 лет с пиком в возрастной группе 40-50 лет – 18 человек (40%). Анализ социального состава показал, что 41 человек больных туберкулезом трудоспособного возраста (91,1%) не работали на момент выявления заболевания. Инвалиды составили 3

человека (6,6%), пенсионеры по возрасту – 4 человека (8,8%). Таким образом, большинство больных туберкулезом – 43 человек (95,5%) оказались социально не защищенной группой граждан. Работали из них только 2 больных (4,4%). 5 человек имели в анамнезе контакт с туберкулезным больным, что составило 11,1%, находились в местах лишения свободы – 3 человека (6,6%). Большинство больных доставлено в приемное отделение бригадой скорой помощи – 39 человек (86%), имели направление из поликлиники 4 человека (8,8%), самообращение в двух случаях (4,4%). Нами проанализированы основные направительные диагнозы, с которыми больные доставлялись скорой помощью в приемное отделение. Пневмония – 23 человека (51,1%), хр.панкреатит, обострение – 2 человека (4,4%), черепно-мозговая травма – 7 человек (15,5%), обострение обструктивного бронхита и бронхиальной астмы – 5 человек (11,1%), туберкулез легких – 2 человека (4,4%), синдром отмены алкоголя – 1 человек (2,2%), поясничный остеохондроз – 1 человек (2,2%), острый живот – 2 человека (4,4%), кровохарканье – 2 человека (4,4%). При анализе форм туберкулеза отмечена высокая доля очагово-инфильтративного туберкулеза – у 25 человек (55,6%), диагностирован фиброзно-кавернозный – у 17 человек (37,7%), диссеминированный – у 1 человека (2,2%), туберкулома у одного человека (2,2%) и внелегочный у одного человека (2,2%). При исследовании мокроты на микобактерии туберкулеза /ВК/ положительный результат получен в 17 случаях – 37,7%. У всех исследуемых в 100% случаев профилактическая флюорография (ФЛГ) не проводилась в течение многих лет. Сопутствующие заболевания имелись у 33 человек – 73,3%. Наиболее часто отмечались: хронический алкоголизм – 17 человек (37,7%), анемия легкой степени тяжести – 16 человек (35,5%). Были направлены для дальнейшего лечения в тубдиспансер 18 человек, что составило 40%, отказались от госпитализации 2 человека (4,4%), отпущены на амбулаторное лечение у фтизиатра 25 человек (55,5%).

Выводы:

Проведенное исследование показало, что туберкулез чаще встречается у лиц без определенного места жительства, находившихся в местах лишения свободы, не имеющих постоянной работы.

В 100% случаев профилактическая ФЛГ не проводилась в течение многих лет.

Приемное отделение играет важную роль в проведении дифференциальной диагностики инфильтративных процессов в легких и в частности в выявлении туберкулеза.

Туберкулез легких у мужчин встречается в два раза чаще, чем у женщин.

Очагово-инфильтративный туберкулез составляет половину от общего числа выявленных форм.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

Русаков С.К.

Россия, Ростовская область МУЗ ЦРБ Неклиновского района

Проблема хирургического лечения больных с ущемленными грыжами остается актуальной. Летальность не имеет тенденции к заметному снижению, а значительное число

послеоперационных осложнений свидетельствует о необходимости улучшения качества лечения этих больных.

Анализируя причины летальности при ущемленных грыжах затрагиваются важные проблемы, которые могут привести к снижению последней. Однако, к сожалению, зачастую не учитывается то, что ущемленные грыжи в 40-70% сопровождаются острой странгуляционной непроходимостью кишечника, которая, как правило приводит к развитию эндотоксикоза и неблагоприятным исходам.

Акцентируя свое внимание на развитие острой непроходимости кишечника при ущемленных грыжах, мы разработали тактику лечения этой группы больных. Для определения степени тяжести эндотоксикоза использовали разработанную нами простую в практическом плане методику (таблица № 1).

Немаловажным фактором, влияющим на исход заболевания, является определение жизнеспособности кишки. Наши исследования показали, что нельзя ориентироваться только на субъективную оценку жизнеспособности кишки (цвет, перистальтика, пульсация сосудов). Мы широко используем интроскопическую биомикроскопию и лазерную доплеровскую флоуметрию, применение которых значительно снижает риск несостоятельности швов анастомоза.

В основу исследования положен опыт лечения больных с ущемленными грыжами осложненными острой непроходимостью кишечника. По методам лечения все больные были разделены на 2 группы.

Таблица № 1

Определение степени выраженности эндотоксикоза.

Показатели	Степени тяжести эндотоксикоза		
	I	II	III
Частота пульса	до 110	110-130	более 130
Частота дыхания	до 22	23-30	более 30
Нарушения функции ЦНС	легкая эйфория	заторможенность	интоксикационный делирий
Цвет кожного покрова	нормальный	бледный	землистый
Суточный диурез, мл	более 1000.0	800.0-1000.0	менее 800.0
Перистальтика кишечника	вялая	отсутствует	отсутствует
Лейкоцитарный индекс интоксикации, расч.ед.	менее 3	3-6	более 6
Мочевина сыворотки крови ммоль/л	7.47 ± 0.52	10.1 ± 0,68	16,34 ± 1,8
Миоглобин сыворотки крови, нг/мл	192.0 ± 17.7	535.0 ± 34.0	1233 ± 16.4

В I группе (87 больных) не придавалось особому значению наличия острой непроходимости кишечника, что выражалось в том, что у этих больных не были использованы объективные методы оценки жизнеспособности кишки, не применялась назоинтестинальная декомпрессия тонкой кишки и соответственно лечение проводилось без методов энтеральной детоксикации.

Во II группе (93 больных) лечение проводилось с использованием энтеральной детоксикации включающей назоинтестинальную интубацию, внутрикишечный лаваж, энтеросорбцию, раннее энтеральное зондовое питание.

В этой группе больных оценка жизнеспособности кишки осуществлялась путем сочетанного применения интраоперационной биомикроскопии и лазерной доплеровской флоуметрии.

Проводимый сравнительный анализ результатов хирургического лечения показал, что применение объективных методов определения жизнеспособности кишки (интраоперационная биомикроскопия и лазерная доплеровская флоуметрия и использование методов энтеральной детоксикации позволило уменьшить несостоятельность швов анастомоза на 8,7%, перитонита – на 14,2%, снизить количество осложнений на 36,7; летальность – на 13,2%.

Таким образом лечение ущемленных грыж должно предусматривать наличие острой непроходимости кишечника.

Считаем обязательным при ущемленной грыже с острой непроходимостью кишечника определять степень выраженности эндотоксикоза и при II и III степени использовать методы энтеральной детоксикации.

Для оценки жизнеспособности кишки при ущемленных грыжах необходимо пользоваться объективными способами. В нашем случае это интраоперационная биомикроскопия и лазерная доплеровская флоуметрия.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Салеев В. Б.

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Республика Марий Эл, Йошкар-Ола

Актуальность темы. Показатель обращаемости больных пожилого возраста к службе скорой медицинской помощи превышает в 4-5 раз планово- нормативный (315 вызовов в год на 1000 населения). С медико-биологической точки зрения обращаемость больных к службе скорой медицинской помощи (СМП) можно считать объективным индикатором состояния здоровья и санитарной культуры населения. В этом показателе сочетаются как биологические, так медицинские и социальные факторы.

Цель исследования. Выявить основные факторы, послужившие причиной высокой обращаемости пожилых больных с заболеваниями органов кровообращения к службе скорой медицинской помощи. Настоящее исследование проведено в отделении СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ), состоящее из двух круглосуточно работающих выездных бригад гериатрического профиля. В качестве материала были использованы карты вызовов СМП и журналы приема вызовов от населения в возрасте старше 60 лет по утвержденной форме за период 2001- 2003 гг. В результате исследования было установлено, что показатель обращаемости пожилых больных с патологией органов кровообращения увеличился за данный период с 359 в 2001 г., до 398 в 2003г. Были выявлены следующие факторы, оказавшие влияние на уровень обращаемости пожилых больных к СМП по поводу заболеваний органов кровообращения:

1. Возраст пожилых больных. Отмечался рост обращаемости до возраста 84 лет, затем происходил спад обращаемости. Средний возраст больных за данный период увеличился на 1,8 года (с 75,1 до 76,9 лет).

2. Пол пожилых больных. Обращаемость женщин была несколько меньше, чем обращаемость мужчин (363 и 389) соответственно до возраста 84 лет и становится практически одинаковой после 85 лет.

3. Основное заболевание. Основной причиной высокой обращаемости больных с заболеваниями органов кровообращения была хроническая сердечная недостаточность (228-239), т.е. более 60% всей обращаемости с заболеваниями органов кровообращения.

4. Время суток. В результате исследования выявлено, что самая высокая частота обращений (более 34%) приходится на период с 18 до 24 часов (дневное и вечернее время) и в период с 4 до 10 часов (29 – 32%), т.е. более 60% обращений приходится на вечернее и ночное время.

5. Сезонность. В течение года более 35% обращений больных по поводу заболеваний органов кровообращения приходится на зимний период и менее 25% на летние месяцы.

Вывод.

В работе службы скорой медицинской помощи необходимо учитывать вышеуказанные причины высокой обращаемости пожилых к СМП с заболеваниями органов кровообращения.

СОСТОЯНИЕ И ГЕРИАТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Салеев В.Б., Арьев А.Л.

Республика Марий Эл, г.Йошкар-Ола, Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн

г.Санкт-Петербург, Медицинская академия последипломного образования, кафедра геронтологии и гериатрии

Актуальность. Постарение населения, а также особенности течения заболеваний, коморбидные состояния, ментальный статус и многое другое обуславливают специфику вида и характера оказания неотложной медицинской помощи пожилому населению как на госпитальном, так и, особенно, на догоспитальном этапах. Кроме того, увеличение численности пожилого населения определяет рост объема медицинской помощи и как следствие увеличение экономических затрат. Поэтому изучение состояния и поиск оптимальных вариантов совершенствования скорой медицинской помощи (СМП) лицам пожилого и старческого возраста становятся особенно актуальными.

Необходимость изучения данной проблемы определяется еще и тем, что основная часть пожилого населения России проживает в городах со средней численностью населения, каким, в частности, является Йошкар-Ола.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в Республике Марий Эл, по материалам Йошкар-Олинской станции СМП и отделения СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ) за период 1996-2005 гг.

На основании проведенного анализа обращений населения в возрасте старше 60 лет к СМП (5500-6500 карт вызовов по поводу отдельных видов заболеваний за каждый вышеуказанный год), экспертной оценки качества оказания медицинской помощи, интервьюирования больных и медицинского персонала СМП, получена комплексная оценка оказания экстренной медицинской помощи пожилым больным.

За данный период произошел рост численности пожилой части населения г.Йошкар-Олы с 36,7 в 1996г. до 39,8 тыс. в 2005 г. при практически одинаковой общей численности (248,4 и 249,3 тыс.) соответственно. Увеличение численности пожилого населения составило 8,6%. Установлено, что при доле лиц в возрасте старше 60 лет в структуре всего населения 15,8%, на них приходится 54,3 – 56,7% выполненных вызовов СМП. Уровень обращаемости данной возрастной группы населения превышает как планоно-нормативный показатель в 3,5-4,5 раза, так и по основным нозологическим формам: заболевания органов кровообращения-299,6; нейрососудистая патология – 221,3; болезни органов дыхания – 146,3; мочеполовая система -52,3, органы пищеварения 62,9, новообразования-81,0, несчастные случаи-43,6, что объясняется комплексом морфофункциональных изменений органов и систем, происходящих в стареющем организме. Вызовы к больным старших возрастов с острой патологией составили менее 25,0%. Оказалось, что на уровень обращаемости существенное влияние оказывают такие факторы, как возраст, характер заболевания, семейное положение (одинокие), сезонность, время суток, день недели, частота плановой госпитализации, предварительная обращаемость в поликлинику. Недостатки организации медицинского обслуживания данной категории населения в поликлиниках (очереди, отсутствие активных посещений врачами на дому, недостаточное внимание, неэффективность лечения), приводит к формированию необоснованной нагрузки на выездные бригады СМП. Частота необоснованных вызовов имеет динамику роста и составляет 65-70% от общего числа вызовов к пожилым больным, что приводит к существенным экономическим затратам для службы СМП. Из общего числа непрофильных вызовов каждый третий был сделан с целью возможной госпитализации. Объективным критерием недостаточного качества диспансерного наблюдения за больными старшего возраста, имеющих хронические заболевания, является высокая доля хронических больных, вызывающих СМП более 10 раз в год. В общем числе обратившихся к СМП, они составляют менее 1,0%, но потребляют пятую часть экономических затрат. В то же время более половины всех пожилых больных, обращающихся к СМП, в течение года не обращаются в поликлиники. По этой и другим причинам остается высоким уровень доставки больных врачами СМП на госпитализацию, составляющий более 235 человек (число госпитализированных в течение года на на одну тыс. пожилого населения), из них необоснованная доставка составляет 45-55 чел. Расхождение направительных и клинических диагнозов превышает 20,0%. Атипичное течение многих заболеваний у данной группы населения, отсутствие возможностей дополнительного обследования, короткое время общения и психологические особенности, недостаточная подготовка медицинского персонала по неотложной гериатрии, затрудняют постановку диагноза и, естественно, выбор правильной тактики. Дефицит врачебных кадров приводит к замене врачебных бригад на линейные фельдшерские.

Таким образом, проведенное исследование позволяет оценить современное состояние оказания СМП населению пожилого возраста в городе со средней численностью населения и определить пути ее совершенствования. Одним из путей совершенствова-

ния оказания СМП больным старших возрастов является создание выездных гериатрических бригад как в составе станций СМП, так и при гериатрических центрах. В составе РКГВВ почти 30 лет находится отделение СМП, состоящее из двух круглосуточно-работающих выездных бригад. Опыт работы с пожилыми больными показал, что система непрерывной клинической подготовки медицинского персонала должна быть следующей: систематическая постдипломная подготовка по вопросам неотложной гериатрии чаще одного раза в пять лет; проведение врачами отделения конференций с анализом диагностических и тактических ошибок; создание единой информационной базы о обслуживаемом контингенте; постоянное и своевременное получение информации о всех госпитализированных пожилых больных и исходах заболеваний; ежедневная передача врачами дежурных смен клинической информации обо всех обслуженных больных участковым врачам; проведение активных, консультативных и контрольных вызовов к неясным в диагностическом отношении больным. Выработанная годами тактика работы отделения оказывает существенное влияние на показатели качества, так уровень госпитализации в последние десять лет составляет менее 90 чел., а расхождение диагнозов 3,5-5,5%.

Заключение. При планировании деятельности станции СМП необходимо учитывать долю населения пожилого и старческого возраста в общей структуре населения.

Создание гериатрических выездных бригад при станциях СМП, или в составе многопрофильных гериатрических центров является приоритетным направлением совершенствования службы скорой медицинской помощи.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БЛОКАДЫ КРУТОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Салехова М. П.

ЦУНЛ ИМО НовГУ, г. Великий Новгород РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней КГМА, г. Караганда, РК

Клиническая картина острых хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и абдоминальной формы инфаркта миокарда имеет много общего. При этом наряду с изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ), характерными для ишемии миокарда, отмечаются не только клинические, но иногда и морфологические изменения в печени, желчном пузыре, поджелудочной железе, желудке и двенадцатиперстной кишке.

Особого значения не имеет, что первично в данной ситуации, заболевание органов гепатопанкреатодуоденальной зоны или ишемия миокарда. Тактика ведения этих больных будет определяться в зависимости от окончательного диагноза. Нам бы хотелось остановиться на частном вопросе: чем обусловлено появление клиники патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны при абдоминальной форме инфаркта миокарда.

В эксперименте на 20 собаках были проведены исследования по изучению влияния ишемии миокарда на состояние органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Исследования проводились в соответствии с «Правилами проведения исследований с использованием экспериментальных животных» МЗ РФ.

Было установлено, что на фоне моделирования ишемии миокарда отмечаются стойкий спазм сфинктеров желчного пузыря, Одди и привратника, приводящий соответственно к повышению внутрипросветного давления в желчном пузыре, холедохе и вирсунговом протоке, желудке.

Исходя из этого видно, что сама по себе ишемия миокарда может явиться причиной появления патологических состояний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Так, становится понятным, почему иногда при сочетании ишемии миокарда и острого холецистита (отсутствие конкрементов) обнаруживается отключенный желчный пузырь. В данной ситуации может иметь спазм сфинктеров желчного пузыря и Одди, приводящие к повышению давления в желчевыводящих путях.

Аналогичным образом при абдоминальной форме инфаркта миокарда могут отмечаться резкое вздутие желудка и развитие панкреатита.

Учитывая, что повышение внутрипросветного давления в желчевыводящих путях, вирсунговом протоке и желудке может привести к передаче патологической импульсации уже от этих органов к сердцу и усугубить коронарораспизм, замкнув порочный круг видно, что разрыв рефлекторной дуги коронарно-абдоминального рефлекса патогенетически обоснован.

Кроме того, повышение внутрипросветного давления в желчевыводящих путях и вирсунговом протоке может привести не только к появлению клиники острого холецистита и панкреатита, но и явиться пусковым фактором развития этих заболеваний.

Так же описаны случаи развития ишемических поражений желудка при инфаркте миокарда, что может быть следствием сочетанного развития пилороспазма и спазма сосудов желудка.

Одним из наиболее простых и эффективных способов разрыва дуги патологического коронарно-абдоминального рефлекса является блокада круглой связки печени. На кадаврах было установлено, что при введении в круглую связку печени 250,0-300,0 мл метиленового синего, краситель инфильтрирует зону ворот печени и малый сальник, обеспечивая адекватное поступление жидкости к зоне привратника и двенадцатиперстной кишки, а соответственно создаются предпосылки для разрыва рефлекторной дуги коронарно-абдоминального рефлекса.

Более того, разрыв рефлекторной дуги коронарно-абдоминального рефлекса при проведении блокады круглой связки печени может ускорить время дифференциальной диагностики между абдоминальной формой инфаркта и острыми хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны

В клинической практике при дифференциальной диагностике абдоминальной формы инфаркта и острых хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и при коррекции патологических состояний этих органов при абдоминальной форме инфаркта блокада круглой связки печени 250,0-300,0 мл 0,25% раствора новокаина с положительным эффектом была применена более чем у 250 больных, что позволяет обосновать патогенетическую целесообразность при абдоминальной форме инфаркта миокарда.

БЛОКАДА ПО РОМАНУ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА

Салехова М.П.

ЦУНЛ ИМО НовГУ, г.Великий Новгород РФ, кафедра пропедевтики Внутренних болезней КГМА, г.Караганда, РК

Клиническая картина острого панкреатита и абдоминальной формы инфаркта миокарда имеет много общего. Как при инфаркте, так и у 53,7-69,7% больных острым панкреатитом отмечаются изменения на электрокардиограмме (ЭКГ), характерные для ишемии миокарда.

Следует отметить, что при панкреатите имеют место не только изменения на ЭКГ, но и ишемические явления в миокарде. Более того, изменения на ЭКГ это регистрация рефлекторного спазма коронарных сосудов, его следствия ишемии миокарда.

Следует отметить, что на фоне инфаркта миокарда может развиваться рефлекторный спазм сфинктера Одди, что, в свою очередь, приведет к нарушению оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, повышению давления в желчевыводящих путях и вирусновом протоке, активизации панкреатических ферментов и развитию панкреатита, как патологического состояния, которое будет влиять негативно на состояние коронарного кровообращения, усугубляя уже имеющиеся нарушения.

Исходя из выше изложенного видно, что как инфаркт миокарда, так и панкреатит способны привести к развитию порочного круга и взаимоотягощению течения патологического процесса в каждом из этих органов.

Тактика лечения острого панкреатита и инфаркта миокарда различна, поэтому своевременная дифференциальная диагностика этих заболеваний необходима, так как снижает риск развития осложнений каждого из них.

Учитывая, что сердце и поджелудочная железа имеют общие источники иннервации, которые собственно и определяют опосредованное рефлекторное развитие патологического процесса в ранее не пораженном органе, разрыв рефлекторной дуги патологического висцеро-висцерального рефлекса между ними имеет как диагностическое, так и лечебное значение.

Одним из дифференциально диагностических критериев между острым панкреатитом и инфарктом миокарда могут являться результаты повторного электрокардиографического исследования, проведенного после прерывания потока патологической импульсации от поджелудочной железы к сердцу или наоборот с помощью блокады по Роману. Повторное ЭКГ-исследование целесообразно проводить не ранее, чем через 30-40 минут после блокады.

Если после блокады отмечается регрессия изменений на ЭКГ, их появление расценивают как рефлекторное нарушение коронарного кровотока, если же наоборот, изменения на ЭКГ сохраняются диагностируют инфаркт миокарда.

Результаты повторного ЭКГ-исследования, проведенные у 46 больных, госпитализированных в кардиологическое отделение с изменениями на ЭКГ, характерными для инфаркта миокарда и клиникой острого панкреатита, после блокады по Роману позволили у 15 исключить инфаркт миокарда, у 31 подтвердить инфаркт миокарда.

Таким образом, применение блокады по Роману при дифференциальной диагностике острого панкреатита и инфаркта миокарда позволяют сократить время диагностических мероприятий, что имеет большую роль для исхода лечения каждого из этих заболеваний.

ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Староверов И. И.

Россия, г. Москва, НИИ клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова, ФГУ РКНПК Росздрава.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) является основным методом патогенетического лечения острого инфаркта миокарда (ИМ). Известно, что величина некроза миокарда зависит от ряда факторов, таких как локализация и длительность окклюзии коронарной артерии, наличие коллатерального кровотока и др. При прочих равных условиях величина некроза миокарда определяется длительностью коронарной окклюзии. В клинической практике модифицировать такие факторы как уровень коронарной окклюзии и состояние коллатерального кровообращения невозможно. В то же время сократить длительность коронарной окклюзии, например, с помощью ранней ТЛТ или транслюминальной ангиопластики (ТКА) вполне реально. Чем раньше восстановлен коронарный кровоток, тем меньше объем необратимо поврежденного миокарда. Сокращение сроков начала лечения может быть достигнуто несколькими путями: 1) быстрая доставка больного с использованием наземного и воздушного транспорта; 2) оптимизация обследования больного в стационаре и проведение ТЛТ не позднее 30 минут от момента госпитализации или раздувания баллона в тромбированной артерии при проведении ТКА не позднее 90 минут. Но так как развитие некроза при ИМ – это «функция времени», очевидно, что максимальный выигрыш можно получить, если проводить ТЛТ непосредственно на догоспитальном этапе.

В исследовании, проведенном нами в конце 80-х годов прошлого века совместно со скорой медицинской помощью г. Москвы, мы сравнили результаты ТЛТ стрептазой (внутривенное введение 1,5 млн ЕД за 30 минут) у 80 больных ИМ с подъемами сегмента ST. У 40 больных ТЛТ начинали в машине 03 (1 группа), у 40 – в БИН стационара (2 группа). Время от начала ангинозного приступа до госпитализации в стационар существенно не различалось и составило 2,6 ч. В группе больных с догоспитальным тромболитисом лечение начинали в среднем через $1,8 \pm 0,1$ ч от начала болезни, во второй через $4,6 \pm 0,24$ ($p < 0,001$). Такой существенный выигрыш времени (2,9 ч) был связан с тем, что всем больным при поступлении проводили экстренную коронарную ангиографию (КАГ). Но даже если бы ТЛТ начинали вскоре после поступления, т.е. через 2,8 ч от начала болезни, она осуществлялась бы на 60 минут позже, чем на догоспитальном этапе. Возможность сократить время начала ТЛТ от 30 минут до 1,9 ч. показана позже в результате многочисленных исследований. По данным КАГ при поступлении в стационар коронарный кровоток (TIMI 2-3) был отмечен более чем у 80% больных 1 группы

и 12% ($p < 0,01$) 2 группы. В последующем введение стрептазы в стационаре привело к восстановлению кровотока в 47% случаев.

Эффективность, безопасность догоспитальной ТЛТ (при наличии компетентного персонала и необходимого оборудования) на сегодня доказаны в крупных рандомизированных исследованиях (EMIP, GREAT, MITI и др.), в которых включено более 6000 пациентов с ИМ. Доказаны преимущества проведения ТЛТ на догоспитальном этапе перед введением тромболитиков в стационаре (относительный риск госпитальной летальности снижается на 17%). Таким образом, догоспитальный тромболитизис позволяет дополнительно спасти жизни 2 больных из 62 пролеченных. Количество выживших после ИМ в группе догоспитального тромболитизиса в сравнении с госпитальным остается достоверно выше и через 10 лет (GREAT, 2003 г.). Еще более впечатляющие данные получены в крупномасштабном рандомизированном исследовании CAPTIM, 2005 г., показавшем, что проведение догоспитального тромболитизиса снижает летальность при ИМ не меньше, чем проведение первичной коронарной ангиопластики в условиях специализированного стационара.

При проведении догоспитального тромболитизиса в разных странах мира с успехом использовали различные фибринолитические препараты: стрептаза, APSAK (ацелированный комплекс стрептокиназы и плазминогена), тканевой активатор плазминогена (актилизе), урокиназа.

В нашей стране применение фибринолитиков сдерживалось, в том числе и недоступностью этих препаратов в практике здравоохранения. В 2000 году МЗ РФ зарегистрировал и рекомендовал для лечения больных ИМ фибринолитический препарат - проурокиназа рекомбинантная (Пуролаза). Основу этого препарата составляет физиологический активатор плазминогена человека, нативная молекула которого изменена методами генной инженерии. Вводят Пуролазу при ИМ в дозе 6-8 млн МЕ за 60 минут. Восстановление коронарного кровотока достигается более чем в 70% случаев. Введение препарата не приводит к развитию аллергических реакций, гипотонии, изменению цитологических и биохимических показателей крови.

Сегодня в ряде городов страны (Санкт-Петербург, Томск и др.) проводится клиническое исследование, в котором оценивают эффективность и безопасность догоспитального применения Пуролазы. В скором времени будут подведены результаты этих испытаний, после чего фибринолитический препарат Пуролаза может быть рекомендован для лечения больных с ИМ не только в условиях стационаров, но и по скорой медицинской помощи.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ВНУТРИГЛАЗНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Степанов А.В., Белогуров А.А.

Москва, ГУ «Московский НИИ глазных болезней им.Гельмгольца», НПП «Техноген».

В конце XX - начале XXI века в нашей стране наблюдается тенденция роста числа травматических повреждений глаз. Частота глазной травмы составляет ежегодно более 6 человек на 100.000 населения. При этом в лидеры выходит криминально-бытовая

травма, характеризующаяся тяжелейшими повреждениями внутриглазных структур. Это привело к тому, что травмы глаз, несмотря на значительный прогресс современной офтальмологии, продолжают лидировать в качестве причины слепоты и инвалидности по зрению, определяя социальную значимость проблемы.

Внутриглазные кровоизлияния при механической травме глаза наблюдаются, по данным различных авторов, у 18-85% пострадавших. Отсутствие рассасывания крови, излившейся в переднюю камеру глаза, в течение первых 5 дней ведет к развитию тяжелых осложнений, приводящих при отсутствии адекватного лечения к гибели травмированного глаза. Ранняя рассасывающая терапия способствует быстрому лизису излившейся крови и профилактике таких осложнений, как пластический увеит, вторичная глаукома, витреоретинальная пролиферация, отслойка сетчатки. Однако подобное лечение начинается только в специализированном офтальмологическом учреждении. При сочетанной травме повреждение глаза часто отодвигается на второй план, пострадавшего госпитализируют в учреждения другого профиля соответственно основному повреждению. В результате при отсутствии раннего адекватного лечения происходит организация излившейся в полость глаза крови.

В случае своевременной диагностики гифемы и гемофтальма арсенал возможных медикаментозных средств достаточно скуден. Вместе с тем, в последние годы в фармацевтической сети появился новый отечественный фибринолитик, позволяющий эффективно и в короткие сроки решить данную проблему. Мы располагаем 5-летним опытом его применения в офтальмологии у 378 пациентов (415 глаз). Данный препарат при раннем применении обеспечивает рассасывание гифем (кровоизлияний в переднюю камеру) практически у всех больных в течение 2-7 дней. Кровоизлияния в стекловидное тело рассасываются в зависимости от объема излившейся крови или полностью, или частично в течение 2-4 недель. При сочетании инъекций препарата с современными лазерными методами его эффективность значительно повышается. Восстановить зрение удается, примерно, у 70% больных без операции. Примерно в эти же сроки рассасываются кровоизлияния в сетчатку.

Препарат создан на основе рекомбинантной проурокиназы. В каждой ампуле содержится одна разовая доза для субконъюнктивальной или парабульбарной инъекции. Это позволило значительно снизить стоимость препарата, в сравнении с другими фибринолитиками, и обеспечить его доступность для широкого круга пациентов. Инъекции производят 1 раз в 24 часа, что обеспечивает возможность применения метода в медицинском учреждении любого профиля при наличии квалифицированного консультанта-окулиста, начиная со 2-го дня после травмы. Более раннее назначение препарата может способствовать рецидиву кровоизлияния. Препарат может быть использован в качестве монотерапии, так и в сочетании с препаратами других групп (противовоспалительные, антибактериальные, антиоксиданты и др.).

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ. СКЭНАР-ТЕРАПИЯ.

Тараканов А.В., Гринберг Я.З., Лось Е.Г.

Россия, Ростовский Государственный медицинский университет, кафедра скорой медицинской помощи ФПК и ППС, ЗАО ОКБ «РИТМ», г. Таганрог

СКЭНАР – аббревиатура прибора - (самоконтролируемый энерго-нейроадаптивный регулятор) и метода лечения. Прибор генерирует импульсный, биполярный, без постоянной составляющей электрический ток. Принцип его формирования - биотехническая обратная связь. Имеется система экспертной оценки состояния кожи с поиском зон и биологически активных точек, отсутствуют возрастные ограничения, отмечается минимум противопоказаний.

Лечение вызывает многокомпонентный ответ - местную реакцию в виде изменения цвета кожи, её влажности, чувствительности, кровенаполнения; сегментарный - с органной реакцией и центров спинного мозга и общую реакцию организма с вовлечением нервной, гуморальной, иммунной систем. На практике регистрируются эффекты, зависящие от клинической картины в первую очередь восстановление утраченной функции органа и анальгезия.

Гносеологические посылы метода базируются на голографическом принципе построения организма и канальной системе, объединяющей биологически активные точки с отражением на них вероятной функции висцеральных органов. Один из главных принципов лечения СКЭНАР-ом - «работа по актуальной жалобе». Стереотипные реакции живого организма, возникшие в ходе эволюции и заданные генетически, обладают многоуровневым механизмом самовосстановления. Если они нарушены и/или доминируют в данный момент, то будут «стараться» привлечь к себе внимание всех органов и систем организма, с формированием из них функциональных систем для скорейшего выздоровления. Одна из гипотез действия СКЭНАР-терапии – непосредственный запуск исполнительных механизмов саногенеза с восстановлением нарушенных нейросоматических связей. Способ интеграции СКЭНАР-терапии в современную медицину - использование как идеальной сопроводительной терапии. ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Использование СКЭНАР-терапии при различных заболеваниях с острой болью в условиях скорой помощи. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании участвовали более 40 врачей станций скорой помощи в 13 городах Ростовской области, Ставропольского края, Нижнем Новгороде, Адыгее. Была оказана помощь более чем 500 пациентам. Из базы данных отобраны больные с острой болью при трех различных патологических процессах: 1) травматическом повреждении конечностей и ушибах мягких тканей (n=20); 2) стабильной стенокардии (n=26); гипертензивных кризах (n=153).

СКЭНАР-терапия проводилась согласно прилагаемой инструкции, при включении зон кожи с находящимися там «противобольевым» СИ-точками. Кожа обрабатывалась с помощью аппаратов ЧЭНС-СКЭНАР без цифровых методик в режиме F1. Процедура проводилась врачом однократно от 10 до 30 минут. При неэффективности спустя 10-15 минут врач имел возможность ввести анальгетический препарат. Для оценки эффекта применялась визуальная аналоговая шкала.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

1. Боль при травме. Обезболивание применялось при травмах малой и средней тяжести: закрытых переломах нижних конечностей (n=5), ушибах мягких тканей – конечностей, грудной клетки, без нарушения функции дыхания (n=9), ожогах I-II ст. лица и брюшной стенки (n=2), скальпированных и укушенных ранах (n=4). Мужчин - 9, а женщин 11 человек, возраст колебался от 11 до 82 лет (40,7±3,9). Проводились общепринятые мероприятия: иммобилизация, неадгезивные повязки при ожогах и пр.

2. Боль при стабильной стенокардии напряжения I-III функциональных классов. Лечение СКЭНАР-ом больных с ИБС, приступом боли при стабильной стенокардии напряжения проводили при непереносимости нитратов или отсутствием их эффективности ранее у 26 больных. Мужчин - 14 (63,7±2,5), а женщин 12 человек (68,4±3,7 лет). У 7 была артериальная гипертония, у 3 – остеохондроз позвоночника.

3. Кардиалгии и цефалгии при гипертензивных кризах. У больных с нейровегетативной формой гипертензивных кризов (n=153) преследовалась цель не только оказать обезболивание, но собственно нормализовать параметры артериального давления. Для анализа эффекта мы разделили больных на две группы: с цефалгией (n=137 - 90% больных; кардиалгия отмечалась у 71 больного – 52%); отдельно анализировались данные больных с кардиалгией (n=78 - 51% больных).

ВЫВОДЫ.

- Немедикаментозный способ купирования острой боли запускает эндогенную антиноцицепцию и другие механизмы восстановления нарушенных функциональных систем. Анализ данных показывает, что доля собственно перцептуального компонента СКЭНАР-анальгезии различна в зависимости от нозологии, уровня и объема поражения.

- У больных с травмами легкой и средней тяжести (n=20), отмечается выраженный самостоятельный обезболивающий эффект (60%) развивающийся на фоне стабильных параметров давления и уменьшения симптомов, сопровождающих травмы.

- При ИБС, стабильной стенокардии напряжения (n=26) СКЭНАР вызывает достаточный самостоятельный аналгетический эффект (66%), независимый от параметров общего давления.

- При нейровегетативной форме гипертензивных кризов (n=153) в независимости от предварительной лекарственной терапии отмечается достоверное урежение ЧСС и понижение среднего артериального давления к 20 минуте после процедуры на 10-15%; к 30 минуте отмечается выраженное обезболивание цефалгии и кардиалгии (88-91% соответственно).

- Простота применения СКЭНАР-а позволяет рекомендовать его в любых условиях и при необходимости людьми без медицинского образования.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА И ВНУТРИВЕННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Тарасов Н.И., Юркин Е.П., Землянухин Э.П.

Кемеровская городская клиническая станция скорой медицинской помощи

Кузбасский кардиологический центр

Кемеровская государственная медицинская академия

Реканализация инфаркт зависимой коронарной артерии (КА) и восстановление коронарного кровотока способствуют ограничению зоны некроза и предупреждению осложнений у больных инфарктом миокарда (ИМ). В настоящее время доказана эффективность раннего проведения тромболитической терапии (ТЛТ) при остром коронарном синдроме (ОКС) с подъемом сегмента ST [1,2,4]. Эффективность и безопасность внутривенного использования β -блокаторов в условиях кардиологических бригад скорой помощи (СП) у больных ИМ, подвергнутых ТЛТ, изучена недостаточно [3]. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности применения ТЛТ и внутривенного введения β -блокаторов при лечении острого ИМ на догоспитальном этапе в условиях СП.

В исследование включено 47 пациентов с острым ИМ, в возрасте от 45 до 85 лет (в среднем $54,6 \pm 5,1$), у которых в первые 6 ч от начала развития клинических симптомов регистрировали характерные изменения ЭКГ и диагностически значимое повышение кардиоспецифических ферментов. Первую группу (I) составили 22 пациента, получившие на догоспитальном этапе ТЛТ стрептокиназой в дозе 750000 ЕД в виде болюса. Во вторую группу (II) вошло 25 пациентов, которые получали ТЛТ стрептокиназой в условиях стационара по методике и в дозировке, рекомендованной заводом-изготовителем. Внутривенное болюсное введение обзидана с учетом противопоказаний и значений гемодинамики в дозе 2,0-5,0 мг применяли у 12 пациентов I и 14 пациентов II групп. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализациям и осложнением ИМ. Изучали количество летальных исходов в течение госпитального периода, осложнений и рецидивов ИМ, частоту побочных и нежелательных явлений как следствие лечебных мероприятий.

Результаты исследования свидетельствуют о сокращении периода «ожидания» ТЛТ в среднем на 56,3 мин, для больных которым эта терапия была выполнена кардиологическими бригадами СП. В I группе за период стационарного наблюдения летальных исходов не было, в то время как в группе II умерло двое пациентов. Общее количество осложнений было существенно меньше (на 14,2%) в I группе, включая сердечную недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца. Следует отметить, что в подгруппах I и II групп с использованием обзидана нарушения ритма наблюдали реже на 12,1% и 14,2% (соответственно), а побочные эффекты в виде умеренной гипотонии и брадикардии не требовали дополнительных лечебных мероприятий. Продолжительность стационарного лечения в исследуемых группах существенно не различалась: 13,4 и 14,6 койко-дней (соответственно), а показатель фракции выброса левого желудочка

по данным ЭХО КГ был выше в I группе (с догоспитальной ТЛТ) чем во II: 51,2% и 47,4% (соответственно).

Следовательно, ТЛТ стрептокиназой в сочетании с β -адреноблокатором обзиданом у больных ОКС с подъемом сегмента ST, в первые 6ч от начала развития симптомов на догоспитальном этапе в условиях кардиологических бригад СП безопасно; способствует уменьшению времени «ожидания» ТЛТ; снижению госпитальной летальности, частоты осложнений; не вызывает серьезных осложнений и побочных эффектов, требующих дополнительных лечебных мероприятий; сохраняет большей доле пациентов жизнеспособный миокард.

Литература.

- 1 Руда М.Я. Что нужно знать практическому врачу о тромболитической терапии при инфаркте миокарда? //Сердце- 2002. -№1. -Т 1. -С.9-13.
- 2 Шалеев С.В. Ранее применение внутривенных β -блокаторов в лечении острых коронарных синдромов // Сердце- 2004. -№3. -Т 3. -С.116-118.
- 3 Иосилиане Д.Г., Элькис И.С. Комбинация эндоваскулярных процедур и догоспитальной системной тромболитической терапии при лечении больных острым инфарктом миокарда //Кардиология –2005. -№3. -Т 45. -С.4-9.
- 4 Верткина А.Л., Тополянский А.В., Городецкий В.В., Талибов О.Б. Инфаркт миокарда. Диагностика и лечение на догоспитальном этапе.// «Доктор.Ру» №1(11)2003
- 5 The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction syndromes in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2003; 24: 28-66.
- 6 J. Estess, E. Topol. Fibrinolytic treatment for elderly patients with acute myocardial infarction. Heart 2002; 87: 308–311.
- 7 L. Morrison et al. Mortality and Prehospital Thrombolysis for Acute Myocardial Infarction. Meta-analysis. JAMA 2000; 283: 2686-2692.
- 8 A. Lincoff et al. Mortality at 1 year with combination platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition and reduced-dose fibrinolytic therapy vs conventional fibrinolytic therapy for acute myocardial infarction: GUSTO V randomized trial. JAMA 2002; 288: 2130-2135.
- 9 M. Hudson et al. Early Reinfarction After Fibrinolysis Experience From the Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator (alteplase) for Occluded Coronary Arteries (GUSTO I) and Global Use of Strategies To Open Occluded Coronary Arteries (GUSTO III) Trials. Circulation 2001; 104: 1229-1235.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Федорова О.В., Митрошина С.Ю.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Министерство здравоохранения и социального развития Пензенской области

За последние 5 лет финансирование затрат на здравоохранение Пензенской области увеличилось почти в 2 раза – с 984,5 млн. руб. в 2000г до 1934,024 млн. руб. в 2004г. Развитие сельского здравоохранения объявлено Правительством Пензенской области одним из приоритетных направлений.

В 2004г профинансировано по программе «Социальное развитие села» 105 227 тыс. руб. (в 2003г было 77267,1 тыс. руб.), что позволило значительно улучшить материально – техническое положение сельских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

По вышеупомянутой программе сельские ЛПУ получают современное оборудование, в т.ч. и для неотложной помощи.

Однако, проблемы оказания неотложной помощи сельским жителям сохраняются, и одна из важнейших – невозможность использования наркотически анальгетиков в сельских ЛПУ.

В соответствии со ст. 30.5 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан пациент имеет право на «облегчение боли... доступными способами и средствами», Несомненно, что при ряде заболеваний облегчить боль можно только с помощью наркотических анальгетиков.

Введенный в действие приказ МЗ РФ № 330 от 12.11.1997г. «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» предусматривает очень жесткие условия хранения наркотиков, не делая различия в организации хранения десятков ампул в крупных ЛПУ и 1-2 ампулы в сельских ЛПУ. Стоимость укрепления помещения сельского ЛПУ для хранения наркотиков составляет, в среднем, 85 000 руб., кроме того, установка «тревожной» кнопки и оснащение охранной сигнализации составляют 5 000 руб. Эксплуатация охранной сигнализации стоит 2,5 – 3 тыс. руб. в месяц.

Следовательно, только в Пензенской области на оборудование 772 сельских ЛПУ потребуются почти 70млн. руб., эксплуатация охранной сигнализации стоит более 2 млн. руб. в год. Эти средства в бюджете не предусмотрены, поэтому во всех сельских ЛПУ, исключая ЦРБ, наркотические препараты для оказания неотложной помощи отсутствуют уже 8 лет (см. приложение 1 обязательное).

Наркотические анальгетики являются препаратами, незаменимыми при лечении всех видов шока – в том числе и кардиогенного. В Пензенской области заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ) в 2004г – 192,4, т.е. ежегодно в области инфаркт миокарда регистрируется почти у 3 тыс. больных, 40% которых или 1200 человек проживают в сельской местности.

Основными препаратами оказания неотложной помощи при ОИМ являются: нитроглицерин, аспирин, морфин. Но ни морфина, ни промедола в сельских ЛПУ нет, обезболивание проводится ненаркотическими анальгетиками – даже в случае развития кардиогенного шока.

В 7,5 % случаев ОИМ развивается кардиогенный шок, следовательно за год в области у 90 больных, проживающих в сельской местности, ОИМ осложняется кардиогенным шоком. Однако, фельдшер ФАП или врач УБ либо СВА первым пребывающий по вызову к больному, не имеет возможности оказать адекватную помощь. Для введения наркотического анальгетика вызывается бригада скорой помощи (СП) из ЦРБ, время прибытия этой бригады достигает 40 –80 мин.

Учитывая то, что почти у 200 тыс. человек в РФ ежегодно регистрируется ОИМ, а 36% населения проживает в сельской местности, то более чем у 70 тыс. больных ОИМ возникает в сельской местности. Следовательно, эти больные не получают адекватной обезболивающей терапии в первые часы заболевания, причем, 7,5% или 5 тыс. – это больные с кардиогенным шоком.

Количество больных с травматическим и ожоговым шоком из статистических отчетов высчитать не возможно, но, несомненно, в масштабах страны цифра будет значительной.

Десятки тысяч людей в нашей стране в 21 веке погибают ежегодно от нестерпимой боли. Только из за того, что, утверждая приказ № 330 в 1997г., никто не подумал об этой проблеме. Проблема, конечно, сложная, все понимают опасность наркомании и необходимость борьбы с немедицинским применением наркотиков, но получилось, что приказ № 330 прекратил и медицинское применение наркотиков в сельских ЛПУ.

Путей решения проблемы несколько:

Целенаправленное выделение средств из Федерального бюджета для приведения сельских ЛПУ в состояние, соответствующее приказу № 330.

Внесение дополнений в приказ №330, позволяющих организовать получение, хранение, использование наркотических средств в сельских ЛПУ без огромных финансовых затрат (так, как организовано использование наркотиков бригадами скорой помощи).

Создание новых анальгезирующих препаратов, не обладающих наркотическими свойствами, но равных последним по силе действия.

Только в том случае, если проблема с обеспечением адекватным обезболиванием в сельской местности будет решена, можно будет улучшить прогноз сельских больных инфарктом миокарда.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Федорова О.В.

*« С надеждой в сердце своем Авраам веровал,
против всех человеческих ожиданий,
и не ослабевал в вере своей»
Апостол Павел.*

Послание к римлянам 4, 18, 19

Помимо веры в Бога, во все века человек верил в возможности медицины на каком бы этапе своего развития она не находилась. Казалось бы, в настоящее время в наш век быстрого развития новейших высокотехнологических методов исследования и лечения, надежда больных на своевременную полноценную помощь должны осуществляться. В целом, конечно, успехи здравоохранения очевидны, это заметно на примере

нашей области. После 90 х – годов когда положение с финансированием ЛПУ ухудшалось из года в год (особенно в сельских районах) положительная динамика в развитии отрасли в настоящее время наиболее заметна. Налажено бесплатное медикаментозное обеспечение как стационарных, так и льготных категорий амбулаторных больных, внедряются новые методики диагностики и лечения, в том числе и кардиологическим больных: создано и активно работает кардиохирургическое отделение, для которого приобретены АИК, ангиографы, аппарат УЗИ экспертного класса со сверхвысокой частотой кадров и расширенными возможностями в области исследования сердца и сосудов и другие высокотехнологичные методы.

Кроме развития высоко технологических видов медицинской помощи, сосредоточенных в ЛПУ областного центра, большое внимание в области уделяется и развитию сельского здравоохранения. Это направление медицинской помощи объявлено Правительством области одним из приоритетных. За последние 5 лет финансирование затрат на здравоохранение укрепилось почти в 2 раза – с 984,5 млн. руб. 1949,5 до 1934,024 млн. руб.,.

В 2004г профинансировано по программе «Социальное развитие села» 105 227 тыс. руб (в 2003г было 77267,1 тыс. руб.)

Значительно улучшилось материально – техническое положение сельских ЛПУ – ФАПов, УБ, СВА, персонал которых оказывает населению первичную медико – санитарную помощь, в том числе и неотложную.

По вышеупомянутой программе сельские ЛПУ получают современное оборудование, в т.ч. и для неотложной помощи: наборы складных и надувных транспортных шин, мешки Амбу, сумки фельдшера, акушерские укладки и др.

Однако, проблемы оказания неотложной помощи сельским жителям сохраняются и одна из важнейших – невозможность использования наркотически анальгетиков в сельских ЛПУ.

Введенный в действие приказ МЗ РФ № 330 от 12.11.1997г. «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» предусматривает очень жесткие условия хранения наркотиков, не делая различия в организации хранения десятков ампул в крупных ЛПУ и 1-2 ампулы в сельских ЛПУ. Стоимость укрепления помещения сельского ЛПУ для хранения наркотиков составляет, в среднем, 85 000 руб., кроме того, установка «тревожной» кнопки и оснащение охранной сигнализации составляют 5 000 руб. Эксплуатация охранной сигнализации стоит 2,5 – 3 тыс. руб. в месяц.

Следовательно, только в Пензенской области на оборудование 772 сельских ЛПУ потребуется почти 70млн. руб., эксплуатация охранной сигнализации стоит более 2 млн. руб. в год. Эти средства в бюджете не предусмотрены, поэтому во всех сельских ЛПУ, исключая ЦРБ, наркотические препараты для оказания неотложной помощи отсутствуют уже 8 лет.

Наркотические анальгетики являются препаратами, незаменимыми при лечении всех видов шока – травматического, ожогового, и чаще всего встречающегося – кардиогенного. Заболеваемость острым инфарктом миокарда за последний год значительно выросла. В 1985г. она составляла по РФ 86,3, в 1995 – 116,7, в 2003г. – 167,8 на 100 тыс. населения. А в Пензенской области заболеваемость ОИМ еще выше в 2004г. – 192,4 т.е. ежегодно в области инфаркт миокарда регистрируется почти у 3 тыс. больных 40% которых или 1200 человек проживают в сельской местности.

В Пензенской области традиционно налажено последипломное обучение сельских медработников. Естественно, мы учим грамотному оказанию неотложной помощи при ОИМ на догоспитальном этапе, основными мероприятиями которой являются: нитроглицерин, аспирин, морфин. Но ни морфина, ни промедола в сельских ЛПУ нет! Обезболивание проводится ненаркотическими анальгетиками – даже в случае развития кардиогенного шока.

В 7,5 % случаев ОИМ развивается кардиогенный шок, следовательно за год в области у 90 больных, проживающих в сельской местности ОИМ осложняется кардиогенным шоком. Однако, фельдшер ФАП или врач УБ либо СВА первым пребывающий по вызову к больному, не имеет возможности оказать адекватную помощь. Для введения наркотического анальгетика вызывается бригада СП из ЦРБ, но время прибытия этой бригады достигает 40 – 80 мин (в зависимости от удаленности села от ЦРБ и места нахождения бригады на момент вызова).

Ежегодно в стационарах области 80 – 90 человек умирают от ОИМ (летальность за последние годы 8,5 – 9%), в том числе 55- 60 сельские больные, из них досуточно умирают 40 – 45% больных. Всем этим больным не проводится адекватное обезболивание, т.е. наркотики вводятся с большим опозданием.

Учитывая то, что почти у 200 тыс. человек в РФ ежегодно регистрируется ОИМ, а 36% населения проживает в сельской местности, то более чем у 70 тыс. больных ОИМ возникает в сельской местности. Следовательно, эти больные не получают адекватной обезболивающей терапии в первые часы заболевания, причем, 7,5% или 5 тыс. – это больные с кардиогенным шоком. Количество больных с травматическим и ожоговым шоком из статистических отчетов высчитать не возможно, но, несомненно, в масштабах страны цифра будет значительной.

Десятки тысяч людей в нашей стране в 21 веке погибают ежегодно от нестерпимой боли. Только из за того, что, утверждая приказ № 330 в 1997г., никто не подумал об этой проблеме. Журналисты подняли шум (я считаю, что это справедливо), по поводу запрета на применение наркотиков в ветеринарной практике, все сочувствуют несчастным страдающим животным, но никто не задумывается о, в прямом смысле, смертных муках наших сельских больных.

Проблема, конечно, сложная, все понимают опасность наркомании и необходимость борьбы с не медицинским применением наркотиков, но нельзя вместе с водой выплескивать и ребенка – ведь получилось, что приказ № 330 прекратил и медицинское применение наркотиков в сельских ЛПУ.

Путей решения проблемы несколько:

Целенаправленное выделение средств из Федерального бюджета для приведения сельских ЛПУ в состояние, соответствующее приказу № 330.

Внесение дополнений в приказа №330, позволяющих организовать получение, хранение, использование наркотических средств в сельских ЛПУ без огромных финансовых затрат (фельдшера скорой помощи носят ампулу наркотика при себе, почему бы и фельдшеру ФАП, работающему в режиме скорой помощи на селе не делать так же ?).

Создание новых анальгезирующих препаратов, не обладающих наркотическими свойствами, но равных последним по силе действия.

Только в том случае, если проблема с обеспечением адекватным обезболиванием в сельской местности будет решена, можно будет считать, что наиболее тяжелые сельские больные не напрасно с верой и надеждой ждут помощи в своих страданиях.

ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Фомин М.Д., Плющ О.П.

г.Москва, Гематологический Научный Центр РАМН.

При развитии кровотечений и кровоизлияний у больных гемофилией А и Б время оказания квалифицированной медицинской помощи играет решающую роль. Чем быстрее начата адекватная гемостатическая терапия, тем выше ее эффективность и тем меньше количество осложнений. Поэтому организация службы оказания помощи больным гемофилией в неотложном режиме является актуальной.

Поэтому в 1990 г. по приказу Министерства здравоохранения СССР на базе Всесоюзного Гематологического Научного Центра была создана выездная гематологическая бригада.

В плане работы с больными наследственными коагулопатиями бригада находится в тесном контакте с отделением диспансерного научно-методического отделения по гемофилии ГНЦ РАМН, производится прием вызова, обсуждение тактики лечения с врачом бригады и выдача препаратов для заместительной терапии.

За период 2001-2004 гг. выполнено 967 выездов на дом к 97 больным с наследственными коагулопатиями. Причиной вызова на дом являлись возникающие трудности при транспортировке больного бригадой «Скорой помощи» до ГНЦ РАМН (из обратившихся больных около 15% являются инвалидами I группы со стойкими нарушениями двигательной и координационной функций) или опасность ухудшения состояния больного из-за условий транспортировки. Поводом для вызова бригады являлись в основном гематомы различной локализации (42,8%), гемартрозы - 51,9%, кровотечения (гематурия и маточное кровотечение) - 5,39%.

С гемостатической целью использовались концентраты факторов свертывания крови VIII и IX как отечественного (Агемфил А и Агемфил В), так и зарубежного производства; криопреципитат, концентрат нативной плазмы, свежезамороженная плазма.

В 83% бригада проводила заместительную терапию повторно, что было связано с необходимостью достижения стойкого эффекта у больных с инвалидностью I группы, а также с целью достижения положительной динамики у больных других групп.

После купирования острых явлений и получения положительной динамики рекомендовалось продолжение амбулаторного лечения в ДНМОГ. При отсутствии положительного эффекта больной направлялся для консультации в ДНМОГ для динамического контроля.

Кроме препаратов заместительной терапии больным вводились антигистаминные препараты и обезболивающие ненаркотические анальгетики.

Во всех случаях отмечено купирование геморрагического синдрома в течении ближайших 6 – 12 часов, в эти же сроки уменьшался болевой синдром. Зарегистрировано сокращение обращаемости больных в амбулаторное отделение, уменьшение дней нетрудоспособности, улучшение качества жизни больных.

Выраженные отсроченные посттрансфузионные реакции гиперэргического типа (свыше 3 часов после трансфузии) отмечались у больных тяжелой формой гемофи-

лий А при трансфузии криопреципитата только при двух трансфузиях. В обоих случаях лечение этих реакций проводилось линейными бригадами «Скорой помощи» г.Москвы.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Кандыба С.И.

Россия, г. Москва, кафедра военно-полевой (военно-морской) хирургии Государственного Института Усовершенствования Врачей Министерства Обороны Российской Федерации.

Образование постнекротических кист у больных, перенесших острый и хронический панкреатит, колеблется от 18 до 50 % (М.В. Данилов и соавт., 2003). Основным способом лечения кист поджелудочной железы является хирургический. При этом выполняются как открытые операции (внутреннее дренирование кист, наружное дренирование, радикальные операции), так и малоинвазивные вмешательства (чрескожная пункция и катетеризация кисты поджелудочной железы).

Цель исследования. Оптимизация показаний для чрескожных дренирующих вмешательств при кистах поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2005 год в клинике нами проведено обследование и лечение 72 больных с кистами поджелудочной железы. Из них оперировано 33 (45,8%) пациента. Ранее у этих больных диагностирован хронический или острый панкреатит с образованием постнекротических кист различной локализации и различного диаметра. Чрескожное наружное дренирование полости кисты выполнено 16 (48,5%) больным. 17 (51,5%) пациентам выполнены полостные операции, направленные на внутреннее дренирование (цистогастро-, цистоеюноанастомоз), или радикальное удаление кист поджелудочной железы.

Результаты. При анализе непосредственных и отдаленных результатов лечебных вмешательств оказалось, что клиническое выздоровление, ликвидация кисты поджелудочной железы и исчезновение клинических проявлений хронического панкреатита было установлено лишь у 9 (56,3%) из 16 больных, которым выполнялось чрескожное наружное дренирование кист поджелудочной железы.

Динамическое наблюдение за больными в сроки до года позволило в 7 (43,7%) случаях обнаружить рецидивы кист. Они происходили на фоне обострения хронического панкреатита. У 17 больных, которым выполнялись открытые оперативные вмешательства, по нашим наблюдениям осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не возникало.

Выводы. Чрескожные дренирующие вмешательства необходимо применять при «свежих» постнекротических кистах с несформированной капсулой, при рецидивах и нагноении ложных кист, а также как вариант этапного лечения с целью подготовки больных к радикальной операции удаления или внутреннего дренирования ретенционных кист, связанных с главным панкреатическим протоком и имеющих выраженную панкреатическую гипертензию.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ММУ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. САМАРЫ

Цыбин А.В., Труханова И.Г., Старостина Л.Н.

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 определяется двумя основными факторами: высокой частотой встречаемости ЧМТ, а также значительной угрозой здоровью и жизни пострадавших. На сегодняшний день наиболее высокую летальность лиц трудоспособного возраста определяет травматизм. Изменения в структуре заболеваемости и смертности во всём мире, ожидаемые к 2020 году, включают снижение летальности от инфекционных заболеваний и перинатальных нарушений и увеличение летальности в результате транспортных аварий, насилия и войн. Экономические аспекты данного явления заключаются в том, что усилия по 20% сокращению летальности от травм 25-летних пострадавших обеспечили бы сохранение 45 лет жизни по сравнению с 10 годами жизни при тех же усилиях, направленных на предупреждение и лечение приобретённых заболеваний.

Данные только одной такой страны, как США, свидетельствуют, что основной причиной смертности лиц в возрасте от 20 до 44 лет является травма. При этом примерно 50% летальных исходов, связанных с травмой, приходится на повреждения головы. Стоимость таких повреждений в США на сегодняшний день оценивается в сумму не менее 157.6 млрд. долларов в год. Когда в этот расчёт вложили экономическое влияние инвалидизации, вычисляя количество лет при потере трудоспособности, то отрицательное влияние повреждений в США оказалось больше, чем при раке и заболеваниях сердца, вместе взятых.

Опыт работы Станций скорой медицинской помощи городов России с населением более 1 миллиона человек (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Челябинск, Тюмень, Владивосток и др.) показывает, что на долю ЧМТ приходится от 30 до 50% всех травм.

Статистический анализ ММУ ССМП г. Самары за период 2002 – 2004гг неопровержимо свидетельствует о том, что в условиях постоянного уменьшения числа вызовов среднегодовое количество больных и пострадавших с ЧМТ неуклонно растёт как в абсолютном, так и относительном измерении, и тенденция эта сохраняется (таблица 1).

Таблица 1	2002г	2003г	2004г
Всего вызовов	275 277	268 902	264 795
Всего травм	33725	25440	24509
Из них ЧМТ	10778	13090	13455
Сочет. ЧМТ	3 457	3912	4 452

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%!

В связи с тем, что при ЧМТ, помимо больших полушарий, нередко страдает стволовая часть мозга, где расположены центры, регулирующие работу жизненно важных органов и систем, возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни пострадавших

В г. Самаре, где Станция скорой медицинской помощи организационно выделена в самостоятельное структурное отделение, главным фактором, затрудняющим работу выездных бригад, является отсутствие единого лечебного, диагностического и тактического алгоритма экстренной медицинской помощи. При этом создаются условия для «импровизаций» и «неделок» в работе врача (фельдшера) скорой помощи, не на должном уровне осуществляется преемственность с дежурными стационарами города. Возможны разногласия между членами дежурной выездной бригады скорой помощи и персоналом приёмного покоя стационара, что свидетельствует о недостаточных организационных решениях в вопросах лечения пострадавших с подобными травмами.

К примеру, далеко не всегда учитывается то обстоятельство, что часть пострадавших с ЧМТ - не менее 5% - имеют сопутствующий перелом позвоночника в шейном отделе. Если добавить к ним больных, у которых ЧМТ сочетается с подвывихом атланта-окципитального сочленения, то общее число возрастёт до 12 - 15%. Согласно нашим данным, шина Шанца данной категории больных накладывалась в 0,35% случаев, что совершенно не соответствует истинной потребности в этом виде медицинской помощи. Вывод: необходимы настойчивые организационные усилия по широкому внедрению воротника Шанца.

Не в полной мере применяется эффективная методика ранней интубации трахеи у пострадавших с нарушенным сознанием. Так, по нашим данным, количество пациентов в группе ЧМТ в сочетании с коматозным или (и) шоковым состоянием, у которых восстановление проходимости дыхательных путей осуществлялось с помощью интубационной трубки, не превышает 0,46% от общего количества (меньше, чем 1 больному из 200). Следовательно, у 199 из 200 таких больных не достигается надёжное разъединение дыхательного и пищеварительного трактов, сохраняются условия для аспирации желудочного содержимого, высока вероятность прогрессирования скрытой дыхательной недостаточности и развития полиорганной недостаточности.

До 2004г в ММУ ССМП не использовалась ранняя нейропротекция путём назначения больным и пострадавшим с ЧМТ препаратов антигипоксанта, антиоксиданта и ноотропного действия (мексидол, семакс, глицин и др.). С 2004г это направление терапии активно развивается.

Часть врачей, осматривая больных в период «просветления сознания», неправильно оценивают тяжесть состояния, а в результате пострадавший поступает в нейрохирургический стационар в состоянии комы.

Неоправданно часто вводятся лекарственные средства с недоказанной эффективностью - 40% раствор глюкозы, аскорбиновая кислота, системные глюкокортикостероиды (преднизолон). Доля таких назначений временами достигает 67%.

В итоге - неудовлетворительные результаты оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим трудоспособного возраста на догоспитальном этапе в целом.

Администрация ММУ ССМП г. Самары заинтересована в оптимизации процесса оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим, находящимся в остром периоде ЧМТ, на этапе скорой медицинской помощи.

Для этого совместно с кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО СамГМУ, а также с учётом рекомендаций Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (президент – д. м. н., профессор Вёрткин А. Л.) разрабатывается научно обоснованный и одновременно удобный, легко применимый на практике алгоритм действий. В его основе лежит современная концепция организация медицинской помощи по принципу «цепочки выживания».

Суть метода заключается в выделении обязательных диагностических и лечебных действий. Так, абсолютно все пострадавшие нуждаются в блиц – оценке функции основных органов и систем, осуществляемой в строгом соответствии с реанимационным алфавитом П. Сафара - А, В, С, D. При необходимости уже в этой стадии должна быть проведена дифференцированная терапия, направленная на коррекцию дыхания, стабилизацию гемодинамики, купирование осложнения (рвоты, судорожного синдрома и др.). Всем больным необходима ранняя и эффективная нейропротекция. После этого врач переходит к дифференцированной терапии в зависимости от степени тяжести состояния пострадавшего. При ЧМТ лёгкой степени вводятся анальгетики, транквилизаторы, препараты с ноотропной активностью. При ср. тяжести и тяжёлой ЧМТ проводится активная противоотёчная, антигипоксическая, противосудорожная, антигеморрагическая терапия. Предпринимаются меры по профилактике ДВС – синдрома. После проведения такого лечебно-диагностического комплекса больные подлежат экстренной доставке в дежурное нейрохирургическое отделение для решения вопроса о хирургическом лечении.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ММУ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. САМАРЫ

Цыбин А. В., Труханова И. Г., Старостина Л. Н.

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 определяется двумя основными факторами: высокой частотой встречаемости ЧМТ, а также значительной угрозой здоровью и жизни пострадавших. На сегодняшний день наиболее высокую летальность лиц трудоспособного возраста определяет травматизм. Изменения в структуре заболеваемости и смертности во всём мире, ожидаемые к 2020 году, включают снижение летальности от инфекционных заболеваний и перинатальных нарушений и увеличение летальности в результате транспортных аварий, насилия и войн. Экономические аспекты данного явления заключаются в том, что усилия по 20% сокращению летальности от травм 25-летних пострадавших обеспечили бы сохранение 45 лет жизни по сравнению с 10 годами жизни при тех же усилиях, направленных на предупреждение и лечение приобретённых заболеваний.

Данные только одной такой страны, как США, свидетельствуют, что основной причиной смертности лиц в возрасте от 20 до 44 лет является травма. При этом примерно 50% летальных исходов, связанных с травмой, приходится на повреждения головы. Стоимость таких повреждений в США на сегодняшний день оценивается в сумму не менее 157.6 млрд. долларов в год. Когда в этот расчёт вложили экономическое влияние инвалидизации, вычисляя количество лет при потере трудоспособности, то отрицательное влияние повреждений в США оказалось больше, чем при раке и заболеваниях сердца, вместе взятых.

Опыт работы Станций скорой медицинской помощи городов России с населением более 1 миллиона человек (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Челябинск, Тюмень, Владивосток и др.) показывает, что на долю ЧМТ приходится от 30 до 50% всех травм.

Статистический анализ ММУ ССМП г. Самары за период 2002 – 2004гг неопровержимо свидетельствует о том, что в условиях постоянного уменьшения числа вызовов среднегодовое количество больных и пострадавших с ЧМТ неуклонно растёт как в абсолютном, так и относительном измерении, и тенденция эта сохраняется (таблица 1).

Таблица 1	2002г	2003г	2004г
Всего вызовов	275 277	268 902	264 795
Всего травм	33725	25440	24509
Из них ЧМТ	10778	13090	13455
Сочет. ЧМТ	3 457	3912	4 452

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%!

В связи с тем, что при ЧМТ, помимо больших полушарий, нередко страдает стволовая часть мозга, где расположены центры, регулирующие работу жизненно важных органов и систем, возникает реальная угроза не только здоровью, но и жизни пострадавших

В г. Самаре, где Станция скорой медицинской помощи организационно выделена в самостоятельное структурное отделение, главным фактором, затрудняющим работу выездных бригад, является отсутствие единого лечебного, диагностического и тактического алгоритма экстренной медицинской помощи. При этом создаются условия для «импровизаций» и «неделок» в работе врача (фельдшера) скорой помощи, не на должном уровне осуществляется преемственность с дежурными стационарами города. Возможны разногласия между членами дежурной выездной бригады скорой помощи и персоналом приёмного покоя стационара, что свидетельствует о недостаточных организационных решениях в вопросах лечения пострадавших с подобными травмами.

К примеру, далеко не всегда учитывается то обстоятельство, что часть пострадавших с ЧМТ - не менее 5% - имеют сопутствующий перелом позвоночника в шейном отделе. Если добавить к ним больных, у которых ЧМТ сочетается с подвывихом атланта-окципитального сочленения, то общее число возрастёт до 12 – 15%. Согласно нашим данным, шина Шанца данной категории больных накладывалась в 0,35% случаев, что совершенно не соответствует истинной потребности в этом виде медицинской помощи.

Вывод: необходимы настойчивые организационные усилия по широкому внедрению воротника Шанца.

Не в полной мере применяется эффективная методика ранней интубации трахеи у пострадавших с нарушенным сознанием. Так, по нашим данным, количество пациентов в группе ЧМТ в сочетании с коматозным или (и) шоковым состоянием, у которых восстановление проходимости дыхательных путей осуществлялось с помощью интубационной трубки, не превышает 0,46% от общего количества (меньше, чем 1 больному из 200). Следовательно, у 199 из 200 таких больных не достигается надёжное разъединение дыхательного и пищеварительного трактов, сохраняются условия для аспирации желудочного содержимого, высока вероятность прогрессирования скрытой дыхательной недостаточности и развития полиорганной недостаточности.

До 2004г в ММУ ССМП не использовалась ранняя нейропротекция путём назначения больным и пострадавшим с ЧМТ препаратов антигипоксантного, антиоксидантного и ноотропного действия (мексидол, семакс, глицин и др.). С 2004г это направление терапии активно развивается.

Часть врачей, осматривая больных в период «просветления сознания», неправильно оценивают тяжесть состояния, а в результате пострадавший поступает в нейрохирургический стационар в состоянии комы.

Неоправданно часто вводятся лекарственные средства с недоказанной эффективностью – 40% раствор глюкозы, аскорбиновая кислота, системные глюкокортикостероиды (преднизолон). Доля таких назначений временами достигает 67%.

В итоге - неудовлетворительные результаты оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим трудоспособного возраста на догоспитальном этапе в целом.

Администрация ММУ ССМП г. Самары заинтересована в оптимизации процесса оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим, находящимся в остром периоде ЧМТ, на этапе скорой медицинской помощи.

Для этого совместно с кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО СамГМУ, а также с учётом рекомендаций Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (президент – д. м. н., профессор Вёрткин А. Л.) разрабатывается научно обоснованный и одновременно удобный, легко применимый на практике алгоритм действий. В его основе лежит современная концепция организация медицинской помощи по принципу «цепочки выживания».

Суть метода заключается в выделении обязательных диагностических и лечебных действий. Так, абсолютно все пострадавшие нуждаются в блиц – оценке функции основных органов и систем, осуществляемой в строгом соответствии с реанимационным алфавитом П. Сафара - А, В, С, D. При необходимости уже в этой стадии должна быть проведена недифференцированная терапия, направленная на коррекцию дыхания, стабилизацию гемодинамики, купирование осложнения (рвоты, судорожного синдрома и др.). Всем больным необходима ранняя и эффективная нейропротекция. После этого врач переходит к дифференцированной терапии в зависимости от степени тяжести состояния пострадавшего. При ЧМТ лёгкой степени вводятся анальгетики, транквилизаторы, препараты с ноотропной активностью. При ср. тяжести и тяжёлой ЧМТ проводится активная противоотёчная, антигипоксическая, противосудорожная, антигеморрагическая терапия. Предпринимаются меры по профилактике ДВС – синдрома. После проведения

такого лечебно-диагностического комплекса больные подлежат экстренной доставке в дежурное нейрохирургическое отделение для решения вопроса о хирургическом лечении.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРОВ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Чернов В. Н., Арсеньяц С. В.

Россия, Ростов-на-Дону, медицинский университет, МУ «Управление здравоохранения»

Изучение причин отказов пациентов от urgentных операций представляет значительный интерес как с клинической, так и с организационной точек зрения. Это связано с тем, что результаты лечения экстренной абдоминальной патологии во многом обусловлены своевременностью выполнения оперативного пособия.

Для улучшения результатов лечения больных с urgentной абдоминальной хирургической патологией нами разработан и внедрен алгоритм организационно-методических мероприятий для группы пациентов, отказывающихся от оперативного лечения. Разработанный впервые алгоритмический методологический комплекс работы приемных отделений позволяет снизить количество отказов от экстренных операций больных с неотложной абдоминальной патологией, количество послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность.

Нами было установлено, что в структуре больных с экстренной абдоминальной хирургической патологией, отказывающихся от операций, преобладают лица старше 60 лет; преимущественно с заболеваниями панкреато-билиарной системы (острый холецистит и острый панкреатит), с острым аппендицитом; с низким уровнем образования и неудовлетворительными взаимоотношениями в семье.

У больных с экстренной абдоминальной хирургической патологией, отказывающихся от оперативного лечения, нарастает тяжесть интоксикации, что увеличивает степень риска оперативного вмешательства, отягчает течение послеоперационного периода и ухудшает результаты хирургического лечения.

Нами была проведена сравнительная оценка динамики клинических и лабораторных показателей эндотоксикоза у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости прооперированных своевременно (I-я, контрольная группа) и больных, отказывающихся от экстренной операции (II-я, основная группа).

Проведенный нами сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных в обеих группах позволил установить, что в условиях более выраженных клинических и лабораторных проявлений эндогенной интоксикации во II группе больных имело место увеличение частоты развития послеоперационных осложнений по сравнению с пациентами I группы.

С целью уменьшения частоты отказов от оперативного лечения больных с urgentной абдоминальной хирургической патологией необходимо использовать разработанный алгоритм организационно-методических мероприятий. В этот алгоритм входят: объективная информированность больного врачом об имеющейся патологии, ее

последствиях и необходимости экстренной операции; неоднократные беседы врача с пациентом с обязательным привлечением родственников, ответственного врача хирургической бригады и, при необходимости, заведующего хирургическим отделением и медицинского психолога, что позволяет уменьшить число отказов больных от оперативного лечения на 3,6%.

Необоснованный отказ больных с неотложной абдоминальной хирургической патологией от операции и, как следствие этого, несвоевременное выполнение у них экстренного оперативного вмешательства ведет, как правило, к прогрессированию деструктивно-воспалительных процессов в брюшной полости, росту степени эндотоксикоза и тяжести течения послеоперационного периода.

Несвоевременное выполнение оперативного пособия у больных с неотложной абдоминальной хирургической патологией, вследствие отказа их от экстренной операции, значительно увеличивает степень операционного риска, число послеоперационных осложнений и повышает уровень послеоперационной летальности по сравнению с аналогичной группой пациентов, которым хирургическое вмешательство было выполнено своевременно.

Хирургам, участвующим в оказании экстренной помощи больным с неотложной абдоминальной патологией необходимо знать, что особое внимание врачам следует обращать на больных в возрасте старше 60 лет, имеющих заболевания панкреатобилиарной системы (острый холецистит и острый панкреатит) и на больных с острым аппендицитом, со сроками госпитализации свыше 24 часов, а так же имеющих низкий уровень образования и неблагоприятные семейные отношения.

Для получения согласия больного на выполнение экстренно необходимой операции следует использовать все возможные средства: неоднократные беседы врача о сути имеющейся патологии, ее последствиях и исходе, с привлечением в особых случаях родственников, друзей и знакомых, а также, при необходимости, заведующего хирургическим отделением и медицинского психолога.

ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Юркин Е.П., Тарасов Н.И., Землянухин Э.П.

Кемеровская городская клиническая станция скорой медицинской помощи.

Кузбасский кардиологический диспансер.

Кемеровская государственная медицинская академия.

Восстановление синусового ритма на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи возможно только при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий (ФП), т.к. предварительного 3-х недельного приема непрямых антикоагулянтов и проведения ЭХО кардиографии в этом случае не требуется. Купирование приступа ФП возможно как с помощью фармакологических препаратов, так и с помощью ЭИТ(1,-2,3,4). При правильном сборе анамнеза, владении анестезиологическими и реанима-

ционными пособиями, единственным ограничением широкого применения ЭИТ для купирования приступа ФП, является повреждающее действие высокоэнергетических разрядов на кардиомиоциты. Исследованиями последних лет доказано, что достаточно заменить дефибриллятор с монополярным импульсом на дефибриллятор с биполярным импульсом, и энергия разряда, выделяемая на пациента, будет существенно снижена. Безопасная максимальная величина энергии выделяемой на 1 кг массы тела пациента соответствует 2,3-2,8 Дж (5,6,7,8).

Одним из важных экстракардиальных факторов, влияющих на эффективность и безопасность ЭИТ, является импеданс грудной клетки (ИГК). Данный фактор оказывает влияние на величину дефибриллирующего тока, форму импульса и выделяемую на пациента энергию. Для успешной дефибрилляции необходимо, чтобы ток, протекающий через область сердца деполяризовал критическую массу миокарда, которая составляет около 90% от общей массы желудочков сердца.

Общее сопротивление, определяющее силу тока, который проходит через область сердца, включает 3 источника:

экстраторакальный: дефибриллятор и электроды.

внутриторакальный: импеданс вне и внутрисердечных тканей.

сопротивление между электродами и кожными покровами грудной клетки.

Диапазон ИГК находится в широких пределах: от 20 до 160 Ом. Снизить ИГК и тем самым увеличить эффективность ЭИТ возможно посредством влияния на источники сопротивления, а именно следует:

- использовать дефибриллятор с формированием биполярного терапевтического импульса и электродами с диаметром (12/12 см) или оптимальной площадью (100 см.2);

- правильно расположить электроды: один электрод устанавливается у правого края грудины, непосредственно под ключицей, второй с кнопкой разряда - латеральнее левого соска по средне-аксилярной линии;

- использовать марлевые салфетки, смоченные гипертоническим раствором для улучшения контакта между электродами и кожей больного (9,10,11);

- прижимать электроды к поверхности грудной клетки с достаточной силой (10-12кг).

С целью проведения сравнительной оценки эффективности, безопасности и доступности для практического применения врачами скорой помощи электрической и фармакологической кардиоверсии на догоспитальном этапе было проведено исследование в трех группах пациентов с достоверно установленным диагнозом - фибрилляция предсердий, не различающихся статистически по полу, возрасту и основному заболеванию. В первой группе, состоящей из 73 пациентов, для лечения ФП применяли ЭИТ биполярным импульсом величиной до 200 Дж после предварительной атаралгезии 0,005%-ром фентанила и 0,5%-ром сибазона, во второй, состоящей из 71 пациента, применяли кордарон болюсно 300мг, в третьей – из 72 пациентов – новокаиномид болюсно в средней дозе 800мг.

Сравнительный анализ эффективности фармакологической и электрической кардиоверсии показал, что ЭИТ при ПФП на догоспитальном этапе восстанавливает синусовый ритм в 90,5% случаев в течение 15 мин, применение кордарона в 52,2% в течение часа, новокаиномид в 65,3% в течение 30 мин.

При оценке количества и структуры осложнений, возникающих при купировании ФП описываемыми методами, было выявлено, что после применения ЭИТ частота возникающих осложнений была минимальной и составила 9,6%. В качестве осложнений отмечены: гипотония и экстрасистолия, не требующая медикаментозной терапии. В тоже время при применении кордарона осложнения отмечены в 25,4% случаев и в 50% при применении новокаинамида.

Результаты отдаленного наблюдения в течение 6 мес. не выявили достоверных различий по частоте рецидивирования ФП, обострению ИБС, нарастанию сердечной недостаточности, смертельным исходам.

Следовательно, купирование пароксизмальной формы фибрилляции предсердий в условиях кардиологических бригад СМП наиболее эффективно методом ЭИТ - 90,5 % случаев. Фармакологическая кардиоверсия новокаинамидом эффективна в 65,3 %, а кордароном в 52,2 %, случаев. Вместе с тем, наименьший процент осложнений-9,6%, регистрировали при использовании ЭИТ, не требующей медикаментозной коррекции, что позволяет рекомендовать этот метод лечения фибрилляции предсердий в условиях догоспитального этапа кардиологическими бригадами СМП, как безопасный и высокоэффективный.

Список литературы:

1. Верткин АЛ, Талибов О.Б. Рекомендации по ведению нарушений ритма на этапе скорой медицинской помощи // *Consilium medicum* – 2004.-Т.6.-№11.-С.848-852.
2. Яелов И.С. Лечение больных с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца: современные рекомендации // *Consilium medicum* – 2004.-Т.6.-№11.-С.853-867.
3. Принципы лечения и профилактики жизнеугрожающих аритмий. А. Недоступ, ММА им. И.М. Сеченова, 2003 г.
4. Современные принципы диагностики и лечения наджелудочковых тахикардий. И. Фомина, ММА им. И.М. Сеченова, 2003 г.
5. Гурвич НЛ, Табак ВЯ, Богушевич М.С. Дефибрилляция сердца двухфазным импульсом в эксперименте и клинике. *Кардиология* 1971;8: 126-130.
6. Greene L, DiMarko J, Kudencbuk P. Comprison of monophasic and biphasic pulse waveform for transiboracic cardioversion. *Am. J. Cardiol.* 1995;75:1135-1139.
7. Qu F, Nikolski VP, Wollenzier BR, Efimov IR. Comparison of three biphasic waveforms: Gurvich waveform is more efficient. *Proc. Of the Second Joint EMBS/BMES Conference, TX, USA, October23-26,2002, 1439-1440.*
8. Вострикова ВА, Холин ПВ, Разунов КВ. Внутривольничная дефибрилляция сердца: эффективность биполярного синусоидального импульса. *Анестезиология и реаниматология.* 1999; 44-47.
9. Geddes LA, Tacker W, Sboenbein W. et al. The prediction of the impedace of the thorax to defibrillating current// *Med.Instrumentation.* 1976; 10: 159-162.
10. Kenkningsbt ВН, Eynboylu ВМ, Ideker RE. Impedance tu defibrillation countersbock: does an optimal impedance exist?// *Pacing Clin Electrophysiol.* 1995; 18(11) 2068-2087.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Эльгарова Р.М., Арамисова Р.М., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета.

С целью оптимизации оказания неотложной помощи в регионе осуществлен анализ карточек вызовов ССМП за 5-летний период и медицинская документация 168 больных язвенной болезнью (ЯБ), в т.ч. 86 водителей автотранспорта (ВА), по специальной анкете.

В структуре обращений на ССМП заболевания органов пищеварения составили 11,4% в 2000 г, 10,7% - в 2001, 13,4% - в 2002, 10,2% - в 2003 и 15,2% - в 2004. Основными причинами вызовов являлись гастрит (32,4-40,4%), колит и колики (31,9-29,0%), холецистит (23,5-18,9%), желудочные кровотечения и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК, 6,8-12,8%). Приведенные данные свидетельствуют о тенденции к увеличению в целом частоты вызовов в связи с гастроэнтерологической патологией и конкретными состояниями - по поводу гастритов, желудочных кровотечений и ЯБДК. В течение 2000-2004 гг среди обратившихся за неотложной помощью преобладали пациенты терапевтического профиля (55,0-62,0%), среди которых более половины страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, около 20,0% - бронхолегочными и до 15,0% - гастроэнтерологическими. Сравнительная оценка результатов анализа медицинской документации мужчин с ЯБ обнаружила при сопоставимости частоты неотложных состояний в целом заметное преобладание случаев перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки в группе ВА в 1,5 раза. Объяснением этому несоблюдение диетических рекомендаций (прежде всего употребление алкогольных напитков) и недостаточный уровень терапевтического сотрудничества в подавляющем большинстве случаев. Кроме того, частота кровотечений и обострений ЯБДК у ВА ассоциировалась с возрастом (до 40 лет), уровнем стрессированности и аварийных дорожных ситуаций. В целом независимо от профессиональной деятельности неотложные состояния у пациентов с ЯБ, как правило, возникали из-за отсутствия противоязвенного и противорецидивного лечения, острых психоэмоциональных переживаний, динамического эндоскопического контроля, мотивации изменить стиль жизни; реже - прием (кратковременный) ulcerогенных средств, недоброкачественных пищевых продуктов, физического перенапряжения, недооценки признаков ухудшения состояния.

Полученные результаты явились основанием для разработки рационального комплекса вторичной профилактики ЯБ, организации семинаров для врачей амбулаторно-поликлинической сети и ССМП, а также образовательного проекта «Школа для больных язвенной болезнью» в рамках заседаний регионального отделения ННПОСМП.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Шогенов А.Г., Эльгаров А.А., Шогенова А.Б.

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета,
Медотдел МВД КБР.*

С целью разработки программы профилактики гипертонических кризов (ГК) среди организованного населения - сотрудников органов внутренних дел (ОВД) нами проанализированы материалы городских и районных ССМП республики за 2000-2004 гг и медицинская документация мужчин (127) и женщин (156) с артериальной гипертонией (АГ), обратившихся за неотложной помощью. На трех ССМП (Нальчик, Прохладный и Баксан) апробированы кордафлекс (нифедипина) при неосложненном ГК у 78 пациентов.

Результаты. В структуре кардиоваскулярной заболеваемости сотрудников ОВД в течение 5 лет на долю АГ и ишемической болезни сердца приходится соответственно 39,0 и 34,0%. При этом у 1/3 лиц с АГ ежегодно регистрируются острый коронарный синдром, нарушения мозгового кровообращения, сердечная недостаточность, внезапные сердечные аритмии, более половины которых развивается на фоне ГК. Частота осложненных и особенно неосложненных ГК выросла за последние 5 лет в 2,3 раза преимущественно среди женщин. Так, в структуре вызовов ГК в 2000 г составляли 14,8%, в 2002 г - 19,8% и в 2004 г - 24,8%; при этом частота обращений за медицинской помощью по поводу стенокардии (более в области сердца) также имела тенденцию к увеличению. Достоверно чаще ГК и синдром коронарной недостаточности регистрировались среди женщин постменопаузального периода, а среди мужчин - в возрасте 35-54 лет. Большинство обращений (85,0%) приходится на вечернее и ночное время. В 79,5-89,0% случаев диагностированы неосложненные ГК. В то же время, ежегодно у 60-65 больных АГ на амбулаторном приеме независимо от пола и возраста определялись клинико-гемодинамические и ЭКГ-признаки ГК.

Оценка 94 амбулаторных карт пациентов с ГК выявила увеличение количества лиц, не принимающих лекарства вообще или с «курсом» гипотензивной терапии; отсутствие немедикаментозных средств, в т.ч. психокорректирующих; низкую приверженность к длительному сотрудничеству с врачом несмотря на диспансерное наблюдение.

С целью неотложной терапии 62 пациентов (43 - женщины) с ГК в возрасте 42-56 лет нами применен кордафлекс (10-20 мг сублингвально в соответствии с рекомендациями ННПОСМП). К 30 минуте наблюдалось снижение показателей АД от $189,8 \pm 19,8/101,9 \pm 8,9$ до $158,2 \pm 16,2/89,1 \pm 7,2$ мм рт.ст., а через 1 час - до $137,0 \pm 10,4/83,9 \pm 5,7$ мм рт.ст. Существенных побочных эффектов не выявлено; единичные гипотония и покраснение лица не потребовали каких-либо вмешательств.

Полученные результаты указывают на возможность оптимизации системы мониторинга больных с АГ при условии перманентного повышения профессионального уровня врачей и медицинской информированности сотрудников ОВД в рамках реализуемой программы «Выявление и профилактика АГ среди организованного населения».

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Эльгаров А.А., Керефова З.Ш., Арамисова Р.М., Жилова И.И.

Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета.

Состояние здоровья водителей автотранспорта (ВА) имеет не только медицинское, но и социальное значение в связи с риском возникновения дорожно-транспортных происшествий в связи с пароксизмальными неотложными состояниями. Эпидемиологические исследования 5846 ВА различных видов транспортных средств в возрасте 20-59 лет, анализ медицинской документации 15%-й выборки (амбулаторные карты, истории болезней, заключение психологического тестирования), показателей заболеваемости и карточек вызовов за 2000-2004 гг. обнаружили существование медико-психологического предиктора дорожных инцидентов.

Массовое профилактическое обследование ВА выявило достаточно высокую распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) и её факторов риска. В целом ИБС и АГ у ВА наблюдались в 14,2 и 40,6% случаев соответственно; подтверждена связь их частоты с возрастом, профессиональным стажем и типом транспорта. Обращает на себя внимание низкая осведомленность о гипертонии (36,0%), охват лечением (17,0%) и эффективность (9,0%) последнего. Частота курения оказалась максимальной в 20-29 лет (84,7%), которая с возрастом снижалась до 56,3% у 50-59-летних и 51,8% - у 40-49-летних. Самое широкое распространение имело употребление алкоголя (87,5%), при этом злоупотребление (1 раз и более в неделю) наблюдалось в возрасте 30-39 лет (22,2%). Гиподинамия (76,8%), нарушения липидного обмена (46,4%), качественные и количественные отклонения привычек питания (75%) и ожирение (17,9%) подтвердили напряженную в отношении ИБС и АГ эпидемиологическую ситуацию среди ВА. Анализ материалов заболеваемости ВА установил особенности течения ИБС и АГ (высокие темпы прогрессирования и частота декомпенсации), основные причины высокой инвалидизации - кризовое течение АГ (62,9-71,4%), мозговые инсульты (31,5-32,6%), инфаркт миокарда (28,4-33,1%).

В структуре обращений ВА за неотложной медицинской помощью за 5 лет преобладала сердечно-сосудистая (32,6%), бронхолегочная (23,8%) патология и аллергические реакции (12,8%). Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе не соответствовало стандартам и современным рекомендациям ННПОСМП прежде всего при остром коронарном синдроме, гипертоническом кризе, нарушениях ритма сердца и проводимости, острых аллергиях.

Приведенные сведения демонстрируют необходимость разработки системы медико-психологических мер по эффективному контролю состояния здоровья и работоспособности ВА. Разработаны образовательные проекты для амбулаторно-поликлинических врачей, сотрудников ССМП и ВА.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Керефова З.Ш., Жилова И.И., Эльгаров А.А., Арамисова Р.М.

Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета.

Профилактика и своевременная неотложная помощь при синдроме коронарной недостаточности у водителей автотранспорта (ВА) имеют не только медицинское, но и социальное значение в связи с угрозой для жизни и высоким риском возникновения дорожно-транспортных происшествий. Анализ материалов отдельных городских и районных ССМП и 2 поликлиник г.Нальчика - карточек вызовов в связи с коронарной патологией за период с 2000 по 2004 гг. обнаружил увеличение частоты обращений вообще и, в частности, ВА на 13,5 и 18,7% соответственно. При этом вызова по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) увеличились на 16,4 и 19,6%. Значительной оказалась и динамика вызовов в связи со стенокардией у лиц с ИБС (не водительской профессии и ВА). В то же время обращения за медицинской помощью с впервые возникшей стенокардией также имели тенденцию к росту вообще и среди ВА, в частности (на 10,5 и 12,4% соответственно). За последние 2 года в структуре обращений населения за неотложной помощью число вызовов ВА в связи с хроническими формами ИБС и ИМ заметно увеличилось ($p < 0,05$). Следует отметить также рост за 5-летний период внезапных нарушений ритма у ВА не только с ИБС, но и без неё - соответственно на 12,5 и 17,9%. Примечательно, что нарастает частота обращений за неотложной помощью населения и ВА из-за сочетаний синдрома коронарной недостаточности, аритмий сердца с гипертоническим кризом. Кроме того, как показал специальный анализ карточек вызовов и медицинской документации ВА, обратившихся за помощью в связи с декомпенсацией артериальной гипертензии (АГ), отмечена тенденция к увеличению доли осложненных ГК (прежде всего затянувшейся стенокардией, острым коронарным синдромом, пароксизмами мерцательной аритмии и нарушением церебрального кровообращения). За 5 лет в целом обращаемость населения в связи кардиоваскулярными неотложными состояниями возросла в 1,5 раза, в то время как число вызовов ВА - в 2,5 раза. Значительной оказалась динамика у ВА в связи с ГК вообще и осложненными острым коронарным синдромом, в частности. Сравнительная оценка частоты основных клинических вариантов ИБС - типичная стенокардия, нарушение ритма сердца, а также осложненных ГК (прежде всего острым коронарным синдромом, ИМ) не обнаружила достоверных колебаний. При этом число обращений по поводу синдрома коронарной недостаточности возросло как в целом, так и среди ВА (только мужчины). Острый коронарный синдром и стенокардия напряжения одинаково часто наблюдались среди ВА молодого (до 40 лет) старшего (40-59 лет) возраста. При этом, динамика указанных состояний среди ВА в молодом возрасте за весь период оказалась равной 16-22%, а среди мужчин общей популяции - 7,5-10,5%. Процент госпитализированных больных ИБС (56-76) в целом сохранился, а число ВА с острым коронарным синдромом, внезапными нарушениями ритма и осложненными ГК, доставленных в стационары увеличилось. Полученные данные позволили определить программу активного мониторинга ВА и мужского населения с ИБС и (или) высоким риском её развития.

