

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. —
зам. главного редактора, Луцик А.А. — зам. главного редактора,
Михайлуц А.П., Разумов А.С. — ответственный секретарь,
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово),
Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Гор-
батовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово),
Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокуз-
нецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кеме-
рово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И.
(Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И.
(Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Ке-
мерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокуз-
нецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово),
Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Ке-
мерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С.
(Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокуз-
нецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Спецвыпуск № 8 – 2004

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 8-2004: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. Материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию Городской клинической станции скорой медицинской помощи г. Кемерово (30 сентября — 1 октября 2004 г.) — Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2004. — 124 с.

Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию Городской клинической станции скорой медицинской помощи г. Кемерово.

Редакционная коллегия выпуска:

Э.М. Шпилянский, И.С. Янец, И.К. Галеев, С.Д. Никонович,
Э.П. Землянухин, Н.И. Тарасов, Ю.М. Янкин, С.В. Краснова,
Л.М. Титаренко. С.А. Макаров, Н.М. Годлевская, А.М. Емельянова



ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ
СЛУЖБОЙ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ





Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ Г. КЕМЕРОВО. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

В ходе подготовки к 70-летию юбилею Станции был проведен большой архивный поиск. Изучение материалов Государственных архивов Кемеровской (ГАКО) и Новосибирской (ГАНО) областей, Кемеровского областного медицинского архива (КО-МА), архива Почетного гражданина г. Кемерово М.А. Подгорбунского (АП), личных архивов, встречи с очевидцами и бывшими работниками Станции позволили с достоверностью проследить вехи становления и развития этой службы в нашем городе.

Кемеровская городская станция скорой и неотложной медицинской помощи организована 28 сентября 1934 года Михаилом Алексеевичем Подгорбунским (АП), как отделение Кузнецкой окружной больницы. Штат отделения состоял из 10 врачей-совместителей, 5 медицинских сестер и 4 санитаров. Санитарный транспорт был представлен одной грузовой машиной (переделанной в автофургон) и двумя конными повозками (КО-МА). В те времена ежедневно выполнялось 18–20 вызовов, а прохожие, встречая на улицах «карету» скорой медицинской помощи, провожали ее глазами и строили догадки, к кому она едет, и что там случилось. Перед вызовом скорой помощи в доме мыли полы, больного переодевали в чистое белье и перестилали постель, а для доктора готовилось чистое, зачастую новое, полотенце... Вообще, вызов скорой помощи не был рядовым случаем, о нем долго потом вспоминали, рассказывали родственникам и знакомым.

Располагалось отделение СМП в те годы в одноэтажном деревянном, барачного типа здании на территории Окружной больницы на месте, где теперь находится роддом № 1 по адресу: ул. Н. Островского, 30. В связи с этим большой интерес представляет цитата из отчетного доклада о работе СМП М.А. Подгорбунского на секции здравоохранения Кемеровского Городского Совета Народных депутатов от 4.11.1935 г.: «...Работа протекает в не нормальных условиях. Главным образом, из-за отсутствия транспорта. Задержка на 1,5 часа. Нужны гараж, запас горючего. Помещение СМП (в заразном бараке) не удовлетворяет по планировке: нет изоляции помещений...» (ГАКО).

В зону обслуживания входили Центральный, Заводской районы и, тогда очень небольшая, заискитимская часть города. Правобережную часть города СМП не обслуживала.

Отделение СМП при Рудничной больнице организовано в 1935 г. по инициативе главного врача этой больницы Степана Васильевича Беляева, при горбольнице № 2 (Кировский район) такое отделение открылось в 1937 г. (АП).

В том же 1937 г., 4 мая, утверждены Президиумом Кемеровского Горсовета первые «Правила вызова СМП». Любопытно и не потеряли актуальности до настоящего момента отдельные пункты этих правил: «СМП вызывается при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, угрожающих жизни. На все вопросы врача вызывающий должен дать подробные и точные ответы. Вызывающий должен встретить СМП у ворот или подъезда, чтобы медицинский персонал не терял напрасно времени на разыскивание пострадавшего или больного. СМП может не выезжать, если больной или пострадавший по роду заболевания и состояния здоровья может быть без промедления доставлен в больницу иными средствами передвижения» (ГАКО).

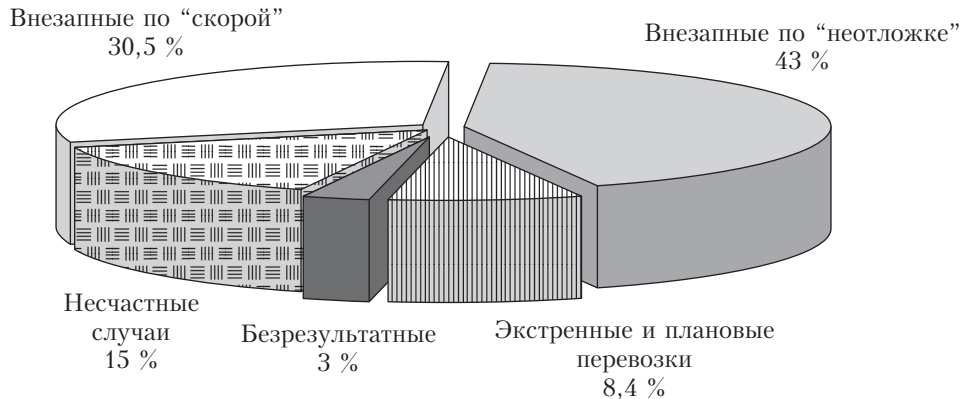
В 1938 году все отделения объединены и реорганизованы в самостоятельное учреждение «Станция скорой медицинской помощи», с подчинением Кемеровскому ГЗО (ГАКО).

В годы войны Станция жила и работала по законам военного времени.

Основной персонал Станции — врачи, фельдшеры — были призваны в армию и ушли на фронт, остались одни медицинские сестры и санитарки. «Профилактические» отпуска сотрудникам «скорой» были отменены.

Штат врачей ССМП в основном состоял из совместителей Окружной больницы, им были разрешены дежурства по 24 часа. Средний и младший медперсонал дежурил только по 12 часов, строго без права сна в ночное время. Если случалось такое, что проверяющие заставляли кого-нибудь из сотрудников спать в «рабочее время» — дисциплинарно наказывали. В состав Станции скорой медицинской помощи входил травмпункт, операционный и процедурный кабинеты, где дежурные сотрудники «скорой» накладывали пострадавшим шины, гипсовые повязки, а также производили малые хирургические операции: ПХО, делали внутримышечные и внутривенные инъекции приходящим больным. Для «уплотнения» рабочего дня акушеркам и санитаркам операционного кабинета и травмпункта приказом заведующего СМП было вменено в обязанность выполнение общих вызовов.

Диаграмма 1
Структура вызовов СМП



Во время суточного дежурства врачи по «общим вызовам» руководили всем дежурным персоналом Станции: акушерками, хирургическими медсестрами, средними и младшими выездными медработниками, техническим персоналом.

В первые месяцы войны Станцией скорой помощи заведовал врач-хирург Раппопорт М.С. Затем его сменила фельдшер-акушерка Массалова Е.А., которая руководила работой скорой с июля по декабрь 1941 г., а затем была призвана в армию.

В самом начале ВОВ с Кемеровской станции скорой помощи в ряды РККА были призваны врачи: Епишина В.П., Литвинцева А.Н., Безгина, фельдшеры: Шуравина Т.А., Еремина, Соколова, Фролова А.В. (которую известие о присвоении ей звания «Отличник здравоохранения» застало уже на фронте), медсестры: Ляхова Е.С., Невзорова М.Е., Севрюкова К.В., водители: Корепанов М.Е., Юрьев П.С., завхоз Гладышев. Это были опытные работники «скорой». Когда они ушли на фронт, на Станции возникла острая нужда в кадрах. Но небольшое ядро оставшихся сотрудников сумело сохранить традиции Станции, поддерживать работу в тонусе, обучить вновь пришедших тактике и особенностям службы «скорой». Проявлялась необычайная изобретательность в комплектации бригад и несении трудовой вахты.

В этом плане интересен приказ заведующего Станцией скорой помощи № 51 от 9.07.41 г.:

- «- ввиду перебоев в работе санитарного транспорта, няням и санитаркам Станции, в порядке уплотнения рабочего дня, производить выезды вместо кучера;
- обязать завхоза обучить последних технике вождения (запрягать и выпрягать) и работе с дежурной лошастью;
- уборщицам гаража осуществлять уход за дежурной лошастью: поить, кормить и убирать навоз по указанию завхоза...» (ГАКО).

Персоналу ССМП в не рабочее время самим приходилось косить траву и заготавливать сено для лошадей, производить уборку конюшни.

В декабре 1941 года к обязанностям заведующей Станцией скорой помощи приступила фельдшер Смолякова Э.Б., которая руководила ею до октября 1942 г. Далее заведующей Станцией была врач Сабанская А.Э. (7.10.42 г. — 10.04.44 г.); ее сменила пришедшая с фронта врач Гончаренко М.Т. (10.04.44 г. — 16.12.46 г.).

Несмотря на тяжелое положение с транспортом, ГСМ — Кемеровская станция работала в годы войны так же бесперебойно, как и в мирное время. Выручал гужевой транспорт, а если его не оказывалось, медперсонал выполнял вызовы пешком. Помощь населению оказывалась добросовестно (АП).

С ростом города, его промышленного потенциала, увеличением населения и телефонизацией квартирного сектора росла обращаемость на скорую медицинскую помощь, а, значит, развивалась и сама служба скорой помощи. В послевоенные годы, став самостоятельным учреждением, Станция начала интенсивно приобретать черты знакомой нам оперативной службы экстренной медицинской помощи, способной доставить бригаду в любое место и оказать догоспитальную помощь больным и пострадавшим, как на месте происшествия, так и во время транспортировки больного в стационар.

Особый вклад в формирование службы внесла врачебная династия Харкевичей — отец Юрий Александрович и сын Герман Юрьевич последовательно являлись главными врачами станции. Благодаря их стараниям, работники скорой медицинской помощи были одеты в форму, сложились существующие и сейчас принципы формирования поводов к вызову, ранжирование их по срочности. На Станции появились кадровые врачи и средние медработники, имеющие специаль-



ную подготовку по оказанию квалифицированной медицинской помощи в сложных условиях догоспитального этапа, развивалась материальная база станции, создавались подстанции в других районах города.

Работа на Станции для медицинских работников стала интересной. Врачи осваивали новые методики, в условиях догоспитального этапа стали применять наркоз, вначале масочный, затем интубационный. В оснащении бригад появились портативные электрокардиографы, что позволило резко повысить качество диагностики острой коронарной патологии, а, следовательно, с первых минут начинать не только посиндромную, но и патогенетическую терапию. К началу 60-х годов скорая помощь перестала быть экзотической игрушкой, а стала неотъемлемой и важной частью городской жизни. В 1970 г. в штате Станции было около 600 человек, в т.ч. свыше 120 врачей, собственное автохозяйство, укомплектованное радиофицированными санитарными машинами типа УАЗ, РАФ и «Волга». На линию ежедневно выходило, в среднем, 35 бригад, дислоцированных на семи подстанциях, выполнялось около 350 вызовов.

Здравоохранение 70-80 гг. отличал бурный рост специализированных отделений и служб. Не миновала этого и Станция. Последовательно были созданы специализированные бригады кардиологического, травматологического, акушерского, педиатрического, психо-неврологического, урологического, токсикологического профилей. Развитию специализированных бригад всемерно способствовали такие врачи, как Антонова Капитолина Максимовна, Алексеев Александр Валентинович, Авдюхов Валерий Александрович (признан лучшим врачом города в 2001 г.), Воронько Сергей Васильевич, Седько Валентин Анатольевич, Землянухин Эдуард Петрович, Златина Анна Львовна, Малькова Галина Андреевна (награждена Почетной грамотой Минздрава РФ в 2002 г.), Сикорская Татьяна Сергеевна и целый ряд других, влюбленных в свое дело энтузиастов. Они своими руками делали необходимый инструментарий, оборудовали машины специальными приспособлениями, осваивали передовые лечебно-диагностические методики и внедряли их в практику работы бригад скорой медицинской помощи.

Центральный диспетчерский отдел был оснащен передовой по тем временам технологией, которая значительно превосходила технологии многих ведущих станций страны, в т.ч. и Московскую, а такие диспетчеры, как Мирошникова Ирина Михайловна, Морозова Капитолина Александровна, Юрасова Мария Ефимовна своей четкой работой, доброжелательным отношением, как к населению, так и к своим работникам, снижа-

ли уважение к этому важнейшему подразделению любой оперативной службы. Серьезное внимание на Станции уделялось вопросам анализа деятельности и прогнозирования. В практику работы отдела статистики внедрялись элементы автоматизированной обработки данных.

На протяжении многих лет Станция была областной школой передового опыта. Неоднократно награждалась Почетными грамотами, Дипломами Союзного, Республиканского и областного значения, носила звание Коллектив высокой культуры.

Новые времена, оставив за Станцией прежние задачи, — оказание в максимально короткие сроки адекватной помощи больным и пострадавшим в условиях догоспитального этапа, — поставили жесткие рамки дефицита финансирования. Требовался новый подход к структуре и принципам управления Станцией. В 1995 году началась реорганизация структурных подразделений. Семь существовавших подстанций были перегруппированы в три: Главную, Центральную и Правобережную, с выделением постов в отдаленных районах города. Это позволило сократить лишний административный персонал и укрепить управленческую вертикаль. Кроме того, увеличение мощности подстанций позволило укомплектовать их специализированными бригадами, приблизив таким образом квалифицированную медицинскую помощь к населению.

Помимо укрепления управленческой структуры и реорганизации подстанций, принимались меры к оптимизации оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Для этого были ликвидированы узкопрофильные специализированные бригады (эффект от них был невелик из-за их малодоступности и специфичности), введены стандарты оказания медицинской помощи больным и пострадавшим, с учетом возможности догоспитального этапа и тяжести их состояния. Сегодня

Диаграмма 2

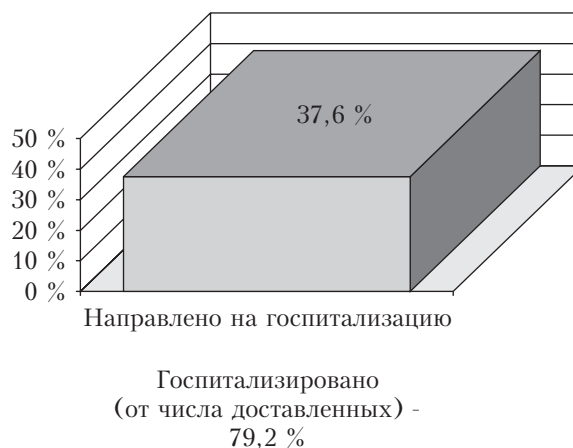
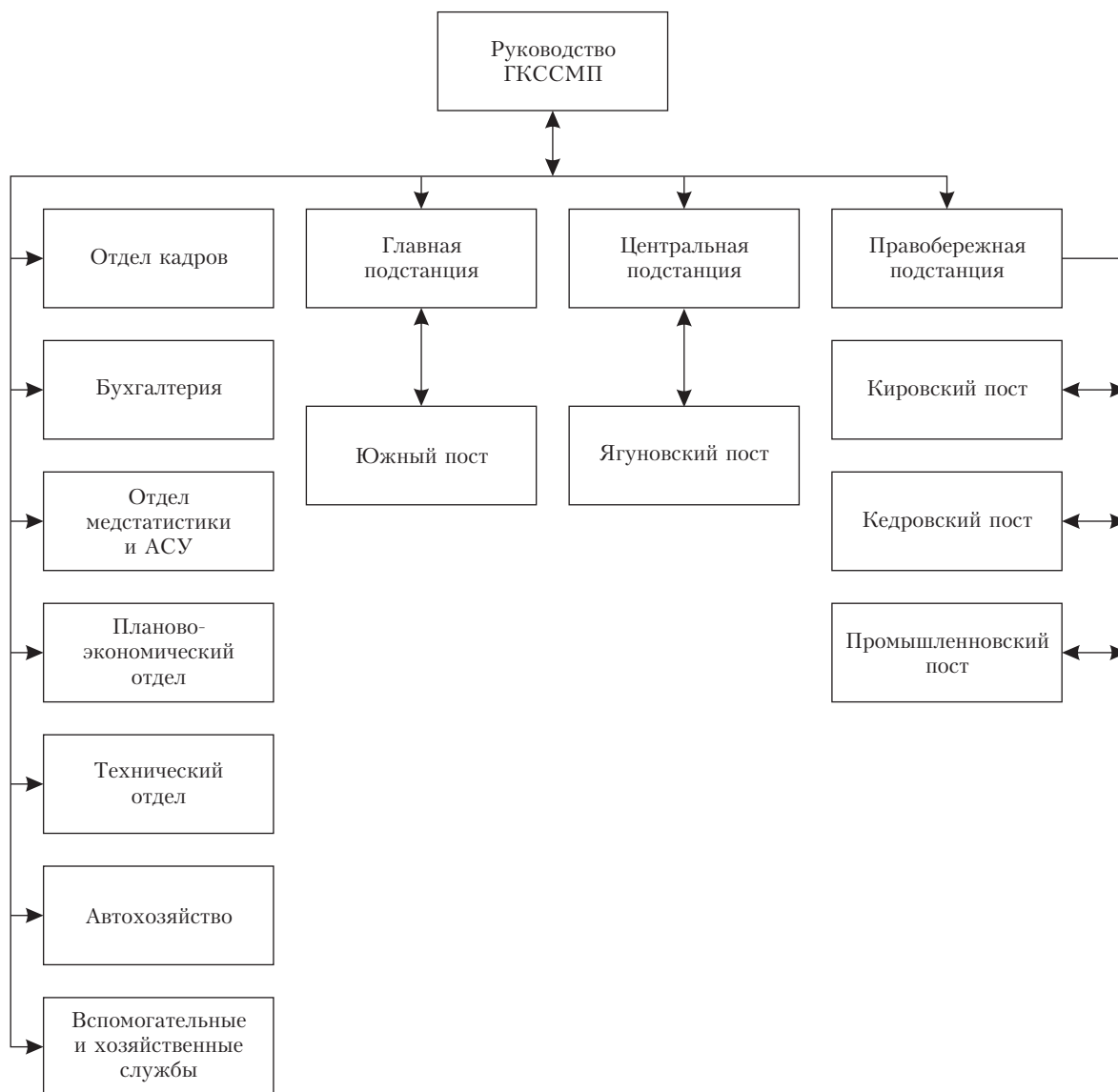




Диаграмма 3

Структура ММУ «Городской клинической станции скорой медицинской помощи» г. Кемерово



на Станции работают 45 круглосуточных бригад, в т.ч. реанимационных – 4, бригад интенсивной терапии – 7, психиатрических – 2, педиатрических бригад – 6,5, общепрофильных – 25,5. Все бригады распределены по подстанциям и постам в зависимости от численности населения и в пределах зоны 15-минутного доезда до адреса. Ежедневно выполняется от 480 до 550 вызовов. В год это составляет более 180 тысяч.

Для оперативного управления бригадами, в диспетчерскую службу была внедрена «Медицинская информационная специализированная система Скорая помощь» (МИСС Скорая) (автор А.И. Сидоров, г. Новосибирск) на базе локальной сети персональных компьютеров. Сис-

тема оптимизирует прием вызовов по «03», помогает диспетчерам принимать решения по отправке на вызов бригад соответствующего вызову профиля, из имеющихся свободных и находящихся на минимальном расстоянии от адреса. Внедрение системы позволило на 30 % сократить время ожидания начала выполнения вызова, снизить бесполезный пробег транспорта и т.п. Кроме того, система позволяет производить полный статистический анализ деятельности службы в минимально короткий срок за любой период времени, как в разрезе Станции в целом, так и любого ее структурного подразделения, вплоть до бригады или отдельного медицинского работника.



Диаграмма 4
Обращения на СМП



Учитывая то обстоятельство, что работа любой службы зависит от квалификации кадрового состава, подбору, расстановке и учебе выездного персонала уделяется постоянное внимание. Сегодня на Станции работают 161 врач и 139 фельдшеров, имеющих государственные сертификаты, в т.ч. 35 врачей и 75 фельдшеров имеют высшую квалификационную категорию, 60 врачей и 67 фельдшеров - первую и вторую. Это — специалисты, способные работать в любых, даже экстремальных условиях догоспитального этапа, оказывать помощь больным и пострадавшим на месте происшествия в условиях ЧС.

Такие врачи, как Орликов Константин Викторович, Раевский Анатолий Анатольевич, Шадченева Татьяна Эдуардовна, Суркова Ольга Михайловна, Аверьянов Евгений Тимофеевич, Сикорская Ольга Константиновна (пошла на «скорую» по стопам своей матери), Юркин Евгений Петрович, фельдшеры Грохотова Лариса Михайловна, Сергеева Марина Владимировна, Солдатова Галина Анатольевна, сочетают в своей работе современные принципы диагностики и лечения с традиционным для работников службы доброжелательным отношением к попавшему в беду человеку и готовностью оказывать ему помощь в любых условиях. Результат — низкий процент расхождения диагнозов с приемными покойми, практически нет отказов в госпитализации из-за отсутствия показаний, крайне редки жалобы от населения.

Ежегодно работниками станции проводится до четырехсот успешных реанимаций, это значит, что спасено, как минимум, четыреста жизней, не считая тех случаев, когда четко проведенная диагностика и своевременная госпитализация позволили сохранить пациенту здоровье, а возможно, и жизнь. Так, в течение года Станцией оказывается помощь 1500 больным с острым ин-

фарктом миокарда, 5000 чел. — с острым нарушением мозгового кровообращения, 9000 чел. — с тяжелыми травмами и острыми отравлениями. Во всех этих случаях четкая работа медиков предотвращает неблагоприятный для пациента исход.

Существенное значение для службы имеет материально-техническая база Станции. При поддержке администрации г. Кемерово и Управления здравоохранения, в 1995 г. был приобретен свой автомобильный парк, с «реанимобилями» и всем необходимым оборудованием для спецбригад. Бесперебойная радиосвязь осуществляется радиостанциями «Motorola». Открыты новые подстанции в Ленинском и Рудничном районах, в новые помещения переведены Кировский, Южный, Кедровский и Промышленновский посты. С 1995 года форма одежды выездного медицинского персонала в большей степени отвечает условиям их работы.

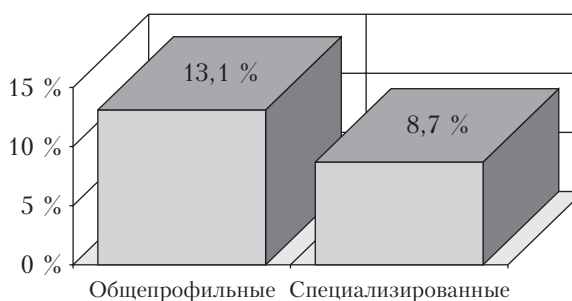
С 1998 года Станцией руководит Никонович Сергей Дмитриевич, врач-организатор здравоохранения высшей категории.

В 1998 году Станция получила статус «клинической». На базе Станции ежегодно обучаются более 250 студентов Кемеровской государственной медицинской академии и более 100 студентов и курсантов Областного медицинского колледжа, проходят последипломную подготовку по скорой медицинской помощи фельдшеры г. Кемерово и северных районов области.

В 2001 году на Станции создан городской отдел медицины катастроф, который занимается организацией ликвидации медицинских последствий при ЧС, объединяя для этой цели все ЛПУ города.

В 2002 году на Станции организован круглосуточный консультативный телефон. Врачи скорой медицинской помощи (только высшей категории), дежурящие на телефоне, консультируют население по всем неотложным состояниям, а также по приему лекарств, оказанию первой медицинской помощи, в случае необходимости они же оформляют вызов бригады соответствующего

Диаграмма 5
Нагрузка на бригады





Таблица

Количество населения	565828
Количество подстанций /постов	3 / 5
Всего (факт / план) бригад, из них:	43,1 / 45
- линейных	29,9 / 32
- специализированных	13,3 / 13
Обеспеченность бригадами СМП на 10 тыс. населения	0,761
Коэффициент загрузки бригад СМП, в т.ч.:	0,42
- линейных	0,46
- специализированных	0,32
Среднесуточная нагрузка на бригаду СМП, в т.ч.:	11,9
- на линейную	13,1
- на специализированную	8,7
Всего обращений, в т.ч. (абс / % от всех обращений):	187482
- безрезультатных	5534 / 3
- отказано за необоснованностью	73
- оказана медицинская помощь, в т.ч.:	181100
- с несчастными случаями	28240 / 15,0
- с внезапными заболеваниями по "скорой помощи"	54353 / 30,5
- с внезапными заболеваниями по "неотложной помощи"	78080 / 43,5
- с экстренной перевозкой	19927 / 10,6
- в связи с санитарной перевозкой	500 / 0,26
- в связи с домашними родами и патологией беременности (абс)	2070
Обслужено амбулаторно (абс / % от бол. с оказ. пом.)	536 / 0,3
Выезд по "скорой помощи" до 4-х мин (%)	3,3 мин / 98,3
Выезд по "неотложной помощи" до 15 мин (%)	11,5 мин / 95,4
Среднее время ожидания выполнения вызова (мин)	11,29
Среднее время, затраченное на один вызов (мин)	52,8
Обращаемость (на 1000 населения)	331,3
Направлено на госпитализацию (абс / % от б-х, ктр. оказ. мед. пом.)	66572 / 36,7
Госпитализировано (абс / % от направленных на госпитализацию)	52747 / 79,2
Совпадение диагноза с приемным покоем (%)	98,8
Повторные вызовы по вине мед. персонала (абс / % от всех вызовов)	908 / 0,5
Уровень качества лечения	0,84
Вызовы в сельский район (абс / % от всех вызовов)	8079 / 4,5
Вызовы в часы работы поликлиник (абс / % от всех вызовов)	97857 / 52,2
Число обоснованных жалоб	2
Штаты (всего ставок / физ.лиц / % укомплектованности)	1121,5 / 824 / 98,5
- врачи	238 / 168 / 99,5
- средние мед. работники	364,25 / 314 / 99,2
- младшие мед. работники	146,5 / 75 / 87,4
- прочий персонал	372,75 / 273 / 98,8
Прошли специализацию (врачи / фельдшеры)	35 / 54
Имеют квалификационную категорию (вторую / первую / высшую):	
- врачи	19 / 52 / 35
- фельдшеры	39 / 28 / 80
Имеют сертификат:	
- врачи - "Врач скорой помощи"	166
- средние мед. работники - "Лечебное дело"	137

профиля и направляют ее к больному. Телефон пользуется большой популярностью у населения, в сутки обращаются не менее 80-100 человек.

С августа 2002 г. нами была предложена новая форма преемственности в работе с амбулаторно-поликлинической сетью: база данных о

вызовах СМП за предыдущие сутки передается по электронной почте в поликлиники города. Это позволяет участковой службе активно работать с хроническими больными, а нам – снижать обращаемость на СМП непрофильных больных (неотложку), тем самым повышая оперативную



активность бригад при выполнении экстренных вызовов.

Для медицинского персонала работа на Станции стала престижной, о чем говорят формирующиеся в последнее время семейные династии.

Пользуется уважением Станция и у населения города — жалобы на ее работу в последние годы носят единичный характер и обусловлены скорее досадными недоразумениями, чем другими причинами.

А.В. АЛЕКСЕЕВ

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

СТАТИСТИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЗА 2002-2003 ГГ., ПО ДАННЫМ АСУ ГКССМП

Из всего многообразия острых отравлений были выбраны отравления алкоголем и его суррогатами, и отравления лекарственными препаратами, как наиболее распространенные отравления. Кроме этого, статистика по этим отравлениям является достаточной для статистического анализа. Статистические данные проанализированы за три года.

За период 2001-2003 гг. зарегистрировано 9753 случаев острых экзогенных отравлений, из них отравления алкоголем и его суррогатами составили 3006, то есть 30,8 %.

Отравления суррогатами алкоголя занимают ведущую позицию и составляют за данный период, в среднем, 62,5 %.

При анализе вызовов по поводу отравлений алкоголем и его суррогатами обращает на себя внимание, что максимальное количество вызовов приходится на пятницу, субботу и воскресенье, эти данные приходят к примерным процентным показателям периода 1980-1990 годов.

Наибольшее количество случаев отравлений алкоголем и его суррогатами зарегистрировано в период 18-21 ч. Это, по видимому, связано с тем, что к этому времени большинство промышленных предприятий заканчивают свою работу. При этом в городе имеется большое количество павильонов, продающих алкогольную продукцию, включая остановки общественного транспорта, куда в этот период времени достаточно много обращений.

Также в городе большое количество работающих круглосуточно кафе, в которых весьма затруднительно провести контроль за качеством продаваемых товаров.

Наибольшее количество обращений выполняется общепрофильными бригадами (50 %), что говорит о незначительной потребности в проведении интенсивной терапии и оказании реанимационных пособий на догоспитальном этапе.

Среди возрастных групп обращает на себя внимание подъем обращаемости в двух возрастных группах. Это подростки 11-18 лет и более старший возраст — 35-50 лет.

При анализе выявлено, что соотношение пациентов в зависимости от пола в структуре отравлений алкоголем и его суррогатами составляет: мужчины — 74 %, женщины — 26 %, эти показатели достаточно стабильны на протяжении трех лет.

Из анализа следует, что наибольшее количество случаев смерти происходит в результате отравления суррогатами алкоголя, что имеет в своем корне не только медицинскую, но и глубокую социальную проблему, требующую больших затрат, как со стороны медицинских структур, так и всего государства.

За период 2001-2003 гг. зарегистрировано 3059 случаев отравлений медикаментами, что составляет 31,3 % от всех видов острых экзогенных отравлений.

Пиковые повышения обращаемости приходятся на возрастные группы 1-3 года и 18-30 лет. В первой группе подъем объясняется недостаточным уходом за детьми раннего возраста, когда дети часто остаются без присмотра со стороны взрослых, и плохими условиями социального характера. Во 2-й группе причины отравлений чаще обусловлены высокой суицидальной настроенностью, в этой группе преобладают женщины.

В структуре отравлений медикаментами наибольший удельный вес занимают отравления противосудорожными, седативными и снотворными средствами, что составляет более 40 % от всех случаев отравлений медикаментами. На втором месте находятся отравления средствами, действующими на сердечно-сосудистую систему — 24 %.

По дням недели обращения распределяются достаточно равномерно, но имеет место незначительный подъем в выходные дни и праздники.

Высок процент больных, направленных на госпитализацию. Он составляет более 78 % и из года в год не меняется.

Вызовы по поводу отравлений медикаментами среди бригад различного профиля распределяются следующим образом:



- 61,1 % вызовов выполнены бригадами реанимационного профиля,
- 24,8 % вызовов выполнены бригадами общего профиля,
- 11,7 % вызовов выполнены бригадами БИТ.

Наибольшее число вызовов по поводу острых отравлений приходится на январь (15,1 %), наименьшее — на сентябрь (5,5 %). Наибольшее количество алкогольных отравлений приходится на субботу и воскресенье (31,6 %), наименьшее — на вторник и среду (12,8 %).

В зависимости от времени суток, наибольшее количество вызовов по поводу алкогольных отравлений приходится на 18-22 часов (почти 50 % вызовов), наименьшая — на 4-8 часов (около 12 % вызовов). При этом, количество госпитализаций по поводу алкогольных отравлений составляет, в среднем, около 30 %. Отклонения от среднего в сторону больших значений приходится на вечерние часы (36,8 % на 18 часов, 41,7 % на 20 часов). В сторону меньших значений отклонения составляют менее 2 %.

При рассмотрении динамики вызовов по поводу отравления лекарственными препаратами, следует отметить, что, по сравнению с отравлениями алкоголем, отсутствуют резкие колебания числа вызовов в зависимости от времени года и дней недели. Практически можно говорить о равномерном распределении данного вида отравлений, как по месяцам, так и по дням недели.

Таким образом, проведенный анализ динамики вызовов по поводу острых отравлений алкоголем и лекарственными препаратами позволил выявить некоторые качественные закономерности в динамике вызовов в зависимости от времени года, дней недели и времени суток. Этот анализ потребовал проведения сплошного (без выборочного)

изучения всех случаев вызовов по поводу указанных отравлений за весь период 2001-2003 гг. Такая работа может быть в настоящее время продолжена, поскольку база данных о вызовах автоматически пополняется.

В связи с ростом отравлений алкоголем и лекарственными средствами в структуре обращений за скорой медицинской помощью, назрела необходимость в определенных организационных изменениях в работе реанимационной службы ГКССМП. В частности, полученные в настоящей работе результаты позволяют прогнозировать количество вызовов по поводу острых отравлений, и более рационально использовать их для обслуживания бригады реанимационного профиля.

Например, поскольку частота обращений по поводу алкогольных отравлений велика, а тяжесть отравлений в большинстве случаев не требует проведения реанимационных мероприятий, представляется нецелесообразным направлять реанимационные бригады на все вызовы по данному поводу.

В то же время, при лечении отравлений лекарственными препаратами и препаратами бытовой химии, в настоящее время незаслуженно забыт метод энтеросорбции, который дает значительный положительный эффект и может широко использоваться на догоспитальном этапе лечения острых отравлений.

Кроме того, в связи с предстоящей реорганизацией контроля за работой бригад, на вызов по поводу острого отравления алкоголем и его суррогатами имеет смысл направлять наиболее близко находящуюся бригаду, вне зависимости от ее профиля, так как в итоге могут быть предупреждены все возможные осложнения и уменьшиться летальность от этого вида отравлений.

Н.М. ГОДЛЕВСКАЯ

*Областной центр медицины катастроф,
г. Кемерово*

О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КЕМЕРОВО

Приказами МЗ РФ от 27.10.2000 г. № 380 и ДОЗН от 22.01.2001 г. определена организационная структура службы медицины катастроф (СМК), где указано, что на местном уровне СМК представлена станциями (отделениями) скорой медицинской помощи.

Уже доказано практикой, что четкое, согласованное взаимодействие всех подразделений СМК

при ликвидации медико-социальных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) является одним из основных условий эффективности оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) на всех ее этапах.

В г. Кемерово на местном уровне СМК представлена Городской клинической станцией скорой медицинской помощи (ГКССМП), с входящим в ее состав городским отделом медицины



катастроф (ГОМК), который был организован в сентябре 2001 г.

Остановлюсь на основных направлениях совместной работы Областного центра медицины катастроф (ОЦМК) с ГКССМП в целом и с ГОМК непосредственно.

В режиме ЧС взаимодействие осуществляется через оперативные отделы СМК и ГКССМП.

При поступлении вызова, в соответствии с утвержденными критериями относящегося к разряду ЧС, старший врач смены ГКССМП в установленном порядке информирует ОЦМК о произошедшем, согласовывает дальнейшие действия.

Прибывшие на место ЧС бригады ГКССМП, согласно разработанному плану действий, проводят мероприятия по оказанию ЭМП и эвакуации пораженных в соответствующие лечебно-профилактические учреждения города.

В режиме повседневной деятельности совместная работа осуществляется как на уровне руководящего состава ОЦМК и ГКССМП, так и непосредственно специалистов оперативного, клинического отделов, оргметодотдела ОЦМК и ГОМК. Работа проводится по следующим направлениям:

1. Функции контроля со стороны специалистов ОЦМК:

1.1. За своевременностью и качеством оказания ЭМП пораженным при ЧС, в результате чего при проведении ряда организационных мероприятий улучшилась своевременность оказания ЭМП пораженным при ЧС (уменьшилось среднее время прибытия бригад СМП на место ЧС в черте города: в 2000 г. — 11 мин., в 2003 г. — 8,5 мин.).

1.2. За качеством оформления медицинской документации при оказании ЭМП пораженным при ЧС и своевременностью ее предоставления (по представляемым копиям карт вызова СМП и отрывным талонам ф. 167/у-01). В процессе совместной работы отработана четкая система предоставления всей отчетной документации, ежедневно из ГОМК предоставляется полная информация о движении, состоянии всех пораженных при ЧС по г. Кемерово.

1.3. За накоплением ГКССМП запасов медикаментов, медицинского оборудования и другого инвентаря в целях создания резерва для работы в условиях ЧС (на ГКССМП постоянно поддерживается не снижаемый месячный резерв медикаментов, перевязочного материала для оказания ЭМП при ЧС).

2. Совместная аналитическая работа:

2.1. Обобщение и анализ имеющихся сведений о произошедших ЧС за сутки, неделю, месяц, квартал и т.д. В ОЦМК с 1996 г., а в ГОМК с 2001 г., создан и ведется по насто-

ящее время информационный банк данных о всех ЧС. Все ЧС анализируются.

2.2. Систематизация статистических данных по основным показателям ГКССМП, их анализ в динамике и выявление неблагоприятных тенденций, отрицательно влияющих на оперативность и качество оказания ЭМП. Проводится комплекс мероприятий по снижению обращений населения на ГКССМП в связи с хронической патологией. Это является одним из условий рационального использования бригад СМП, повышения их оперативности при выполнении вызовов СМП, в первую очередь, в связи с ЧС.

2.3. Анализ случаев смертей при ЧС, произошедших как до прибытия, так и в присутствии бригад СМП, по причинам и полноте объема оказанной медицинской помощи.

3. Организационно-методическая работа:

3.1. Совместная разработка инструкций по действиям медицинских работников ГКССМП всех категорий при ЧС, по оказанию ЭМП при АХОВ, ООИ, по алгоритмам действий медработников бригад СМП в зоне катастрофы, по перечню медицинских упаковок в зависимости от вида поражения, по перечню средств защиты медперсонала бригад СМП.

3.2. Обучение медицинских работников бригад СМП вопросам оказания ЭМП на догоспитальном этапе при ЧС.

3.3. Подготовка к аттестации врачей СМП на присвоение квалификационной категории и участие в ней.

3.4. Разработка рекомендаций по внедрению новых технологий в организации и оказании ЭМП при ЧС и организационная помощь при их внедрении на ГКССМП (предложена методика применения перфторана при оказании ЭМП пораженным при отравлении кровяными ядами).

3.5. Проведение совместных учений по организации ликвидации медико-социальных последствий различного рода ЧС (2001 г. — 3 учения, 2002 г. — 4, 2003 г. — 5 учений).

4. Проведение специалистами психо-физиологической лаборатории ОЦМК тестирования по психо-физиологическому состоянию медицинских работников бригад СМП и оперативного отдела ГКССМП (всего обследовано 58 медицинских работников бригад СМП и 28 фельдшеров по приему и передаче вызовов).

Совместная работа Кемеровского ОЦМК и ГКССМП г. Кемерово в повседневной деятельности по вышеперечисленным и ряду других направлений позволяют рассматривать вопросы дальнейшего совершенствования взаимодействия этих служб в перспективе.



С момента создания на ГКССМП городского отдела медицины катастроф, рассмотрение вопросов совместной работы, поступление информации о ЧС и учетно-отчетной документации стали более упорядочены, систематизированы.

Результаты совместной работы позволяют сделать вывод о том, что создание центров или отделов медицины катастроф в городах и районах жизненно необходимо, поскольку, на основании трехлетнего опыта работы ГОМК, наглядно под-

тверждена связующая роль всех сил и средств медицины катастроф на местном уровне.

Очень важно отметить и тот факт, что специалисты ГОМК имеют большой практический опыт работы по непосредственному оказанию ЭМП, в первую очередь, на догоспитальном этапе.

Руководителям здравоохранения городов и районов, при рассмотрении вопросов о создании ЦМК у себя на местах, возможно использовать опыт трехлетней работы ГОМК г. Кемерово.

Н.П. ДАШКИНА, С.Д. НИКОНОВИЧ, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН

*Городской отдел медицины катастроф,
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

РОЛЬ СМП В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС

Практика ликвидации медико-санитарных последствий ЧС показывает, что они носят, в основном, локальный и местный характер. Поэтому важное место при проведении лечебно-профилактических мероприятий в ЧС отводится службе медицины катастроф местного уровня, силы и средства которой первыми начинают ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

Скорая медицинская помощь является основой службы медицины катастроф на местном уровне, т.к. бригады СМП более чем в 99 % случаев первыми прибывают на место катастрофы и проводят лечебно-эвакуационные мероприятия при ликвидации ЧС.

В целях совершенствования системы службы ЭМП населению города при ЧС, в сентябре 2001 года, на базе ГКССМП г. Кемерово был создан городской отдел медицины катастроф (далее — Отдел).

Основными задачами Отдела являются:

- организация медико-санитарного обеспечения населения города при ликвидации медицинских последствий ЧС;
- координация и руководство формированиями и ЛПУ, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- обеспечение готовности органов управления здравоохранением, системы связи и оповещения ЛПУ к действиям в ЧС;
- сбор, обработка, обмен и представление информации медико-санитарного характера о последствиях ЧС;
- участие в подготовке населения и спецслужб по оказанию первой медицинской помощи в ЧС;
- организация контроля по созданию и рациональному использованию резервов медицинского назначения для работы ЛПУ в ЧС.

Отдел является структурным подразделением ГКССМП.

Оснащение Отдела составляет современное офисное оборудование: два компьютера, лазерный принтер, факс, сканер, множительная техника, что позволяет быстро и беспрепятственно обработать информацию по ЧС, получить ее из других учреждений, создать и ввести в базу данных необходимую информацию и документацию.

В зависимости от обстановки, деятельность Отдела предполагает работу в режиме повседневной деятельности, повышенной готовности и в режиме ЧС.

С учетом поставленных задач, определены основные направления работы Отдела:

- информационно-статистическое и аналитическое;
- организационно-методическое и учебное.

Одним из документов, позволяющих отслеживать ЧС до ее завершения, отработан «Журнал учета и контроля ЧС», где регистрируется краткое описание ЧС, количество пострадавших и документация, которая должна быть представлена из ЛПУ в Отдел до конечного итога состояния пострадавших (выписка или смерть).

В базе данных имеется информация по всем ЧС, произошедшим в городе, и пострадавшим в них. Создана база данных на ЛПУ-формирователи.

Наличие на территории города большого количества предприятий химической промышленности, а также взрыво- и пожароопасных объектов, потребовало создания постоянных сил и средств ЭМП.

Приказом Управления здравоохранением Администрации (УЗА) г. Кемерово № 679 от 11.12.2001 г. утверждены десять ЛПУ-формирователей, на базе которых созданы 11 формирований СМК:



- БЭМП (врачебно-сестринских) – 6;
- БЭСМП (специализированных) – 5.

В связи с тем, что на базе ЛПУ г. Кемерово созданы 8 штатных БЭСМП ПГ областного центра медицины катастроф (ОЦМК), в случае возникновения масштабной ЧС (при необходимости), по распоряжению ОЦМК, городская СМК может располагать этими силами и средствами.

Отделом разработана и утверждена УЗА г. Кемерово «Инструкция действий ЛПУ в ЧС» при различных катастрофах.

В распоряжении Отдела имеется хорошо оборудованный учебный класс, оснащенный компьютерной техникой, с тестовыми и учебными программами по медицине катастроф, телеаппаратурой, учебными роботами-тренажерами, на которых практикские отбатывается методика СЛР и оказание ЭМП при механической травме, стендами с цветными плакатами действий в ЧС. В классе обучаются штатные БЭМП ПГ, водители ГКССМП, спасатели службы «05».

За отчетный период Отделом было проведено 6 учений со службой медицины катастроф ЛПУ города.

Согласно информационно-аналитическим данным Отдела, в структуре ЧС первое место занима-

ют дорожно-транспортные ЧС (58 %), что вполне логично для большого промышленного города, где с каждым годом растет количество транспортных средств, возрастают скорости движения, состояние дорог неудовлетворительное, нарушаются правила эксплуатации и транспортной дисциплины. Далее, на 2-м месте, находятся драки и разбойные нападения – 12,8 %, что указывает на прогрессирующую социально-бытовую криминализацию общества.

Эта и другая аналитическая информация используется при проведении совещаний и учебных семинаров с работниками ЛПУ, специально уполномоченными решать вопросы СМК.

Существование Отдела в течение двух лет позволило систематизировать поступление информации о ЧС, её обработку и предоставление в вышестоящие инстанции СМК, обеспечить более качественную подготовку ЛПУ и формирование к работе в ЧС. Это позволяет считать, что Отдел работает в соответствии с поставленными задачами и направлениями.

В последующем эти направления следует продолжать, совершенствовать в плане обобщения имеющегося материала и анализа качества оказания ЭМП, в первую очередь, на догоспитальном этапе.

Т.А. ДРАЧИКОВА

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

О РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ СМП

В настоящее время служба скорой медицинской помощи поднимается на качественно новый уровень.

Спектр показаний к выезду бригад скорой медицинской помощи достаточно широк. Бригады выезжают не только на несчастные случаи и травмы, но и по поводу внезапных и обострений хронических заболеваний.

На Кемеровской клинической станции скорой медицинской помощи (ГКССМП) медицинскую помощь оказывают не только врачи, но и фельдшеры.

Согласно приказу МЗ РФ № 100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ», создаются фельдшерские бригады, осуществляющие транспортировку пациентов по направлению лечащего врача в стационар, оказывающие больным и пострадавшим доврачебную помощь, направленную на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма.

Штатным расписанием станции предусмотрено 366,25 штатных единиц среднего мед. персо-

нала, физических лиц работает 294 человека, что составляет 80,3 %. Это обусловлено тем, что средние мед. работники, в своем большинстве, работают выше ставки, в порядке внутреннего совместительства и совмещения должностей.

Для оказания доврачебной мед. помощи в достаточно полном объеме, необходимы грамотные специалисты. Для выполнения этой задачи на станции проводится комплекс мероприятий по повышению профессионального уровня специалистов.

При устройстве на работу, фельдшеры проходят собеседование по основным вопросам неотложной помощи, что помогает определить базовый уровень подготовки молодого специалиста и дальнейшее его трудоустройство, с учетом профиля выездных бригад. Опыт показывает, что качество подготовки в медицинских колледжах области за последние годы значительно улучшилось.

Для обучения и переподготовки кадров, ежемесячно проводятся общественные медицинские конференции, к участию в которых привлекают-



ся ведущие специалисты ДОЗН, УЗА и сотрудники Кемеровской государственной медицинской академии. Помимо общестанционных конференций, на подстанциях во время утренних «пятиминуток» обсуждаются диагностические и тактические ошибки, разбираются наиболее сложные в диагностическом плане пациенты, обсуждаются новые подходы и принципы оказания медицинской помощи, нормативные документы и приказы.

На оснащении выездных бригад Станции имеется полный табельный набор портативной диагностической и лечебной аппаратуры, позволяющий на догоспитальном этапе проводить экспресс-диагностику различных патологических состояний и оказывать помощь, как на месте происшествия, так и во время транспортировки пациента в стационар.

Бригады располагают необходимым набором медикаментов, инструментария и предметов ухода за пациентами, рекомендованными для службы скорой помощи. Все это требует от медицинского персонала высокого качества профессиональной подготовки и повышения своей квалификации.

Совершенствование знаний является залогом оказания эффективной, качественной медицинской помощи пациентам.

Сестринский персонал каждые пять лет проходит усовершенствование на цикле «Фельдшер скорой помощи», который проводит Кемеровский областной медицинский колледж.

Направление на аттестацию для получения квалификационной категории служит психологическим побуждением к росту профессионализма, заинтересованности в труде, материальному стимулированию, желанию постоянно повышать свои знания. А экзамен на получение сертификата позволяет определить готовность специалиста «Лечебное дело» к самостоятельной деятельности.

Учитывая специфику работы службы скорой медицинской помощи, фельдшерские бригады комплектуются фельдшерами, имеющими сертификат по специальности «Лечебное дело», что позволяет им самостоятельно оказывать медицинскую помощь.

Среди работающих фельдшеров сертификат по специальности «Лечебное дело» имеют 137 человек, «Сестринское дело» — 25 медицинских сестер. Кроме того, 98 человек являются молодыми специалистами, 56 человек — студенты КГМА, не имеющие мотивации к повышению своего профессионального уровня, так как они не имеют диплома об окончании учебного заведения и работают на Станции один-три года.

В настоящее время на ГКССМП разработаны и внедрены «Программа аттестации фельдшеров скорой помощи по различным разделам медицины» и «Компьютерная программа тестовых заданий для систематической проверки знаний выездного персонала».

Регулярное проведение углубленного тестового контроля знаний у выездного персонала позволило значительно сократить число дефектов, связанных с недостаточным освоением специальных диагностических и лечебных процедур, так как тестовая программа, кроме контроля знаний, содержит еще и элементы обучения, позволяет определить нозологические формы, по которым медицинский работник нуждается в дополнительной подготовке. Бесспорно и то, что практические навыки в работе экстренной медицинской службы необходимо не только приобретать, но и поддерживать. Известно, что получасовая тренировка на манекенах перед работой является обязательной для бригад парамедиков многих стран мира.

Администрация Станции, понимая важность этого вопроса, приобрела специальные обучающие тренажеры для учебного класса, где выездной персонал проходит обучение по практическим навыкам, необходимым при работе как в обычных условиях, так и при ликвидации медицинских последствий ЧС.

Обучение проводится на манекенах, моделирующих различные urgentные состояния, такие как состояние клинической смерти с вариантами проведения сердечно-легочной реанимации одним или двумя реанимирующими, отдельно искусственной вентиляции легких и массажа сердца.

Осуществляется компьютерный контроль основных параметров: частота, глубина компрессий, положение рук специалиста, наличие возникших повреждений грудной клетки, частота и объем вентиляций.

Каждый обучающийся отрабатывает приемы сердечно-легочной реанимации до получения безукоризненных результатов. На манекенах «Гоша» моделируют поражения, ожидаемые при ЧС: травматические повреждения конечностей (ампутации, переломы), повреждения органов брюшной и грудной полости.

При решении ситуационных задач, на манекене проводят транспортную иммобилизацию, наложение кровоостанавливающих жгутов, различных повязок.

Таким образом, на ГКССМП удалось создать стабильный, работоспособный коллектив, способный обеспечить решение задач по повышению качества оказания скорой медицинской помощи.



С.Т. ИГНАТОВ, В.Г. КУВАЧЕВ
МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи,
г. Прокопьевск

ТРАВМАТИЗМ ОТ СРЕДСТВ ГОРОДСКОГО ДВИЖЕНИЯ

Несмотря на кажущуюся примитивность случаев травмы (столкновение двух автомобилей, наезд на человека, падение с автомобиля и т.п.), травматизм от средств городского движения представляет комплекс сложных явлений, тесно переплетающихся с рядом факторов общего порядка.

К числу таких факторов относятся плотность населения, состояние и формы эксплуатации транспорта, состояние дорог и т.д., которые весьма сильно влияют на возникновение дорожно-транспортных происшествий (ДТП).

Для выяснения причин травмы, обстоятельств получения их в г. Прокопьевске с общей численностью населения около 230000 человек, были изучены все случаи ДТП за 3 последних года (табл. 1).

Таблица 1
Удельный вес травм от средств городского движения в общем числе несчастных случаев

Годы	% несчастных случаев от всех вызовов	% пострадавших к общему числу всех несчастных случаев
2001	14,8	3,9
2002	13,6	3,9
2003	12,6	4,4

В удельном весе от общего числа несчастных случаев травмы от средств городского движения занимают около 4 %.

За 3 года из числа лиц, пострадавших от средств городского движения, на долю мужчин приходится, в среднем, 61,5 %, на долю женщин — 38,5 %.

Наиболее незащищенной и уязвимой категорией пострадавших от средств городского движения оказались пешеходы — 43,7 %, следующее ранговое место заняли пассажиры — 30,7 %, за ними водители — 24,4 %, и на последнем месте стоят прочие — 2,2 % (в эту группу вошли пьяные, лежавшие на улице, дорожные рабочие и т.п.).

Пострадавшие в ДТП по виду транспорта распределились следующим образом (табл. 2).

По характеру повреждений пострадавшие от средств городского движения были распределены на 4 группы. Наибольшее количество пострадавших, в среднем за 3 года, приходится на группу с ушибами и ранениями — 36,7 %. Второе ранговое место заняла группа с вывихами и переломами — 22,6 %. Процент пострадавших, получив-

Таблица 2
Распределение травм по видам причинившего их транспорта (в %)

Вид транспорта	2001	2002	2003	В среднем
Легковые машины	57,1	52,2	53,4	54,2
Мотоциклы	19,0	15,4	19,2	17,9
Грузовые машины	7,0	6,1	6,8	6,6
Поезда	4,0	3,3	3,2	3,5
Велосипеды	3,8	2,1	2,8	2,9
Автобусы	3,1	2,9	2,8	2,9
Трамвай	2,0	10,1	4,2	5,4
Вид не указан	3,1	6,1	5,3	4,8
Прочие	0,9	1,8	2,3	1,7

ших тяжелые сочетанные травмы, составил 21 %.

Группа пострадавших с черепно-мозговыми травмами составила 19,7 %.

В таблице 3 представлено процентное распределение обстоятельств, при которых были получены травмы.

Из таблицы видно, что почти половина людей пострадали во время аварий транспорта — 41,6 %. Обращает на себя внимание довольно значительное число людей получили травмы от средств городского движения, находясь при этом на остановке — 7,2 %.

Из общего количества пострадавших были госпитализированы 78,4 % человек, отказались от предложенной госпитализации, хотя показания для этого были — 8,3 %, оставлены на месте после оказания помощи — 6,1 %. Среди пострадавших в 34,8 % случаев зарегистрировано опьянение. В 7,8 % случаев до приезда СМП наступила смерть.

В подавляющем большинстве погибшие получили травмы от легковых автомобилей — 56,1 %, от грузовых — 22,6 %, от мотоциклов — 19,7 %, от поездов — 2,3 %, от трамваев — 2,0 %, от автобусов — 1,9 %, от велосипедов — 1,8 %, от прочих — 0,9 %.

Таблица 3
Обстоятельства, приведшие к ДТП (в %)

Обстоятельства травмы	2001	2002	2003
Авария транспорта	34,8	53,7	36,3
Переходил через улицу	28,0	20,1	29,4
Упал с мотоцикла, велосипеда	13,5	6,9	16,5
Стоял на остановке	6,2	8,0	7,3
Шел по железнодорожным путям	4,0	3,3	2,6
Выпал из транспорта	2,5	1,2	1,7
Придавило транспортом к стене (предмету)	0,2	1,2	0,6
Придавило грузом	-	0,7	0,6
Обстоятельства не выяснены	10,0	4,0	4,9



Таблица 4
Погибшие в результате травмы (в %)

Вид транспорта	2001	2002	2003
Легковая автомашина	50,0	64,8	53,6
Поезд	28,1	25,8	25,0
Грузовая машина	15,6	6,5	10,7
Мотоцикл	6,3	3,2	10,7
Автобус	3,0	-	-
Трамвай	-	9,7	-

следующее место занимают травмы, полученные от поездов — 26,3 %, за ними — от грузовых машин — 10,9 % (табл. 4).

Наибольшее количество травм, полученных при ДТП (до 45 %), происходили в период времени 17-24 час, т.е. в часы наиболее интенсивных потоков людей и транспорта.

Анализ травматизма по возрасту показывает, что наибольшее число пострадавших — молодые

люди в возрасте 17-30 лет (39 %). Пострадавшие в возрасте 31-45 лет составили 24 %, 46 лет и старше — 23,5 %, на детский травматизм, в среднем за 3 года, приходится 15,7 %.

Известно, что борьба с травматизмом от средств городского движения не может быть эффективной без привлечения общественности и Государственной Инспекции Безопасности Дорожного Движения (ГИБДД).

В этой связи Городская станция скорой медицинской помощи г. Прокопьевска ежегодно доводит до сведения ГИБДД результаты проводимого анализа травм, полученных от средств городского движения, а также взаимодействует со средствами массовой информации и телевидением, куда сообщает отдельные, конкретные случаи, особенно связанные с детьми.

Проведение этих мероприятий, несомненно, должно способствовать более успешной борьбе с травматизмом от средств городского движения.

С.Т. ИГНАТОВ, В.Л. ЖЕЛУДКОВА
МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи,
г. Прокопьевск

ЛИКВИДАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Город Прокопьевск входит в число категорийных. Исходя из количества аварийно-опасных химических веществ (АХОВ), он относится к III-й степени опасности: Гидроузел и станция Прокопьевская опасны при выбросе хлора, в 15 км от района города Тырган располагается тайга, поэтому не исключена возможность лесных пожаров. На территории города имеется большая вероятность дорожно-транспортных происшествий. Опасность пожаров и взрывов исходит от шахт, швейной и табачной фабрик, автобаз, мелькомбината. Город расположен в сейсмически опасной зоне, поэтому неизбежны землетрясения с возможными толчками до 7 баллов по шкале Рихтера. В городе нет крупных рек, поэтому наводнения и паводки не угрожают, однако в районах Зенковских уклонов и Ясной поляны могут быть подтопления. Атмосферу загрязняют шахты, множество мелких котельных, автотранспорт.

Чрезвычайная ситуация (ЧС) — это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материаль-

ные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей.

МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи (МУЗ ГССМП) г. Прокопьевска функционирует в режиме повседневной работы и в режиме ЧС (официально с 1996 г., приказ № 100 с 1999 г.).

С целью выяснения частоты, причин и сферы возникновения ЧС, произошедших в г. Прокопьевске, были проанализированы ЧС за 8 последних лет (табл. 1).

Таблица 1
Динамика поступления ЧС по годам (1996-2003 гг.)

Годы	Количество ЧС		Показатель наглядности (%)
	абс.	‰	
1996	14	0,04	42,4
1997	33	0,1	100
1998	26	0,09	78,8
1999	16	0,06	48,5
2000	23	0,09	69,7
2001	13	0,03	39,4
2002	26	0,1	78,8
2003	27	0,1	81,8

Как видно из таблицы, имеется тенденция увеличения ЧС с 0,04 ‰ в 1996 г. до 0,1 ‰ в 2003 г.



Наибольшее число ЧС были зарегистрированы в 1997 г., за счет резкого увеличения аварий на автодорогах и учета 16 ЧС при наличии 3-х пораженных (в 1997 г. критерии, относящиеся к разряду ЧС, были изменены).

В таблице 2 приведено распределение ЧС по сферам возникновения катастроф.

Таблица 2

Распределение ЧС по сфере возникновения катастроф (за 8 лет)

	Абс.	Показатель частоты (на 1000)	Показатель структуры (%)	Показатель наглядности (%)
Техногенные, в т.ч.:	16,1	0,06	68,8	100,0
- аварии на автодорогах	9,9	0,04	61,5	
- пожары и взрывы	4,1	0,015	25,5	
Природные	0,3	0,001	1,3	1,9
Биолого-социальные	0,8	0,003	3,4	5,0
Социальные	1,3	0,005	5,6	8,1
Прочие	4,9	0,02	20,9	30,4
Население города	269435			

Влияние техногенных ЧС составило 0,06 на 1000 жителей и 68,8 % от всех ЧС. Входящие в их число аварии на автодорогах, пожары и взрывы составили 87,0 %. На 2-м месте по частоте находились прочие ЧС (30,4 %), куда вошли несчастные случаи в быту (66 %), отравления угарным газом (26 %), выбросы метана (6 %), поражения электротоком (2 %). На долю социальных ЧС пришлось 5,6 % случаев.

В таблице 3 представлено количество пораженных и погибших в ЧС (на 1000 населения) в течение последних 8 лет.

Из таблицы видно, что уровень пораженных имел тенденцию к увеличению, с 0,2 % в 1996 г. до 0,5 % в 2003 г. и пик его приходился на 2002 г. — 0,6 % (столкновение трамваев).

В 2003 г. зарегистрировано наибольшее число погибших — 24 человека (0,09 %), за счет резкого увеличения числа пожаров и взрывов (с 2-х до 8 случаев в 2003 г.), явившихся основной причиной гибели пораженных (15 случаев или 63%). Удельный вес погибших от числа пораженных в 2001 году был самым большим и составил 32,7 %.

Среди пораженных преобладали травмы легкой и средней степени тяжести — 84 %, тяжелые и крайне тяжелые поражения составили 16 %. В связи с этим, удельный вес госпитализированных имел тен-

денцию к снижению — с 85 % в 1996 г. до 70 % в 2003 г. В среднем, пораженные (больные) госпитализировались в 76,5 % случаев.

В таблице 4 представлено количество бригад, задействованных в ликвидации ЧС (в т.ч., на 1000 населения).

Из таблицы видно, что имеется тенденция к увеличению числа бригад, задействованных в ликвидации ЧС, с 0,08 ‰ в 1996 году до 0,28‰ в 2003 году. Так, в 2003 г. только на ликвидацию 2-х ЧС из 27 ЧС, произошедших за год (вспышка кишечной инфекции в детском саду № 4 и авария на шахте «Зиминка») были задействованы 36 бригад, т.е., около половины (49 %) от общего числа бригад, работавших при возникновении ЧС (73 бригады). Больше половины пораженных и больных получили врачебную медицинскую помощь.

Выводы:

1. О динамике ЧС судить сложно из-за непредсказуемости ситуаций, но расчет методом наименьших квадратов показал тенденцию их роста.
2. Локальные чрезвычайные ситуации за 8 лет составили 0,6 % (число пораженных — от 1 до 10 человек).

Таблица 3

Число пораженных и погибших в ЧС (на 1000 населения)

Годы	Число пораженных		Число погибших			Население
	абс.	%	абс.	%	% от пораженных	
1996	55	0,2	7	0,03	12,7	278828
1997	120	0,4	18	0,06	15,0	278728
1998	94	0,3	21	0,08	22,3	276300
1999	58	0,2	15	0,06	25,9	272041
2000	91	0,3	22	0,08	24,2	269800
2001	52	0,2	17	0,06	32,7	266337
2002	147	0,6	22	0,08	15,0	262849
2003	122	0,5	24	0,09	19,7	259959

Таблица 4

Бригады, задействованные в ликвидации ЧС (на 1000 населения)

Годы	Всего бригад, в т.ч.		специализированных		врачебных		фельдшерских	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1996	21	0,08	16	76,2	3	14,3	3	14,3
1997	47	0,17	11	23,4	10	21,3	10	21,3
1998	43	0,16	28	65,1	3	7,0	3	7,0
1999	31	0,11	17	54,8	2	6,5	2	6,5
2000	33	0,12	9	27,3	5	15,2	5	15,2
2001	23	0,09	8	34,8	4	17,4	4	17,4
2002	61	0,23	21	34,4	6	9,8	6	9,8
2003	73	0,28	35	47,9	5	6,9	5	6,9

3. Местные чрезвычайные ситуации за 8 лет составили 0,01 ‰ (число пораженных — от 11 до 50 человек), что обусловлено столкновением

трамваев в октябре 2002 года и вспышкой кишечной инфекции в детском саду в январе 2003 года.

Н.П. КРАСНОКУТСКИЙ, С.Д. НИКОНОВИЧ
*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ССМП В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ СИСТЕМЫ «МИСС СМП».

Одной из основных задач службы скорой медицинской помощи (СМП) является оказание медицинской помощи населению на догоспитальном этапе.

Применяемая на Городской клинической станции скорой медицинской помощи (ГКССМП) г. Кемерово с 1998 года «Медицинская специализированная система для управления станцией СМП» («МИСС СМП») дает возможность использовать систему контроля качества оказания скорой медицинской помощи. Она позволяет выделять типы дефектов (диагностика, тактика, лечение), причины, вызвавшие их, последствия от дефектов и этап, на котором произошел дефект (выездная бригада, диспетчер «03», диспетчер-эвакуатор).

На станции СМП применяется трехуровневый контроль оценки качества оказания медицинской помощи населению. Основное количество проверок и оценки качества приходится на первый уровень, проводимый старшими врачами и заведующими подстанциями.

В течение года было проверено 27896 выездных карт (14,9 %) и выявлено 3103 дефектов (11,1 %). Основное число дефектов приходится на выездной мед. персонал (99 % или 3072 вызовов), диспетчера «03» (0,8 % или 26 вызовов) и диспетчера-эвакуатора (0,2 % или 5 вызовов). Около половины всех дефектов приходится на ошибки, допущенные при диагностике заболевания (47,7 % или 1481 случаев). В 33 % случаев (1025 вызовов) зарегистрированы тактические ошибки, в 28 (870 вызовов) — дефекты в лечении.

В 96,8 % случаев дефекты были вызваны следующими причинами:

- необоснованное отклонение от алгоритма и стандарта (25,7 % случаев);
- неполноценность первоначального сбора информации, необходимой для «входа» в алгоритм (38,5 % случаев);
- недостаточное освоение врачом специальных лечебных и диагностических процедур (32,6 % случаев).

На остальные причины приходится 3,2 % случаев, что существенного значения не имеет.

Последствия от полученных дефектов выглядят следующим образом. В 49,3 % случаев имелось искажение или неполнота медицинской информации; в 9,3 % — необоснованное расходование ресурсов; в 2,6 % — неблагоприятная динамика состояния больного, включая отсутствие ожидаемого улучшения, без явной связи с дефектом обслуживания; в 5,7 % — неблагоприятная динамика состояния больного, включая отсутствие ожидаемого улучшения, связанная с дефектом обслуживания. В остальных случаях (33,1 %) дефекты обслуживания к неблагоприятным последствиям не приводили.

Пятилетний опыт работы в условиях «МИСС СМП» дал свои положительные результаты. Общее число дефектов уменьшилось с 11,4 % до 11,1 %. Количество дефектов, связанных с лечением больного, уменьшилось с 35,2 % до 28 %, а число дефектов, связанных с тактикой, — с 34,7 % до 33 %.

Количество дефектов, связанных с дисциплинарными нарушениями, сократилось с 1,6 % до 0,9 % и, что особенно важно, уменьшилось число дефектов, связанных с недостаточным освоением специальных диагностических и лечебных процедур — с 48,2 % до 32,6 %. Это произошло в результате постоянно проводимой работы с мед. персоналом, как в плане разбора дефектов (на ЛКК, у старшего врача и заведующих подстанциями), так и в систематическом обучении мед. работников (тематические конференции, циклы усовершенствования и повышения квалификации).

Изменилась в положительную сторону и структура последствий дефектов. Так, количество случаев, когда неблагоприятная динамика состояния больного была связана с дефектом обслуживания, уменьшилось с 12,2 % до 5,7 %, а не связанная с дефектом — с 4,1 % до 2,6 %.

Необоснованное расходование ресурсов сократилось с 14,4 % до 9,3 %, что особенно важно в условиях роста цен на медикаменты и недоста-



точности технической оснащенности выездных бригад СМП.

Преобладание в структуре последствий дефектов «искажения или неполноты мед. информации» (увеличилось с 31,7 % до 49,3 %), говорит, скорее, о небрежном, а порою и халатном, отношении мед. работника к своим обязанностям, чем о незнании или безграмотности в медицинском понятии.

Американский профессор Р. Ригельман в своей книге «Как избежать врачебных ошибок» отмечает, что «...большинство врачей, больных и даже юристов согласны с тем, что никто не застрахован от врачебных ошибок...». Если врачебных ошибок избежать нельзя, тогда надо «...научиться сводить к минимуму их число и последствия...».

Выводы:

1. Применяемая на станции СМП «МИСС СМП», с ее подсистемой экспертизы качества, оказания скорой мед. помощи, позволила выявить слабые стороны работы станции по качеству оказания мед. помощи населению и наметить комплекс мероприятий по их устранению.
2. Проводимый с помощью специализированной подсистемы анализ и контроль первичной медицинской документации позволил уменьшить число дефектов с 0,20 до 0,16 на 1000 вызовов, сократить число тактических ошибок с 34,7 % до 33 % и, таким образом, снизить процент неблагоприятных последствий при оказании мед. помощи вдвое (с 12,2 % до 5,7 %).

А.Ф. МУРАВЛЕВ

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН ГКССМП Г. КЕМЕРОВО

В феврале 2002 года на Городской станции скорой медицинской помощи в г. Кемерово открыт консультативный телефон 31-00-05. Его открытие связано с тем, что, исходя из опыта работы скорой медицинской помощи, 10 % граждан, вызывающих бригаду СМП, не нуждаются в какой-либо экстренной помощи. Им просто нужно посоветоваться с врачом по некоторым вопросам, связанным с приемом лекарств, выполнением тех или иных лечебных процедур, либо они нуждаются в обслуживании врачом поликлиники, фельдшером медпункта, либо они вообще не нуждаются в медицинской помощи.

Эти обращения отвлекают силы и средства ССМП от оказания скорой медицинской помощи действительно нуждающимся в ней пациентам. Но обратиться с таким вопросом или некуда, или граждане не знают куда, особенно в выходные, праздничные дни, в вечернее или ночное время. Звонить участковым или семейным врачам у нас не принято, да и технически невозможно, регистратуры поликлиник больных не консультируют, стационары тоже. Аптечная справочная «003» дает консультации по телефону только о наличии тех или иных лекарственных препаратов в аптеках города. Нет возможности организовать консультации и по телефону «03», т.к. диспетчерами по приему вызовов работают фельдшеры, прием вызова осуществляется строго по утвержденным алгоритмам, кроме того, продолжительность любой консультации значительно превышает время

приема вызова, что может снизить доступность телефона «03» для приема вызовов.

Учитывая эти обстоятельства, и считая при этом, что профессиональная медицинская консультация для населения необходима, было принято решение о создании выше указанного консультативного телефона.

Основные условия, записанные в Положении о консультативном телефоне:

- на телефоне будут дежурить только врачи с высшей категорией, имеющие стаж практической работы не менее 15 лет;
- основная и единственная обязанность врача-консультанта — консультация;
- во всех случаях, когда, в результате диалога с консультируемым гражданином, у врача возникает подозрение на экстренную ургентную патологию, с согласия обратившегося пациента, записывается вызов на исполнение бригаде СМП;
- врач-консультант не рекламирует лекарственные препараты и аптеки, а так же ЛПУ, их методы лечения, не назначает препараты лечебными курсами, и не обсуждает обоснованность назначений, сделанных лечащим врачом.

Для оптимизации работы консультанта было приобретено и установлено специальное оборудование: персональный компьютер для регистрации обращений со справочными программами, установлена специальная программа «МАГ» для записи телефонных диалогов. Программа фикси-



рует время обращения автоматически, и оно не поддается корректировке, невозможно и удаление отдельно взятого диалога-консультации. Это позволяет проводить контроль качества консультаций, выборочный и в случаях возникновения конфликтных ситуаций.

Нововведение быстро оправдало себя, в течение года число обращений составило от 80 до 100 в сутки. Всего за 2002 год было 17286 обращений, за 2003 год — 30764.

- 2214 обращений (7,2 %) были переданы для выполнения бригадам СП и, как показал анализ этих обращений, все переданные больные нуждались в оказании экстренной медицинской помощи;
- среди возрастных групп наибольшее количество обращений приходилось на возрастную группу 40-50 лет.

По нозологическим группам обращения распределились:

- 9528 обращений (31 %) — заболевания органов дыхания (в основном, грипп, ОРЗ);
- 5461 обращений (17,8%) — заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертония, атеросклероз);
- 2362 обращений (7,7 %) — заболевания органов пищеварения;
- 1951 обращений (6,3%) — психические расстройства и расстройства поведения;
- 1813 обращений (5,9%) — инфекционные болезни;
- 1787 обращений (5,8%) — болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 1646 обращений (5,4%) — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 1478 обращений (4,8%) — травмы;
- 1164 обращений (3,8%) — болезни мочеполовой системы.

На другие нозологические группы (эндокринные заболевания, беременность, врожденные ано-

малии, болезни уха, глаза и его придатков, болезни нервной системы и органов чувств) приходится 11,5 % обращений.

Отмечено закономерное увеличение обращений больных, нуждающихся в обслуживании поликлиникой, в те дни и часы, когда поликлиники не работают. Так, в выходные дни вызывают СП 24 % больных, нуждающихся в обслуживании поликлиникой, в рабочие дни — только 20 %.

В течение суток увеличение обращений данной группы больных отмечается с 6 до 10 часов утра — 25 %. Вместо того, чтобы обратиться в поликлинику или вызвать участкового врача на дом, больные предпочитают обратиться в СП. Данная проблема связана, на наш взгляд, с более доступным и удобным для больного обслуживанием, не нужно сидеть в очереди на прием, помощь прибывает значительно быстрее, лекарства вводят бесплатно.

Исходя из анализа, врачи-консультанты выстраивают алгоритмы рекомендаций. В среднем, одна консультация не превышает 4-5 минут.

Другие разработки по этому телефону не ведутся.

Выводы:

1. Обращаемость населения на консультативный телефон доказывает его необходимость в условиях больших промышленных городов с развитой телефонной сетью.
2. Благодаря организации консультативного телефона, стало возможным сократить количество вызовов бригад СМП, в среднем, на 20 тысяч в год. При себестоимости одного вызова 460 рублей, это дает экономический эффект 629,3 тысяч рублей в год. При этом повышается и оперативность бригад, которые с адреса, от постели больного, также могут консультироваться у врачей-консультантов.

С.Д. НИКОНОВИЧ, В.Г. РЕЗНИЧЕНКО

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И ПОЛИКЛИНИК НА ПРИМЕРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Скорая медицинская помощь является зеркалом участковой службы. Недостатки в организации медицинской помощи на дому увеличивают поток вызовов. Проведение качественного анализа стало возможным только после получения анализа оперативной информации по электронной почте от станции скорой медицинской помощи о вызовах к больным из зоны

обслуживания поликлиник. Для этого использовали автоматизированную систему, основанную на персонифицированном учете населения, прикрепленного к поликлинике, и о поступивших вызовах на скорую помощь. Выработан алгоритм автоматизированного контроля обращаемости на скорую помощь и динамика вызовов, для чего сделаны соответствующие выходные формы.



Имея базу данных на пациентов по медицинским, социальным и экономическим аспектам, у каждого врача появилась возможность получения автоматизированного контроля обращаемости на станцию скорой медицинской помощи за любой промежуток времени, как территориального, так и прикрепленного населения.

Информация о пациенте, который должен появиться в поликлинике, поступает к участковому врачу (паспортная часть, диагноз, дата, социальный статус).

Оперативность представления информации позволяет без потерь отслеживать принцип сохранения преемственности в оказании медицинской помощи на различных этапах, повышать медицинскую и социальную реабилитацию больных. Нами был проведен анализ эффективности преемственности на примере работы кардиологической службы скорой медицинской помощи и поликлиник.

В исследование были включены 59 больных в возрасте 38-84 лет, с диагностированным врачами кардиологических бригад скорой медицинской помощи, на основании характерных клинических симптомов и ЭКГ-признаков, инфарктом миокарда.

Задачей исследования явился анализ лечения инфаркта миокарда, с точки зрения роли и возможностей участкового терапевта и кардиолога в условиях обычной городской поликлиники.

Анализ проводился в трех городских поликлиниках, расположенных в разных районах города Кемерово. Во всех поликлиниках работал кардиолог.

Проанализировано 59 выездных карт кардиологических бригад и 59 амбулаторных карт больных, отказавшихся от госпитализации в стационар по поводу диагностированного инфаркта миокарда за 2000-2003 гг. На основе анализа выездных и амбулаторных карт установлено, что

это были больные, которые по социальным мотивам отказались от госпитализации в больницу, после обращения за медицинской помощью в службу скорой медицинской помощи.

В течение одного года осуществляли клиническое наблюдение и дополнительные методы обследования (по показаниям) в поликлинике.

Итоги наблюдения свидетельствуют о благоприятном течении постинфарктного периода у 24 пациентов (40,6 %) на протяжении одного года; приступы стенокардии и признаки сердечной недостаточности не превышали 2 ФК, не было повторных инфарктов миокарда и госпитализаций по поводу обострений ишемической болезни сердца.

Из исследования по различным причинам были 7 пациентов (11,9 %). Госпитализированы с рецидивирующим инфарктом миокарда три человека (5,1 %). У 15 больных (25,4 %) возникли нарушения сердечного ритма, с преобладанием пароксизма мерцательной аритмии, требовавшие дополнительной терапии. Умерли 10 пациентов (16,9 %), от осложнений повторных инфарктов миокарда.

Таким образом, у большей части больных с инфарктом миокарда, лечившихся только в амбулаторных условиях под наблюдением кардиолога, течение постинфарктного периода было благоприятным, а лечение адекватным, что может свидетельствовать о позитивных, оптимистических тенденциях и подходах к реабилитации таких больных. Для определенной категории пациентов с диагнозом инфаркт миокарда допустимо лечение на дому.

Таким образом, анализ медикаментозного лечения по данным амбулаторных карт подтвердил имеющиеся в литературе сведения об адекватности лечения инфаркта миокарда в условиях поликлиники, при условии правильной организации передачи информации обо всех больных, отказавшихся от госпитализации.

В.Э. НОВИКОВ, В.А. ГОРДЕЕВ

*Областная клиническая психиатрическая больница,
г. Кемерово*

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПРИ ВЕДЕНИИ ПЕРЕПИСКИ, ОФОРМЛЕНИИ ОТВЕТОВ НА ЗАПРОСЫ И ДРУГИХ ФОРМАХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

Право на частную жизнь является одним из правовых элементов демократического государства. Оно означает гарантированную возможность контролировать информацию о себе, препятствовать разглашению сведений личного, интимного характера. Пред-

метом личной и семейной тайны являются биографические сведения; сведения о состоянии здоровья, философских, религиозных, политических взглядах и убеждениях, имущественном положении, профессиональных занятиях, об отношениях в семье и т.д.



Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. (ст. 12) провозглашает, что никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь. Каждый человек имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств.

Эти же ключевые моменты нашли свое отражение в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г. (ст. 8), определяющей право каждого на уважение его личной и семейной жизни.

Конституционное право на неприкосновенность частной жизни гарантируется законодательными нормами РФ, относящимися к различным отраслям права (конституционному, гражданскому, административному, уголовно-процессуальному, гражданско-процессуальному, исправительно-трудовому, уголовному и т.д.).

К профессиональным тайнам (т.е. сведениям, доверенным представителям определенных профессий для защиты прав и законных интересов граждан), обеспечивающим неприкосновенность частной жизни, помимо других, относится медицинская тайна.

Права граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых при этом сведений законодательно закреплены Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, принятыми Верховным Советом РФ 22 июля 1993 года № 5488-1 (далее — Основы), Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями от 21 июля 1998 г., 25 июля 2002 г.).

В соответствии со статьей 30 «Права пациента» Основ, пациент имеет право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (пункты 6 и 9 статьи 30).

Информация о том, кому могут предоставляться сведения о состоянии здоровья (факте обращения за медицинской помощью, пребывании пациента в медицинском учреждении в настоящее время, диагнозе) и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, должна со слов пациента заноситься в его медицинскую документацию и им подписываться. Соответственно, в отношении амбулаторного пациента эта информация должна быть отражена в медицинской карте амбулаторного больного, в отношении больного в стационаре — в медицинской карте стационарного больного.

Аналогичная информация должна заноситься в соответствующие медицинские карты пациентов, не достигших возраста 15 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, и быть подписана их законными представителями.

В последующем лечащий (или дежурный) врач, другие должностные лица лечебно-профилактического учреждения, сотрудники справочного бюро и других подразделений медицинского учреждения должны учитывать данную информацию при общении с третьими лицами, а также при ответах на письменные и устные обращения юридических и физических лиц по вопросам, касающимся данного пациента.

На сохранение конфиденциальности информации о состоянии здоровья направлены Постановление Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. № 25 и Приказ Минздравмедпрома РФ от 17 мая 1995 года № 128 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов», где, в целях соблюдения статьи 23 Конституции РФ, статей 30 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и статей 8 и 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», руководителям органов здравоохранения, лечебно-профилактических, учебных и научно-исследовательских учреждений, организаций предписано, по согласованию с пациентами или их законными представителями, при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов, использовать специальные печати или штампы учреждения, организации, без указания его профиля.

Введение обязательного и добровольного медицинского страхования граждан расширило круг лиц, которые, в силу выполнения своей профессиональной деятельности, сталкиваются со сведениями, составляющими врачебную тайну. Такое положение определяет необходимость соответствующей регламентации деятельности организаций медицинского страхования для обеспечения упомянутого права граждан и соблюдения конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну. Для реализации этих задач Федеральным фондом ОМС изданы Приказ от 25 марта 1998 г. № 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну» и Методические рекомендации «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г.), которые могут быть исполь-



зованы не только в системе ОМС, но и приняты за основу страховыми организациями, работающими по добровольному медицинскому страхованию.

Право граждан на конфиденциальность передаваемых ими сведений при обращении и получении медицинской помощи порождает ответственность медицинских работников и иных лиц за ее разглашение. Так, частью 5 статьи 61 Основ определено, что лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками, с учетом причиненного гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ.

Существующие на уровне законодательства основы, обеспечивающие соблюдение врачебной тайны, требуют более четкого прописывания порядка их исполнения в подзаконных актах. Так, до настоящего времени отсутствует механизм, обеспечивающий соблюдение врачебной тайны при оформлении документов, определяющих годность к военной службе по состоянию здоровья. Особенно неприемлемой является ситуация внесения в военный билет статьи расписания болезней, по которой увольнялся военнослужащий со службы. Соответствие статьи определенному диагнозу ни для кого секретом не является и, таким образом, конфиденциальная информация становится общедоступной, что ведет к нарушению прав гражданина. Так, в ситуации трудоустройства кадровая служба, на основании имеющейся в военном билете статьи, в частности «психиатрической», отказывает в трудоустройстве.

Конституция РФ в ст. 24, защищая права человека и гражданина, запрещает сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия. Под согласием в данном случае подразумевается получение утвердительного ответа, в том числе о форме представления запрашиваемой информации от гражданина, о частной жизни которого идет речь, на просьбу лица или органа, предполагающего работать с соответствующей информацией. Ссылки на то, что от гражданина не поступало возражений, здесь недостаточно: должно быть зафиксировано именно волеизъявление. При несовершеннолетии лица, о частной жизни которого идет речь, иных случаях недееспособности или неполной дееспособности, требуется согласие законного представителя.

В то же время, существует ряд оснований, предусмотренных статьей 61 Основ, когда информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, в соответствии со статьей 31

Основ, может предоставляться без согласия гражданина:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда, в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Часто учреждения здравоохранения сталкиваются с запросами, направляемыми правоохранительными или иными органами. Сами по себе эти запросы не подразумевают согласие гражданина на сообщение сведений о его здоровье. Возвратимся к ст. 61 Основ, где оговорены не только те учреждения и должностные лица — органы дознания и следствия, прокуратуры и суда, имеющие право запрашивать такую информацию, — но и сформулировано обязательное условие, при наличии которого они вправе это делать — в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

Лишь расследование или судебное разбирательство позволяет собирать информацию о состоянии здоровья. На это указывает часть 1 статьи 24 Конституции, устанавливающая общее правило, которое действует в границах пользования правами и свободами, установленными в части 3 статьи 55 Конституции. Так, не требуется согласия лица на сбор, хранение, использование и распространение сведений о нем при проведении следствия, дознания, оперативно-розыскных мероприятий.

Одной из гарантий неприкосновенности частной жизни является ее уголовно-правовая защита, которая предусмотрена ст. 137 УК. В прежнем УК РСФСР 1960 г. такой статьи не было, как не было и упомянутых гарантий в Конституциях РСФСР и СССР. Статья 137 определяет признаки незаконности сбора сведений о частной жизни граждан, влекущие за собой уголовную ответственность.

Незаконность определяется:

- во-первых, отсутствием согласия со стороны потерпевшего (о чем прямо говорится в диспозиции статьи);
- во-вторых, совершение их лицом, не уполномоченным на собирание конфиденциальных сведений в данной ситуации. При этом не имеет значения, как собирается информация:



тайно, под благовидным предлогом или даже открыто путем ознакомления с документами в учреждениях и других местах, путем бесед с родственниками, соседями, сослуживцами потерпевшего, его лечащими врачами или из других источников.

Поступающий запрос, прежде всего, должен быть оценен работником канцелярии или общего отдела (в зависимости от того, в какую службу поступают запросы) на соответствие его необходимым требованиям:

- требования к содержанию запроса (относится ли запрашиваемая информация к сфере деятельности учреждения);
- обоснованности запроса (имеет ли право орган или лицо в данной ситуации на получение информации);
- в запросе имеются необходимые реквизиты и регистрационный номер, что подтверждает официальный порядок направления запроса.

Периодически, даже при внешне правильно оформленных запросах (особенно в случае, если запрашиваемые сведения касаются врачебной тайны), зав. канцелярией следует сверять реквизиты поступивших запросов в соответствующих отделах учреждений, чьи реквизиты стоят на запросе, для того чтобы удостовериться, действительно ли медицинское учреждение имеет дело с официальной перепиской.

При ответе на запросы сведения должны быть конкретны, строиться исключительно на отраженных в медицинской документации фактах, исключать предположения и умозаключения. Оценки и выводы об описанных в медицинской документации клинических феноменах в связи производством по делу (уголовному, гражданскому) — компетенция судебных экспертов, о чем также должно быть указано в ответе на запрос.

Нецелесообразно отражать в ответе информацию, о которой не был поставлен вопрос, а также отражать информацию о третьих лицах, если она получена исключительно со слов пациента.

Вне зависимости от содержания запроса ответ, должен быть составлен в уважительном, благожелательном тоне и носить сугубо деловой характер.

Ответ оформляется на официальном бланке учреждения, с отметкой исходящего номера и даты документа запрашивающего сведения, а также исходящего номера и даты самого ответа. Документ подписывается первым руководителем или его заместителем по медицинской части, в нижнем левом углу документа делается отметка об исполнителе, непосредственно составлявшем документ. Перед отправкой документ регистрируется в канцелярии, там же должна храниться копия исходящего документа.

В.Э. НОВИКОВ, В.А. ГОРДЕЕВ
*Областная клиническая психиатрическая больница,
г. Кемерово*

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

Одним из новых направлений оптимизации деятельности психиатрической службы в условиях реализации государственного заказа является введение понятия медицинского стандарта.

В области оказания психиатрической помощи стандартизация связана с обеспечением качества, повышением уровня диагностики и лечения. При этом она отвечает интересам не только потребителей психиатрической помощи — пациентов и их родственников, — но и позволяет врачам критически оценить свои действия и их соответствие требованиям современной науки. Качество в данном случае определяется, как соответствие оказываемой услуги разработанному стандарту.

Стандарты качества оказания психиатрической помощи, несомненно, должны охватывать все аспекты оказания помощи:

- материальные ресурсы (структурное качество);

- адекватность диагностических процедур и терапевтического вмешательства (качество процесса);

- соответствие цели лечения полученному результату (качество результата).

Использование стандартов позволяет повысить экономическую эффективность и объективизировать оценки деятельности психиатрической службы.

Стандартизация диагностики и лечения в психиатрии является наиболее сложным элементом, в связи с чем она, несомненно, сопровождается вынужденными упрощениями. Поэтому важно отметить, что введение стандартов ни в коем случае не должно превращать науку врачевания в бухгалтерскую отчетность.

К настоящему времени имеются несколько моделей стандартов оценки психиатрической помощи.

Одной из наиболее ранних моделей создания психиатрических стандартов оказания помощи



является близкая и знакомая нам система КСГ — клинико-статистических групп. Основной принцип их построения состоит в перечне терапевтических и диагностических процедур, соответствующий коду нозологии по МКБ-10 (объем мероприятий), выполнение которого оценивается в процентах от 0 до 100. С набором мероприятий соотносится оценка качества, предполагающая:

- полное выздоровление — 100 %,
- неполное выздоровление — 75 %,
- без ухудшения — 50 %,
- нет эффекта — 25 %,
- ухудшение — 0 %.

В зависимости от нозологии, эти оценки более детализированы и отражают конкретные прогностические признаки.

Следующей моделью психиатрических стандартов являются утвержденные приказом МЗ РФ № 311 от 06.08.99 г. «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств».

Структурной основой моделей является МКБ-10. При этом каждому нозологическому коду соответствует набор:

- условий лечения,
- перечней необходимых исследований,
- принципов терапии,
- длительности лечения,
- ожидаемых результатов лечения.

В последующем стандарты оказания психиатрической помощи дополнены отраслевым стандартом «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав», утвержденным приказом МЗ РФ № 269 от 16.07.2001 г.

Состав сложных и комплексных медицинских услуг сформирован таким образом, чтобы обеспечить объем и качество медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. Однако предусматривается предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи. Это является причиной разделения перечня на две категории: услуги обязательного и дополнительного ассортимента.

Система является открытой, и ее элементы поддаются дополнению и корректировке в условиях быстро развивающихся медицинских технологий и методов диагностики и лечения. Основными ее целями являются:

- обеспечение структурирования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, включая протоколы ведения больных, методики выполнения сложных и комплексных медицинских услуг, табель оснащения медицинских учреждений;
- актуализация методик расчетов тарифов на медицинские услуги;
- разработка критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей меди-

цинских учреждений и доступности медицинской помощи.

Однако, к сожалению, во всем отраслевом стандарте психиатрическая помощь, как набор комплексных и сложных услуг, представлена лишь разделами «прием психиатра первичный», «прием психиатра повторный», «прием психотерапевта первичный», «прием психотерапевта повторный».

Следующая модель стандартизации психиатрической помощи — создание многоуровневой модели оказания психиатрической помощи. В 2001 г. созданы «Алгоритмы медицинских технологий — Психиатрия», как составная часть общего пакета алгоритмов, разработанных ДОЗН КО, КГМА, Новокузнецким ГИДУВ, Институтом социально-экономических проблем здравоохранения.

Выделены этапы оказания помощи:

- диспансерный этап,
- дневные стационары,
- стационар (отделение) краткосрочного пребывания (коррекции неотложных состояний),
- стационар (отделение) интенсивного лечения,
- стационар (отделение) долечивания с круглосуточным пребыванием,
- стационар на дому,
- стационары (отделения) для медико-социальной помощи.

Главным требованием многоуровневой системы оказания медицинской помощи является соблюдение условий предоставления медицинских услуг:

- показания для пребывания на этапе;
 - технологии оказания медицинской помощи;
 - достижение критериев завершенности этапа;
 - определение дальнейшего маршрута пациента.
- Распределение финансовых потоков при многоуровневой системе построено таким образом, что наибольшие финансовые затраты должны направляться на высокочрезвычайные этапы (ВЗ): краткосрочного пребывания (купирования неотложных состояний), отделение интенсивного лечения. Значительно меньших затрат требуют (СЗ — среднетратные): этап долечивания с круглосуточным пребыванием, дневной стационар. И наименее финансовоемкие (НЗ — низкотратные): стационар на дому, амбулаторное лечение.

Учитывая изложенную диспозицию, следует говорить о:

- завершенных реабилитационных маршрутах (использованы все технологии ВЗ, СЗ, НЗ);
- незавершенных реабилитационных маршрутах (маршруты, в которых выпадают один или более этапов).

Понятно, что незавершенные маршруты более затратны, т.к. весь период времени до дости-



жения терапевтического эффекта, когда пациент может быть принят на следующий этап, он проводит на уровне высокочастотного этапа.

В психиатрии важную роль играет структурная организация службы. Как уже указывалось, структурное качество является базой для достижения как качества процесса, так и качества результата. Как вариант оценки структурного качества, мы предлагаем индекс СК (структурного качества):

$$СК = В \times О / К \times 9, \text{ где}$$

В — количество мест во внебольничных звеньях,
О — реальная обеспеченность на территории койками на 10000 населения,

К — фактическое количество коек,

9 — принятое за нормативное количество коек на 10000 населения.

Индекс СК сочетает в себе оценку обеспеченности территории психиатрическими койками и соотношение этого показателя с местами в амбулаторных звеньях (дневной стационар, лечебно-производственные мастерские, стационар на дому). Он показывает не только экономическую эффективность организации психиатрической службы, но и ее реабилитационную активность.

Проведенный анализ организационной эффективности служб показал, что интерпретация показателей индекса СК выглядит следующим образом:

- 1,0 и более — чрезмерно высокий показатель, превышающий среднюю потребность;
- 0,7-1,0 — оптимальное развитие структуры психиатрической службы;

- 0,3-0,7 — недостаточное развитие структуры психиатрической службы;

- менее 0,3 — неудовлетворительное развитие психиатрической службы.

На наш взгляд, наиболее рациональным является использование соответствующих моделей стандартизации последовательно, на различных уровнях:

- внутриучрежденческий стандарт,
- учрежденческий стандарт,
- территориальный стандарт.

Именно такая последовательность позволяет определить уровень финансирования и материального обеспечения психиатрической службы. Определив стандартные объемы, исходя из нозологической принадлежности состояния, его прогноза и особенностей течения, следует определить виды помощи, гарантированные бюджетом (острые состояния, требующие неотложной госпитализации, принудительное лечение, экспериментальные исследования), финансируемые из Фонда ОМС (сопутствующие соматические заболевания, обеспечение психиатрического поста в соматических больницах, соматопсихические расстройства) и осуществляемые по программам ДМС. Территориальный стандарт, помимо прочего, связан с индексом СК и показывает уровень развития психиатрической службы, как одну из составляющих уровня социального развития территории. Чем ниже СК, тем выше должно быть финансирование для достижения благополучного уровня социального развития территории.

И.А. ПЕТРОВА, Н.Т. КИТАНОВА

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПРОБЛЕМАМИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Для решения проблемы устойчивого финансового обеспечения деятельности системы здравоохранения и ее развития, в ближайшие годы необходимо экономически эффективно использовать все имеющиеся ресурсы, особенно человеческие. Трудовые ресурсы — важная составляющая часть здравоохранения. Несмотря на революционное развитие современной техники и технологий, здравоохранение остается сектором, где людские ресурсы едва ли

не основные. Более того, здравоохранение представляет собой рынок труда не только для высокообразованных профессионалов, но и для людей нередко даже без специального образования. Разумный подход к человеческим ресурсам, соответствующая их организация и целенаправленное применение могут обеспечить ощутимый социально-экономический результат.

Важно отметить, что общественная эффективность деятельности любого лечебного уч-



реждения, в том числе и станции скорой помощи, оценивается не по величине полученной прибыли, а, прежде всего, по степени социальной защищенности пациента, доступности медицинской помощи. Оценивая деятельность медицинского учреждения с точки зрения этого аспекта, невозможно обойти вниманием такой важный многоуровневый показатель, как качество оказываемых медицинских услуг. Большое значение при этом, несомненно, следует отдать квалификационному уровню медицинского персонала учреждений здравоохранения.

Проведенный анализ данных статистики за период с 1999 года по 2003 год показал, что, несмотря на уменьшение удельного веса врачей в общей численности работающего на станции персонала со 184 человек в 1999 году (24,2 % от общего количества) до 168 человек в 2003 году (20,4 %), квалификация врачей значительно повысилась, и можно с уверенностью говорить о неуклонном росте уровня качества оказываемых услуг медицинским персоналом станции скорой помощи. Общее число врачей, имеющих квалификационную категорию, выросло с 71 человека в 1999 году (38,6 % от общего количества) до 107 человек в 2003 году (63,7 % от общего количества). При этом удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, вырос с 9,8 % до 20,8 %.

Та же положительная тенденция наблюдается и в отношении среднего медицинского персонала. Общее количество фельдшеров, имеющих квалификационную категорию, выросло со 115 человек (41,5 % от общего количества средних медработников) до 147 человек (46,8 % от общей численности фельдшеров). Хотя и нельзя говорить о значительном изменении структуры среднего медицинского персонала в части отнесения к той или иной квалификационной категории, тем не менее, наблюдается повышение уровня квалифицированных кадров среди работников скорой помощи, касается ли это первой, второй или высшей квалификационных категорий.

Кроме того, хочется отметить, что из года в год растет численность средних медицинских работников в общей численности списочного состава станции скорой помощи. Если в 1999 году на станции работали 277 фельдшеров и медицинских сестер (36,4 % от общей численности работающих), то в 2003 году численность средних медработников увеличилась до 314 человек (38,1 %). Указанная направленность в развитии структуры работающих сложилась не случайно, а является результатом систематизации и анализа данных работы станции за несколько последних лет.

Поиск новых эффективных ресурсосберегающих технологий позволил внедрить в действие

систему, так называемых, фельдшерских бригад. Функции, выполняемые фельдшерскими бригадами, идентичны тем, что выполняют врачебные общепрофильные бригады скорой помощи, но, в отличие от последних, в составе фельдшерской бригады находятся два фельдшера, либо один фельдшер и одна медсестра. Внедрение фельдшерских бригад позволило добиться значительной экономии фонда оплаты труда. В настоящее время размер месячной экономии на одну бригаду составляет порядка 1300 рублей. Высвобождение средств позволяет маневрировать в потоках денежных средств в пределах утвержденной сметы, дает возможность эффективнее применять методы стимулирования труда.

Ввиду специфики работы станции скорой помощи, когда отсутствуют полные данные о пациенте, не ведется динамика его состояния до и после оказанной персоналом станции скорой помощи медицинской помощи, имеются свои, также достаточно специфичные, показатели уровня качества услуг. Одним из основных показателей, характеризующим маневренность бригад скорой помощи, а значит, в конечном итоге, и результат выезда на вызов, является время ожидания. Рассматривая этот показатель в динамике, можно увидеть, что среднее время ожидания бригады скорой помощи с момента поступления вызова диспетчеру до прибытия бригады скорой помощи на адрес, в 2001 году составляло 22,4 мин., к концу 2003 года оно сократилось до 21,9 мин. Говоря сухим языком статистики, за указанный период мы добились снижения времени ожидания на 2,2 %; в пересчете же на конкретную помощь конкретным людям просчитать процент избавления людей от боли и несчастья невозможно.

Другим немаловажным показателем качества работы медицинского персонала является процент расхождения диагнозов, выставляемых врачами скорой помощи и медперсоналом стационара, в который госпитализируется больной. В 1999 году этот показатель равнялся 1,4 %, в 2003 году — 0,9 %. Наблюдается значительное снижение процента отказа от госпитализации из-за отсутствия показаний — с 3,6 % в 1999 году до 1 % в 2003 году.

В экономике здравоохранения рассматриваются особенности товара, поставляемого здравоохранением на медицинский рынок, и изучается вопрос о том, что же все-таки является товаром на медицинском рынке: собственно здоровье, медицинская услуга или риски в связи с болезнью? Разные взгляды на особенности товара ведут к разным моделям медицинского рынка и анализа его эффективности. Проблема оценки качества связана не только с медицинской услугой, но и с обстоятельствами ее приобретения.



В числе услуг, оказываемых станцией скорой помощи, отдельно хочется отметить организованную в феврале 2002 года службу неотложной консультативной медицинской помощи, которая предназначена для консультативной помощи по телефонным обращениям населения г. Кемерово по вопросам, касающимся лечения неотложных состояний, предотвращения нежелательных последствий бесконтрольного приема лекарств и в других случаях, когда врач-консультант может дать рекомендации больному или его родственникам без необходимости осмотра больного. В случае, если врач-консультант считает невозможным проконсультировать больного без его осмотра, он передает вызов на исполнение бригады скорой помощи. В отдельных случаях врач-консультант передает сведения об одиноких хронических больных в территориальные отделы социальной защиты.

В 2002 году за консультацией по телефону обратились 17286 человек, из них 7,5 % были переданы на обслуживание бригад скорой помощи. В 2003 году количество консультаций возросло до 30764, из них передано на скорую 7,2 %.

Помимо реальной помощи реальным людям, введение в действие кабинета неотложной консультативной помощи следует расценивать как один из вариантов внедрения ресурсосберегающих технологий. В 2003 году экономия затрат, достигнутая путем сокращения количества выездов бригад скорой медицинской помощи на вызовы через консультативную помощь по телефону составила 629,3 тысяч рублей. К концу 2004 года планируемое высвобождение финансовых потоков в затратном механизме работы станции скорой помощи, благодаря работе консультативного телефона, составит 836,9 тысяч рублей.

Кроме этого, в 2002 году была разработана и введена в действие автоматизированная система, основанная на персонифицированном учете населения, посредством которой оперативная информация о выполненных вызовах станции скорой помощи к больным из зоны обслуживания по-

ликлиник доводится до сведения соответствующих ЛПУ. Данная система позволяет провести анализ обращаемости населения, прикрепленного к поликлинике, на станцию скорой помощи, оптимизировать деятельность участковых врачей, которые могут взять на контроль и своевременно проводить обследование хронических больных, что могло бы снизить количество вызовов станции скорой помощи, и, следовательно, сократить финансовые затраты и улучшить качество оказываемой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

В настоящее время контроль за качеством медицинской помощи становится одним из ведущих элементов системы совершенствования медицинского обеспечения населения и повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Это тем более важно в условиях ограниченных ресурсных возможностей, характерных для современного этапа деятельности медицинских учреждений. В современных условиях развития медицинских технологий оказание качественной медицинской помощи становится все более и более дорогостоящим. Между тем, существующий бюджет не позволяет в полном объеме профинансировать эти расходы. Поэтому для оказания качественной медицинской помощи необходим поиск других источников и резервов финансирования. В любом случае, минимизация затрат не должна ставиться во главу угла при определении в медицине соотношения «затраты — эффективность».

Получение полной информации о медицинской деятельности, ее измерение и оценка, в результате действия многочисленных и трудно учитываемых факторов, объективных и субъективных, является необходимой предпосылкой для проведения анализа и осуществления контроля качества оказываемых медицинских услуг. Контроль рассматривается как один из элементов «политики качества», которую необходимо формировать и реализовывать в каждом медицинском учреждении.

О.В. ПОСТНИКОВА, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН, С.Д. НИКОНОВИЧ

*Кемеровский областной медицинский колледж,
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БРИГАДАМИ СМП

Современные требования к качеству оказания медицинской помощи населению неуклонно возрастают с каждым днем. Соответственно, остро встал вопрос об удовлет-

воренности трудом медработников. Удовлетворенность трудом зависит:

- от удовлетворенности медперсонала своей профессиональной жизнью и условиями труда,



- от удовлетворенности пациентов своим здоровьем и возможностями для профилактики и лечения заболеваний.

Для оценки степени удовлетворенности качеством работы персонала Городской клинической станции скорой медицинской помощи (ГКССМП) был проведен опрос пациентов, обследовавшихся и получавших лечение в приемном покое ГКБ № 3, доставленных на госпитализацию бригадами СМП.

Пациентам была предложена анкета, которая включала в себя утверждения, определяющие узкие аспекты удовлетворенности качеством обслуживания скорой помощи. В исследовании принимали участие 60 человек в возрасте от 22 до 74 лет.

В таблице 1 представлен анализ степени удовлетворенности различными сторонами профессионального взаимодействия пациента и медработника.

Таблица 1
Удовлетворенность профессиональными аспектами взаимодействия пациента и медработника (в %)

Критерии	Да	Скорее да, чем нет	Трудно ответить	Скорее нет, чем да	Нет
Удовлетворены в целом	50	30	5	10	5
Временем ожидания бригады	50	15	10	20	5
Информацией о манипуляциях, исследованиях	35	20	25	10	5
Информацией о лекарствах	50	10	15	15	5
Профессиональными знаниями	45	25	20	10	0
Профессиональными умениями, навыками	70	15	5	10	0

В ходе исследования выявлено, что большая часть пациентов в целом удовлетворена качеством работы персонала СМП (70 %).

подавляющее большинство пациентов удовлетворены профессиональными знаниями (70 %) и умениями (85 %) медработников. Это говорит о достаточно хорошей теоретической базе и о высоком профессионализме персонала.

Наряду с этим, существуют аспекты взаимодействия, неудовлетворенность которыми наблюдается у части пациентов. В частности, пациенты не удовлетворены объемом информации о предстоящих исследованиях, манипуляциях (15 %), о лекарственных препаратах, назначенных врачом (20 %), о рекомендациях по поводу изменения поведения в связи с имеющимся заболеванием (15 %). Это легко объясняется спецификой работы бригад СМП. В условиях дефицита времени

персонал не может в полном объеме дать объяснения о том, что предстоит делать и для чего, а затем уже выполнять манипуляции. Тем более что эффективность оказываемой помощи напрямую зависит от скорости и слаженности ее выполнения. Большое количество вызовов сокращает время общения с больными, их родственниками и коллегами.

Невнимательность персонала, которая встречается в отдельных случаях, объясняется субъективными причинами: высоким психо-эмоциональным напряжением, сложной экономической обстановкой, экстремальными условиями труда, наличием вредностей, низкой заработной платой, недостатком социальных льгот и прочими факторами, которые влияют на отношение к профессиональной деятельности и пациентам.

Четверть пациентов (25 %) не удовлетворены временем ожидания доезда бригады до них. Это объясняется недостаточной информированностью населения о том, что машина СМП участвует в сложной дорожной ситуации и, так же как и остальной транспорт, перемещается по городу, соблюдая правила дорожного движения. Кроме того, поступающие вызовы ранжируются по категории срочности, и в первую очередь выполняются вызовы при состояниях, угрожающих жизни. Например, в г. Кемерово, с населением 567 тыс. чел., круглосуточно работают 45 выездных бригад, среднее время ожидания

бригады при экстренных вызовах составляет 11,2 минут. Норматив Минздрава РФ — 15 минут.

Немаловажное влияние на удовлетворенность оказывает психологический аспект взаимодействия пациента и медработника, который также был исследован (табл. 2).

Отмечено удовлетворение пациентов умением медработника устанавливать контакт с больными и их родственниками, а также отмечена доброжелательность и вежливость (60 %). Это очень

Таблица 2
Удовлетворенность психологическими аспектами взаимодействия пациента и медработника (в %)

Критерии	Да	Скорее да, чем нет	Трудно ответить	Скорее нет, чем да	Нет
Вежливость, доброжелательность	50	10	20	20	0
Психологическая поддержка	50	20	15	15	0
Взаимопонимание	60	25	15	0	0
Внешний вид	45	30	20	0	5
Личные качества	75	10	10	5	0
Выдержка	65	25	0	5	5



отрадно, т.к. несмотря на большие нагрузки и низкий уровень эмоционального реагирования, медработники еще способны сопереживать, сострадать пациентам.

Достаточно высоко оценены пациентами такие качества как выдержка (90 %), личные качества (85 %), внешний вид (75 %). Все это влияет на формирование привлекательности, доверия, степени откровенности и открытости между медработником и пациентом, которые, в связи со строгим регламентом времени, нужно вызвать в максимально короткие сроки.

Есть небольшой процент (5 %) пациентов, которые не удовлетворены внешним видом медработников. Эти люди хотят видеть традиционный «белый халат», но современная униформа функционально удобна и аккуратна, а так же по достоинству оценена пациентами в 75 % случаев.

Также было исследовано отношение пациентов к собственному здоровью (табл. 3). От этого зависит негативное или позитивное отношение к себе и окружающим.

Таблица 3
Отношение пациентов к собственному здоровью (в %)

Критерии	Да	Скорее да, чем нет	Трудно ответить	Скорее нет, чем да	Нет
Регулярное обращение на ССМП	25	5	0	15	55
Регулярное обращение в поликлинику	30	10	0	25	35
Регулярный прием лек. средств	25	20	5	20	30
Диспансеризация	20	15	0	10	55
Соблюдение режима, диеты	10	5	0	20	65
Плановое стационарное лечение	20	15	5	25	40

Как видно из таблицы, больше половины пациентов (60 %) не посещают поликлинику регулярно, не выполняют назначения участкового врача в части приема лекарственных препаратов (50 %), диеты, режима труда и отдыха (85 %), не занимаются плановым лечением (65 %). Невнимание к своему здоровью, нежелание или невозможность лечиться в связи с низким благосостоянием, приводят к возникновению запущенных форм заболеваний, утяжелению состояния, раз-

витию осложнений и др. Выше указанные факторы приводят к увеличению нагрузки на бригады СМП.

Отчетливо прослеживается тенденция — люди, высказывающие неудовлетворенность качеством обслуживания медработников, по большей части не занимаются плановым лечением, не посещают поликлинику и не следуют указаниям участкового врача, а обращаются в службу «03», имея тяжелые формы течения заболевания. Важную роль играет личностная реакция на болезнь — нежелание признать себя больным или преуменьшение тяжести заболевания, сопровождаемое агрессивными реакциями и переносом негативного отношения на медицинского работника. Вследствие чего происходит отказ от посещения медицинских учреждений и лечения, или нерегулярное лечение, не дающее должного эффекта.

Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи персоналом СМП может достичь оптимального уровня при наличии стремления персонала СМП помочь, применяя свои профес-

сиональные знания и умения, свою способность к эмпатии, милосердие, тактичность, и готовности пациента принять заботу, мобилизовать свои защитные силы и желание выполнять рекомендации по лечению.

Для сохранения здоровья населения нужна эффективная преемственность между СМП и поликлинической службой. С 2002 г.

в городе организована система оперативной передачи базы данных о вызовах бригад СМП в поликлиники, с использованием электронной почты. Это позволяет поликлинической службе активно работать с хроническими больными, усилить меры профилактики и повысить роль стационар-замещающих технологий. Но главным остается наличие человеческого фактора — личной заинтересованности человека в сохранении своего здоровья.

В.А. ПОТЕРИНА

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ТЕХНОЛОГИЙ НА ССМП

В основе современной организации службы догоспитального этапа лежат базисные принципы: мобильность, максимальное

приближение помощи к больному и эффективность лечебных воздействий при ургентной патологии.



Городская клиническая станция скорой медицинской помощи г. Кемерово — крупное лечебное учреждение, предназначенное оказывать экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе жителям г. Кемерово и Кемеровского района численностью 565 тысяч жителей, с числом выполняемых вызовов в год, в среднем, 187-188 тысяч. Средний радиус обслуживания в черте города составляет 15-20 км, в сельском районе — до 45 км. Вызовы обслуживаются 45 бригадами, из них: линейных врачебных — 16, фельдшерских — 8, педиатрических — 6, специализированных — 13, в т.ч.: БИТ-кардиологических — 7, психиатрических — 2, реанимационных — 4. Обеспеченность бригадами на 10 тыс. населения равна 0,76.

Город разделен для обслуживания бригадами скорой помощи ЕМП на три сектора. Подстанций СП, соответственно, также три, и они включают в себя 5 постов:

1. Главная подстанция, включает в себя Южный пост, работают 22 бригады СМП.
2. Правобережная подстанция, включает в себя Кедровский, Промышленновский и Кировский посты, работают 12 бригад СМП.
3. Центральная подстанция, включает в себя Ягуновский пост, работают 11 бригад СМП.

Своевременность оказания медицинской помощи обеспечивается оперативным отделом станции, структура которого определяется следующим образом:

1. Главная подстанция:
 - отдел «03» (прием вызовов, 4 рабочих места диспетчера, около 520 вызовов в сутки);
 - отдел направления (распределение и передача вызовов на подстанции, управление ресурсами, одно рабочее место);
 - отдел эвакуации (оперативное управление работой бригад в режиме реального времени, формирование первичной базы данных за отработанную смену, 2 рабочих места);
2. Центральная подстанция:
 - отдел эвакуации, 2 рабочих места.
3. Правобережная подстанция:
 - отдел эвакуации, 2 рабочих места.

Для оптимизации управления оперативной работой и снижения времени ожидания выполнения вызова введена диспетчерская программа АСУ «Мисс Скорая» (медицинская информационная система — скорая помощь) на базе персональных компьютеров. Внедрение программы в рабочий режим позволяет управлять работой станции в режиме реального времени, дает существенный экономический эффект вследствие сокращения расходов на ГСМ и транспорт.

В функции оперативного отдела входят:

- прием и передача вызовов;
- управление перемещением бригад СМП в течение смены;

- сообщение дежурным милиции и ДПС о несчастных случаях, происшествиях;
- информирование вышестоящих органов о чрезвычайных происшествиях и ликвидация их с участием бригад СМП.

Работа диспетчерского отдела построена на основе компьютерной технологии оперативного управления бригадами в режиме реального времени, связанной в одно целое существующей программой каждого отдела.

Все рабочие места объединены в локальную сеть и состоят из:

- АРМ диспетчера «03»;
- АРМ диспетчера направлений;
- АРМ диспетчера-эвакуатора;
- АРМ старшего врача смены.

Автоматизированное рабочее место (АРМ) диспетчера «03» предназначено для эффективного ведения диалога диспетчера с лицом, вызывающим скорую медицинскую помощь, на основе сформированных алгоритмов диалога. Основная цель — определить повод к вызову, который в дальнейшем определяет профильность, приоритет и срочность вызова.

АРМ диспетчера направления — передаются принятые вызовы на подстанции, прогнозируется обстановка в городе, предлагаются решения по управлению ресурсами.

АРМ диспетчера-эвакуатора предназначено для принятия оптимальных решений в ходе оперативного управления работой бригад. Система, с учетом знания прогнозирования на ближайший интервал времени всей обстановки в городе, и в зависимости от повода к вызову, места вызова, имеющихся в наличии свободных бригад, расположения относительно данного вызова, ранее поступивших, но не обслуженных вызовов, рекомендует для направления бригаду на каждый вызов с учетом времени доезда и эффективности взаимоподмены бригад. Система прогнозирует время доезда до места вызова, время пребывания бригады у больного и время ее освобождения, отслеживает места нахождения бригад и отображает информацию на экране дисплея. Зная оперативную обстановку, диспетчер может запросить «задержавшуюся» бригаду, с целью оптимизации использования имеющихся ресурсов. В случае принятия диспетчером самостоятельного решения, не согласующегося с вариантом программы, данное решение фиксируется в памяти машины.

АРМ старшего врача предназначено для принятия старшим врачом решений, направленных на эффективную организацию работы, как в обычном режиме, так и в условиях чрезвычайных ситуаций. В зависимости от оперативной обстановки, АРМ рекомендует старшему врачу смены принятие решений: по изменению зоны



обслуживания, по перераспределению имеющихся ресурсов между подстанциями.

Система анализа деятельности станций позволяет получить полную информацию о работе любого структурного подразделения, по станции в целом, каждого работника в отдельности, за любой промежуток времени. Система позволяет

проводить экспертизу качества оказания помощи на всех уровнях: старший врач, заведующий подстанцией, главный врач.

Благодаря хорошо организованной работе, ГКССМП г. Кемерово работает стабильно, успешно справляется с выполнением своих задач.

Л.И. САМОЙЛОВА, Л.П. ТИМОШЕНКО

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

О РАБОТЕ ТРАНСПОРТНЫХ БРИГАД КЕМЕРОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СМП

Станция скорой медицинской помощи (ССМП) г. Кемерово является крупным оперативным медицинским учреждением, оказывающим экстренную помощь больным и пострадавшим на догоспитальном этапе, а также осуществляет перевозки рожениц, больных и пострадавших по заявкам лечебных учреждений, нуждающихся в экстренной помощи в условиях стационаров, а также пациентов, нуждающихся в стационарном лечении в плановом порядке.

Основными требованиями в организации работы ССМП является полная доступность скорой помощи в любое время суток, высокая оперативность и своевременность оказания всех видов помощи на догоспитальном этапе.

За последние 3 года отмечается рост вызовов на скорую помощь. Если в 2001 году обратились 181614 чел., то в 2002 году — 188187 чел., в 2003 г. — 187482 чел.

Наряду с вызовами по поводу заболеваний, достаточно велико количество перевозок по заявкам врачей лечебных учреждений, особенно в часы работы поликлиник. В 2001 году число таких перевозок составило 2,1 % (3794 чел.), в 2002 году — 2,1 % (4017 чел.), в 2003 году — 1,3 % (2439 чел.).

Учитывая это обстоятельство, на скорой помощи были созданы бригады санитарного транспорта для перевозки больных и пострадавших из лечебных учреждений в стационары города. Время выполнения вызова при обслуживании этих пациентов может быть отсрочено до 2-х часов и они, как правило, не нуждаются в оказании помощи в пути следования, так как помощь им оказывается в лечебных учреждениях. Поэтому нерационально ис-

пользовать общепрофильные бригады для выполнения таких вызовов.

На санитарном транспорте перевозки осуществляют фельдшера. Санитарные перевозки делятся на экстренные и плановые. Экстренные перевозки — это состояния, угрожающие жизни (ОНМК, внематочная беременность, желудочное кровотечение и другие экстренные состояния). Плановая перевозка — это обострения хронических заболеваний.

Таблица 1
Структура вызовов, обслуженных
транспортными бригадами за 3 года

Годы	Всего	Скорая	Неотложная
2001	3745	629	3116
2002	3984	696	3288
2003	2412	429	1983

Таблица 2
Анализ работы бригад санитарного транспорта
на ГКССМП за 3 года

Годы	Среднее время ожидания обслуживания	Среднее время обслуживания	Скорая	Неотложная
2001	18,7	67,2	12,8	19,9
2002	20,6	65,7	12,9	22,2
2003	22,2	64,1	15,0	23,7
2004	20,2	66,3	12,7	22,4

Из таблиц 1 и 2 видно, что большую часть перевозок составляют неотложные состояния, то есть плановый транспорт. Среднее время ожидания обслуживания составляет около 20 минут, а время обслуживания вызова равно 66 минутам. По станции в целом время ожидания выполнения вызова равно 11,3 мин., а время, затраченное на один вызов, составляет 52,4 минуты. В 2000 году время ожидания обс-



луживания составляло 13,7 мин., а время, затраченное на вызов, равнялось 56,7 мин. С организацией транспортных бригад произошло сокращение времени ожидания и обслуживания вызова.

В связи с этим повысилась оперативность обслуживания вызовов по скорой помощи врачами бригадами. Из этого можно сделать вывод, что создание транспортной бригады рационально и экономично.

В.А. СЕДЬКО

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ, ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Скорая медицинская помощь населению г. Кемерово и Кемеровского района общей численностью 565800 человек оказывается 45 выездными бригадами скорой медицинской помощи. В 2003 г. фактический выход бригад составил 43,1. На Станцию поступило 187482 обращений, бригадами была оказана медицинская помощь 181100 больным и пострадавшим, из них 8079 вызовов были выполнены в сельский район, что составило 4,5 %. 9534 вызова оказались безрезультатными, что на 3700 больше, чем в 2002 году. Данный факт можно объяснить доступностью вызова бригады при развитой телефонной сети гражданами, часто неадекватно оценивающими состояние тех, к кому вызывается бригада, нередко находящихся в состоянии алкогольного опьянения, ушедших с указанного адреса после вызова.

Сохраняется высокий процент вызовов (52,2 %) в часы работы поликлиник, несмотря на преемственность в оказании догоспитальной медицинской помощи, ежедневную передачу в поликлиники информации о больных, которым оказывалась помощь выездными бригадами. Часто больные, не проводя систематического лечения, назначенного участковым врачом, подменяют его регулярными вызовами бригады Скорой помощи, очевидно ввиду доступности вызова бригады и бесплатности оказываемой помощи. Имеют место вызовы к социально незащищенным гражданам, не имеющим полисов обязательного медицинского страхования, не прикрепленным к участковым поликлиникам, и обращающимся на Станцию за медицинской помощью, как в случаях острых заболеваний, так и обострений хронических.

Обеспеченность бригадами составила 0,76 на 1000 населения, при обращаемости 331,3 на 1000 населения. Средняя нагрузка на одну бригаду составила 13,1 при коэффициенте загрузки 0,42. Среднее время выезда бригады по «скорой» составило 3,3 минуты, т.е. бригады находятся в режиме ожидания вызова, что является одним из основных принципов организации ско-

рой медицинской помощи пострадавшим и внезапно заболевшим.

Выездные бригады, как общепрофильные, так и специализированные, располагаются на трех подстанциях, что позволяет оказывать медицинскую помощь больным и пострадавшим разного возраста и профиля в определенном для подстанции районе, затрачивая минимум времени на ожидание бригады.

Время ожидания бригады на адресе с поводом по «скорой» составляет в городской черте 11,3 минуты, что подтверждает оптимальное размещение бригад. В 2003 году 36,7 % больных и пострадавших были доставлены Станцией на госпитализацию, из них было госпитализировано 79,2 %. Данные показатели имели место и в 2002 году. Совпадение диагнозов со стационарными составляет 98,8 %. Причинами отказов в госпитализации являются наблюдение и обследование больных, оказание им помощи в приемных отделениях с последующим направлением на амбулаторное лечение, а также самоотказы по личным причинам.

Одной из трех подстанций, имеющей 11 выездных бригад разного профиля, является Центральная подстанция, выполняющая вызовы к населению части Центрального и Заводского районов г. Кемерово, а также сельского Кемеровского района, прилегающего к вышеуказанным городским районам.

На подстанции располагаются одна реанимационная бригада, две БИТ, одна психиатрическая, одна общепрофильная детская и шесть общепрофильных взрослых бригад, из которых 2 бригады – фельдшерские. Показатели деятельности фельдшерских общепрофильных бригад, как показал проведенный анализ, отличаются лишь несколько большей нагрузкой – до 40 % доставляемых на госпитализацию больных и 77 % госпитализируемых больных. У врачей – 35 % и 80 %, соответственно, что указывает на тенденцию к гипердиагностике. По остальным показателям врачебные общепрофильные бригады не имеют преимуществ по качеству лечебно-



диагностической деятельности. Экономические же показатели очевидны. В настоящее время на подстанции решается кадровый вопрос по созданию третьей фельдшерской бригады.

В 2003 г. соотношение вызовов по «скорой» и «неотложной» помощи составило 51,4 % и 48,6 %, соответственно. Увеличение вызовов по «скорой» с 50,1 % произошло за счет увеличения числа обращений по поводу несчастных случаев, произошедших на улице, в общественных местах и дома, с 15,9 % до 16,2 %. Благодаря оперативному управлению выездными бригадами при помощи медицинской информационной специализированной системы скорой медицинской помощи «МИСС СМП», среднее время выезда по «скорой» составляет 3,8 минут, по «неотложной» — 13 минут.

По-прежнему основным местом вызова бригад является вызов на дом — 74,5 %. У детской общепрофильной бригады этот показатель равен 91,3 %, у БИТ — 78 %, у психиатрической — 77,5 %. Наименьший показатель (49,8 %) у реанимационной бригады, выполняющей большую часть вызовов на улицу, в общественные места, на место работы, в медицинские учреждения. 216 больным, доставленным попутным транспортом или прибывшим самостоятельно, была оказана медицинская помощь в помещении подстанции.

В структуре поводов заметно увеличились направления бригад на дежурства в общественные места. Если в 2001 г. их было 73, то в 2003 г. — 219. Данное увеличение объясняется тем, что в районе имеется много объектов культурного, спортивного и общественного назначения, административных и учебных учреждений, где часто проводятся мероприятия с участием большого количества горожан и гостей города. В таких ситуациях, при сложной криминогенной обстановке, основная задача дежурных бригад — быстро,

не теряя времени на доезд, особенно в часы интенсивного движения, приступить к оказанию медицинской помощи, а в условиях ЧС — проводить медицинскую сортировку, оказание помощи, вызвав «на себя» необходимое количество бригад соответствующего профиля.

В 2003 г. произошло увеличение на 1398 обращений за медицинской помощью больных и пострадавших, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, что составило 3879 случаев. 76,3 % вызовов выполнено к мужчинам, 23,4 % — к женщинам. Основную часть составляли вызовы на дом — 58 %, на улицу и в общественные места — 37 %. Вызовы на рабочее место составили менее 1 %. Из вызовов на улицу и в общественные места несчастные случаи составили 57,5 %, в то время как на дом — в 47 % случаев. В связи с внезапными заболеваниями: в 42,5 % случаев — вызовы в общественные места, в 52,4 % — вызовы на дом. Наибольшая обращаемость, как в связи с несчастными случаями, так и внезапными заболеваниями, отмечается в возрастных группах 19-25 лет и 41-50 лет, несколько меньше обращений в возрастной группе 31-40 лет. Имеют место обращения в возрастной группе 11-14 лет. Если высокую обращаемость в возрастной группе 19-25 лет можно объяснить активным образом жизни при недостаточном жизненном опыте, то в возрастной группе 41-50 лет причины обращений чаще носят бытовой характер.

По результатам вызовов к пострадавшим, находящимся в алкогольном опьянении, в 87,8 % случаев имели место травмы, в 12 % — отравления. В 20 % случаев пострадавшие после оказания помощи остались на месте, отказавшись от предложенной доставки в стационар. Представленная информация отражает основные моменты деятельности Службы скорой медицинской помощи г. Кемерово, динамику обращаемости.

А.Г. СОЛОДОВНИК, Л.К. ИСАКОВ
*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

АНАЛИЗ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УЧАСТКОВОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С БОЛЬНЫМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

В современных сложных социально-экономических условиях большое количество больных с острой патологией, выявляемой врачами Городской клинической станции скорой медицинской помощи (ГКССМП), отказываются от экстренной госпитализации. Од-

ним из таких состояний является нестабильная стенокардия, входящая наряду с инфарктом миокарда в структуру острого коронарного синдрома. По данным отдела статистики ГКССМП г. Кемерово, количество таких больных за период с 1 января по 1 декабря 2003 г. составило



1282 чел. или 39,5 % от всех больных с диагнозом нестабильной стенокардии, поставленным врачами кардиореанимационных бригад (бригад интенсивной терапии) СМП. Поэтому большое значение приобретает оказание таким больным своевременного и полного комплекса лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий, доступных в условиях поликлиники.

Цель исследования: Оценить преемственность в работе городской клинической станции скорой медицинской помощи и участковой службы с больными, отказавшимися от экстренной госпитализации с диагнозом нестабильной стенокардии, поставленным врачами специализированных (кардиореанимационных) бригад СМП.

Задачи исследования

1. Оценить эффективность работы системы передачи данных о вызовах бригад СМП посредством городского Интернет на «E-mail» поликлиник.
2. Оценить совпадение диагнозов врачей приемного отделения Кемеровского кардиологического центра (ККЦ) и врачей кардиореанимационных бригад (БИТ).
3. Оценить своевременность и вид осмотра участковым врачом-терапевтом исследуемой группы больных.
4. Оценить совпадение диагнозов врача кардиореанимационной бригады ССМП и участкового врача-терапевта.
5. Оценить качество диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, проведенных этим больным.

Материалы и методы исследования

Изучены больничные карты выше указанной группы амбулаторных больных за период с января по апрель 2003 г. Паспортные данные больных получены путем изучения карт вызова ССМП и изучения архива «электронного почтового ящика» поликлиники. Изучены журналы отказов в госпитализации и журналы регистрации больных стационара приемного отделения ККЦ за тот же период времени.

Результаты исследования

Статистический отдел ГКССМП рассылает информацию о вызовах бригад ССМП за прошедшие сутки на «e-mail» поликлиник ежедневно. В состав такого отчета входят имя, отчество, фамилия пациента, адрес вызова, диагноз врача (фельдшера) ССМП (шифр по МКБ-10), результат выезда (в т.ч. и самоотказ от госпитализации).

Для оценки объективности диагностики этой нозологии было изучено совпадение диагнозов врачей БИТ и врачей приемного отделения ККЦ за вышеуказанный период. Совпадение составило 83 %.

Общее количество изученных больничных карт амбулаторных больных — 50.

В первые сутки после вызова бригады ССМП участковым врачом-терапевтом осмотрено 28 % больных. В последующие дни в течение месяца, т.е. в период предполагаемой дестабилизации ИБС, осмотрено еще 40 %. Остальные больные (32 %) либо осмотрены в срок более одного месяца с момента вызова бригады СМП, либо не осмотрены вообще.

Диагноз нестабильной стенокардии поставлен 10 % больных. 56 % больных поставлен диагноз стабильной стенокардии различных функциональных классов, 10 % больных — гипертоническая болезнь, декомпенсация, 6 % больных — хронический гастрит, обострение, 4 % пациентов — остеохондроз позвоночника, обострение, 4 % — хронический панкреатит, обострение, 2 % — сахарный диабет 2 типа, декомпенсация, 2 % — ОНМК.

Из всей изучаемой группы количество больных, активно посещенных на дому, составило 12 %. Амбулаторно к терапевту обратились 28 % больных. Посещены участковым врачом-терапевтом после вызова последнего — 54 %. 6 % больных не имели записей о каком-либо виде осмотра их терапевтом на момент исследования.

Группа больных с диагнозом нестабильной стенокардии (ИБС: прогрессирующая стенокардия), поставленным участковым врачом-терапевтом, составила в абсолютных цифрах 5 человек. Один больной был госпитализирован в кардиологическое отделение. Нитраты назначены 4 больным, β-блокаторы — двоим, препарат низкомолекулярного гепарина — одному, аспирин — не назначался. Электрокардиографическое исследование назначено 3 больным.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о реализации начального этапа преемственности, однако в поликлиниках в настоящее время отсутствует регламентированная система оказания помощи больным с нестабильной стенокардией после вызова бригады СМП. Помощь таким больным оказывается не своевременно и не соответствует стандартам.

Для улучшения преемственности между СМП и амбулаторно-поликлинической службой в организации помощи таким больным необходимы повышение квалификации врачей первичного звена



на, минимизация срока посещения больных участковым врачом после вызова бригады СМП, алгоритмизация действий врача поликлиники «у кровати» именно таких больных.

горитмизация действий врача поликлиники «у кровати» именно таких больных.

В.Р. ШУЛЬЦ, Т.И. ШУЛЬЦ, Н.А. НОВИКОВА, А.В. ПУШКАРЕВ

*Кемеровский Областной Центр медицины катастроф,
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Одним из основных аспектов деятельности службы медицины катастроф, является организация четкой работы всех ее подразделений при ликвидации медицинских последствий в чрезвычайных ситуациях. Важным резервом повышения качества оказания экстренной медицинской помощи и снижения вероятности развития осложнений является максимальное сокращение временного промежутка между происшествием и началом проведения специализированной медицинской помощи пострадавшим. Правильная организация квалифицированной врачебной помощи пострадавшим на догоспитальном этапе, оперативное и рациональное решение задач раннего госпитального этапа, максимальная преемственность данных этапов позволяют существенно снизить количество осложнений, сроки стационарного лечения и летальность у пострадавших с тяжелыми сочетанными и множественными травмами.

Одними из первых на месте происшествия оказываются бригады скорой медицинской помощи станций и отделений медицинской помощи, службы спасения и реанимационные протившоковые группы из военизированных горноспасательных отрядов, которые по своему предназначению, задачам и характеру работы являются главными составляющими службы медицины катастроф. От правильности оценки ситуации, четкости взаимодействия всех оперативных служб зависит успех ликвидации медицинских последствий при ЧС.

Для решения этих вопросов Областной центр медицины катастроф (ОЦМК) осуществляет следующие мероприятия:

- Тестирование по психологическому состоянию медицинских работников бригад СМП, РПГ и медицинских работников оперативного отдела.
- Разработка инструкций по тактическим действиям работников всех категорий службы медицины катастроф, рекомендаций по внедрению новых технологий в организации и оказании экстренной медицинской помощи при ЧС.

- Методическая помощь по организации ликвидации медико-социальных последствий различного рода ЧС.
- Своевременное введение в действие Плана медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации медицинских последствий ЧС.
- Экстренное развертывание ПСО и профильных коек в городах и районах области для массового приема пострадавших в ЧС и оказания им квалифицированной помощи.
- Своевременное обеспечение медицинским имуществом «НЗ» из резерва, проведение контроля по созданию и рациональному использованию резерва медицинского назначения для работы БЭМП, ЛПУ формирований городов и районов области в ЧС.
- Организация своевременного проведения консультативной помощи ЛПУ специалистами ОЦМК, ДОЗН и УЗ.
- Организация постоянного контроля за своевременным, качественным оказанием экстренной медицинской помощи, движением пострадавших (выздоровлением или летальным исходом), а при необходимости — выезда специалистов на место.
- Проведение подготовки населения и спецслужб, по оказанию первой медицинской помощи в ЧС через средства массовой информации.
- Своевременная подготовка информации и предоставления регламентированной отчетности о чрезвычайных ситуациях для заинтересованных служб и руководителей, в соответствии с инструкцией, действующей на данный момент.
- Оказание психологической помощи населению, пострадавшему и принимающему участие в ликвидации ЧС.

Непосредственная работа оперативного отдела ОЦМК заключается в обеспечении четкого взаимодействия всех сил и средств медицины катастроф и принятии адекватных решений при ликвидации медицинских последствий в ЧС, с использованием в работе современных программ обеспечения и средств связи (Интернет,



тел/факс, множительная техника, персональные компьютеры, сканеры и принтеры).

В режиме повседневной деятельности:

1. Выполнять установленный распорядок работы ОЦМК, действовать в соответствии с рабочими инструкциями для врача ОДО.
2. Приступая к дежурству, ознакомиться с последними приказами, распоряжениями и инструкциями по ОЦМК, принять по смене установленную рабочую документацию, уточнить схему оповещения ОЦМК.
3. Знать распоряжения и рабочую документацию, уметь использовать ее в работе.
4. Вести постоянный контроль качества работы каналов связи, своевременно информировать руководство ОЦМК о неисправности в работе связи.
5. Проводить корректировку реквизитов дежурных служб города и области, служб взаимодействия при получении информации об изменении.
6. Вести сбор, анализ, систематизацию информации о ЧС, готовить ежедневную сводку о медицинской обстановке в Кемеровской области.
7. Оформлять оперативную документацию и своевременно докладывать руководству о результатах оценки обстановки.
8. Владеть навыками работы на всех средствах связи, имеющихся в ОДО, персональных компьютерах, осваивать программные средства.
9. Вести контроль дежурных смен штатных бригад специализированной медицинской помощи (БСМП), по указанию начальника ОДО, не реже 1 раза в месяц, контролировать за нахождением дежурного персонала по указанным адресам, по указанию директора проводить учебную тренировку сбора личного состава штатных бригад. Знать правила ведения обмена служебной информацией.
10. Постоянно совершенствовать свои профессиональные знания, умения, навыки участвовать в разработке новой документации ОДО.
11. Готовить информацию и участвовать в составлении учетно-отчетной документации ОДО.

В режиме повышенной готовности:

1. Уточнять достоверность информации о введении режима повышенной готовности (в ДОЗН, ГУ ГО и ЧС и т.д.).
2. Немедленный доклад о введении режима повышенной готовности директору ОЦМК (лицу, его замещающему), ответственному дежурному ДОЗН.
3. Оповещение и сбор руководящего состава (штаба) и персонала (по мере необходимости) Центра.
4. Обеспечивает сбор, обобщение и анализ данных, обусловивших введение повышенной готовности.

5. Поддерживает постоянную связь с ГУ ГО и ЧС, с управленцами ГО и ЧС, органами управления здравоохранением территорий, где возможна угроза возникновения ЧС.
6. По распоряжению председателя ТМКК или директора ОЦМК приводит в готовность необходимые силы и средства СМК. Уточняет задачи формированиям учреждениям СМК.
7. Уточняет укомплектованность формирований СМК личным составом, медицинским имуществом.
8. Контролирует проведение мероприятий по введению режима повышенной готовности в СМК местного уровня.
9. Докладывает начальнику ОДО и директору ОЦМК о проведении мероприятий и степени готовности формирований и учреждений СМК к действиям в ЧС.

В режиме чрезвычайной ситуации:

1. Уточнить информацию о возникновении ЧС, ее характере и масштабах, времени возникновения.
2. Немедленно доложить директору ОЦМК и ответственному дежурному ДОЗН о возникновении ЧС.
3. Организовать оповещение и сбор сотрудников ОЦМК.
4. Получить необходимые данные и провести расчеты по предварительной оценке медико-санитарных последствий возникшей ЧС.
5. Оповестить территориальные ЛПУ, которые могут оказаться в зоне воздействия поражающих факторов ЧС.
6. Установить постоянную связь с территориальными органами управления здравоохранением и ГУ ГО и ЧС, получение уточненных данных о ходе развития ЧС, прогнозируемых потерях (общих и санитарных).
7. Получить от территориальных органов управления здравоохранением уточненные данные о количестве санитарных потерь, их структуре, степени тяжести поражения, местах эвакуации и госпитализации, необходимой помощи.
8. Обеспечить постоянную взаимную информацию ОЦМК и формирований СМК о ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.
9. По указанию директора ОЦМК, готовить приказы и распоряжения для СМК по организации ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

При получении сообщения о чрезвычайной ситуации (ЧС), на станцию или отделение СМП, *старший врач смены* (а если в штате не предусмотрен старший врач смены, то фельдшер по приему и передаче вызовов), *обязан*:



1. Выяснить у вызывающего СМП лица следующие данные:
 - наименование ЧС,
 - место ЧС (если возможно, указать адрес),
 - дату, время возникновения ЧС,
 - количество пораженных, в том числе детей,
 - количество погибших на месте, в том числе детей,
 - краткую характеристику и масштаб ЧС (если возможно),
 - телефон (если есть), по которому возможно осуществить связь с вызывающим или ответственным лицом,
 - фамилия, должность вызывающего (если ЧС возникла на каком-либо объекте).
2. Согласно полученным данным о ЧС, определить количество и профиль необходимых бригад СМП, руководствуясь расчетом:
 - до 4-х пораженных — две бригады СМП, одна из них специализированная, если такая есть в штате;
 - 5-10 пораженных — на каждые 5 пораженных три бригады СМП, одна из них специализированная;
 - свыше 50 пораженных — на каждые 10 пораженных — пять бригад СМП, одна из них специализированная.
3. Незамедлительно направить на место ЧС определенное число бригад СМП, после краткого инструктажа медицинских работников, назначив старшим врачом на месте ЧС врача-анестезиолога реанимационной (другой специализированной или общепрофильной) бригады и поддерживать с ними связь по рации.
4. После принятых мер и уточнения по рации у врача (фельдшера) бригады СМП, прибывшего на место ЧС, данных о числе пораженных, тяжести их состояния, *сообщить о ЧС*:
 - в Областной центр медицины катастроф,
 - главному врачу (директору) или заведующему ССМП,
 - в другие инстанции, включенные в обязательный перечень по распоряжению Администрации города (района),
 - при установлении ФИО пораженных, их диагнозов, и получении других дополнительных сведений о ЧС, следует повторно перезвонить в ОЦМК.
5. При получении по рации от медработников сведений о начале транспортировки пораженных в стационар, заблаговременно предупредить дежурный медперсонал приемного отделения:
 - о количестве пораженных, транспортируемых бригадой или бригадами СМП,
 - характер повреждений и тяжести состояния.
6. По завершению работы бригад СМП в ЧС подготовить отчет.
Врач бригады скорой помощи, назначенный старшим на месте ЧС, обязан:
 1. Определить порядок работы всех бригад СМП, направленных на место ЧС, для чего должен организовать:
 - сортировку по тяжести пораженных,
 - очередность и максимальный объем оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе,
 - эвакуацию пораженных (вид и способ транспортировки, профиль стационара, отделения),
 - пофамильный учет пострадавших.
 2. Для уточнения дополнительной информации, связаться по рации с фельдшером по приему и передаче вызовов, при необходимости — со старшим врачом смены.
 3. Оставаться на месте происшествия до полного окончания спасательных работ, при необходимости информируя старшего врача смены о их ходе.
 4. По завершению оказания экстренной медицинской помощи пораженным, оформить:
 - карты вызова СМП,
 - первичные медицинские карты пораженных (ф. 167/у-96) на всех пораженных в ЧС (госпитализированных, погибших, направленных на амбулаторное лечение).*Врач общепрофильной бригады СМП, направленный на оказание экстренной медицинской помощи пораженным при ЧС в составе всех бригад СМП, обязан:*
 1. Согласовать свои действия со старшим врачом, по работе в ЧС (с врачом специализированной бригады).
 2. По завершению оказания экстренной медицинской помощи пораженным, оформить:
 - карты вызова СМП,
 - первичные медицинские карты (ф. 167/у-96) на всех пораженных, пострадавших в ЧС (госпитализированных, погибших, направленных на амбулаторное лечение).*Врач СМП, оказавшийся первым на месте ЧС (попутно), обязан:*
 1. Незамедлительно:
 - по рации поставить в известность фельдшера по приему и передаче вызовов (при необходимости, старшего врача смены) о характере ЧС и числе пораженных,
 - проводить медицинскую сортировку пораженных,
 - оказывать им экстренную медицинскую помощь,
 - по прибытии специализированной и других бригад СМП, передавать тех пораженных, которым экстренная медицинская помощь



еще не оказывалась или должна быть продолжена.

2. По завершении оказания экстренной медицинской помощи, оформить:

- карты вызова СМП,
- первичные медицинские карты пораженных (ф. 167/у-96) на всех пораженных в ЧС (госпитализированных, погибших, направленных на амбулаторное лечение, которым оказывалась экстренная медицинская помощь),

Все перечисленные мероприятия могут улучшить четкость и слаженность взаимодействий в работе медицинской службы по оказанию своевременной, качественной экстренной медицинской помощи при ЧС.

За период 2001-2003 гг. оперативным отделом ОЦМК на территории Кемеровской области было принято и зарегистрировано происшествий: в 2001 г. — 208, 2002 г. — 270, 2003 г. — 410. Все они носили локальный и местный характер.

Проведенный на территории Кемеровской области за этот период времени анализ катастроф выявил, что увеличение случаев, с 208 до 410, и числа пострадавших — с 1241 до 2135 человек, а также погибших, с 137 до 246 человек, в основном, происходило за счет техногенных ЧС (табл. 1).

Анализ ЧС по виду выявил, что дорожно-транспортные происшествия стали ежегодно занимать первое место (в 2001 г. — 82,1 %, 2002 г. — 79,4 %, 2003 г. — 79,5 %) среди техногенных катастроф и по числу погибших на догоспитальном этапе (табл. 2).

Таблица 1

Катастрофы по Кемеровской области за 2001-2003 гг.

Катастрофы	2001 г.		2002 г.		2003 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число происшествий, из них:	208		270		410	
1. Техногенные, из них:	156	75	194	72,2	271	66,1
- транспортные	128	82,1	154	79,4	215	79,5
- пожары, взрывы, обрушения	19	12,1	31	15,9	55	20,2
- другие	9	5,8	9	4,7	1	0,3
2. Биолого-социальные	16	7,5	28	10	49	12
3. Социальные	14	6,8	46	17	72	17,6
4. Прочие	22	10,7	2	0,8	18	4,3
Пострадало (чел.) всего,	1241		1332		2135	
из них детей	370		207		429	
Погибло (чел.) всего,	137		187		246	
из них детей	23		12		20	
Оказана (чел.) мед. помощь,	1104		1145		1889	
из них детям	347		195		409	
Госпитализировано (чел.),	603		660		1030	
из них детей	223		140		270	
Количество бригад, участвовавших в ликвидации мед. последствий ЧС	342		508		627	

Таблица 2

Последствия дорожно-транспортных происшествий

Пострадавшие	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Пострадало (чел.) всего,	642	732	998
из них детей	68	70	105
Госпитализировано (чел.) всего,	283	375	514
из них детей	50	45	63
Погибло (чел.) всего,	61	77	100
из них детей	9	3	7
Умерли в стационаре (чел.) всего	9	16	19

Причиной данной ситуации могло послужить:

- рост количества транспортных средств,
- увеличение скорости движения при неудовлетворительном состоянии дорог и нарушении правил их эксплуатации,
- неудовлетворительная транспортная дисциплина на дорогах.

Все это подчеркивает актуальность вопроса обеспечения оказания своевременной и квалифицированной медицинской помощи в полном объеме на догоспитальном и госпитальном этапах и устранения причин, приводящих к несчастным случаям.

Для профилактики и снижения травматизма, улучшения благоприятного исхода при травмах, полученных в чрезвычайных ситуациях, следует проводить в области следующие мероприятия:

1. Телефонизация междугородных трасс, поселков, районов, городских кварталов по пути следования автотранспорта, для своевременного вызова помощи на себя.
2. Помощь населению с низким социальным уровнем в организации спланированного досуга (во дворах, на спортивных площадках, дворцах спорта и творчества, лагерях отдыха, школах, на водоемах, в лесах, на природе и т.д.).
3. Информирование населения о травматизме через средства массовой информации, беседы и игры.
4. Организация специальных подготовительных курсов по оказанию первой медицинской помощи в детских дошкольных и школьных учреждениях, спортивных секциях и т.д.
5. Техническое перевооружение всех подразделений службы медицины катастроф: бригад скорой медицинской помощи, станций и отделений скорой медицинской помощи, бригад специальной медицинской помощи ОЦМК, лечебно-профилактических учреждений,



санитарной авиации (связь, транспортные средства, средства иммобилизации, лечебная и диагностическая аппаратура и т.д.).

6. Улучшить четкость и слаженность взаимодействия медицинской службы, службы спа-

сения, ГИБДД и иных подразделений МВД, дорожно-эксплуатационных и транспортных организаций, чтобы оказание помощи пострадавшим в ДТП превратилось в единую технологическую цепочку.

Ю.М. ЯНКИН, А.В. БАРАЙ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

За период 1978-2003 гг. бригадами скорой медицинской помощи (СМП) МУЗ ССМП г. Новокузнецка зарегистрировано 37970 случаев смерти от всех причин. В динамике по годам количество случаев смерти составило 768 случаев в 1978 году, 2557 — в 2003 году, т.е. увеличилось в 3,3 раза.

При анализе удельного веса смертельных исходов, зарегистрированных СМП от всех случаев по г. Новокузнецку, прослеживается его постоянное увеличение, с 16 % в 1978 г. до 21,2 % в 2001 г. В то же время, увеличивается удельный вес смертельных исходов, зарегистрированных СМП, от всех обслуженных вызовов, с 0,5 % в 1978 г. до 1,3 % в 2003 г. При этом, одновременно увеличивается число случаев смерти в присутствии бригад СМП на месте вызова и в машине СМП.

Динамика смертельных исходов, регистрируемых СМП, идентична той, которая регистрируется по городу. Из этого следует, что уровень и тенденции общественного здоровья населения, в частности общей смертности населения, идентичны уровню смертности, регистрируемой службой СМП. Установленная динамика показателей, характеризующих случаи смерти, регистрируемые по г. Новокузнецку в целом и службой СМП, свидетельствует об ухудшении здоровья жителей города. В связи с этим, в службу СМП стали чаще обращаться больные, находящиеся в тяжелом состоянии, с угрожающими жизни состояниями, или в связи с наступлением летальных исходов. Это, вероятно, обусловлено изменениями, которые произошли в стране в целом и в здравоохранении в частности.

Основные причины смертельных исходов, регистрируемых службой СМП, следующие: 45,9 % составили болезни системы кровообращения, несчастные случаи — 26 %, 8,1 % составляют смерти от новообразований и 19,9 % — все остальные причины (болезни). Случаи смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) составляют 36,3 % от

всех причин смертельных исходов, 78,9 % — от болезней системы кровообращения. Травмы составляют 15,5 % от всех смертельных исходов, отравления — 9,7 %. Соответственно, от несчастных случаев, закончившихся смертью больных, на травмы приходится 59,7 %, на отравления — 37,3 %. Удельный вес смертельных исходов в связи с дорожно-транспортными происшествиями составляет 2,7 % от всех причин смерти и 30 % от случаев смерти от травм, частота летальных исходов от всех пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях — 4,1 %.

Из всех смертельных исходов в 87,8 % случаев они наступали до прибытия бригад СМП и не потому, что долго ехали, а в связи с поздним вызовом СМП, т.е. чаще всего при этих ситуациях обращались за медицинской помощью после наступления остановки кровообращения, дыхания и утраты мозговых функций.

В 12,2 % случаев смерть больных наступала в присутствии бригад на месте вызова (10,4 %) или в машине СМП (1,8 %). В структуре причин смерти, наступившей на месте вызова, преобладают болезни системы кровообращения, которые составляют 64,3 % от всех причин. В 17,2 % случаев смерть наступила от несчастных случаев, 5,9 % составляют новообразования и 12,6 % — все прочие причины. 50 % от всех случаев смерти в присутствии бригад СМП на месте вызова и 77,8 % от всех болезней системы кровообращения наступили от ИБС. Травмы составляют 10,4 % всех случаев смерти и 60,3 % от несчастных случаев, а отравления — 6,7 % и 39,1 %, соответственно.

В структуре смертельных исходов, наступивших в машине СМП, преобладают несчастные случаи, которые составляют 49,3 % от всех таких случаев. При этом следует отметить, что большая часть из этой группы относится к травмам (80,1 %), это 39,5 % от всех смертельных исходов в машинах СМП. На болезни системы кровообращения приходится 32,3 %. При этом, на



долю ИБС приходится 77,6 % от всех сердечно-сосудистых заболеваний и 25,1 % — от всех смертельных исходов в машине. Новообразования составляют 2,4 %, прочие причины — 16 %.

За период 1978-2003 гг. бригадами СМП выведены из состояния клинической смерти 368 больных, все они доставлены на лечение в больницы города. В структуре болезней, при которых удалось реанимировать больных, 83,3 % составляют внезапная сердечная смерть от ИБС и 16,7 % все прочие причины, включая травмы, отравления и болезни.

Частота проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) при всех смертельных исходах, включая случаи смерти до прибытия бригад СМП, в присутствии их на месте вызова и в машинах СМП, составила 19,8 %. При случаях смерти в присутствии бригад СМП на месте вызова и в машинах СМП этот показатель был 84,3 %, а при случаях смерти до прибытия СМП — 10 %.

Проведение СЛР при смертельных исходах, наступивших до прибытия бригад СМП, чаще всего нецелесообразно, так как имеются признаки биологической смерти. Нередко бригады СМП выезжают по вызовам СМП, когда родственники или окружающие уже не сомневаются в наступлении смерти человека, но требуют констатации факта смерти.

При анализе частоты проведения СЛР при основных причинах смертельных исходов, наступивших до прибытия бригад СМП, в присутствии на месте вызова и в машинах СМП установлено, что чаще всего СЛР проводят при смертельных исходах от ИБС — 29,7 %. При всех вместе взятых болезнях системы кровообращения СЛР про-

водят в 27,9 %, при отравлениях — 21,8 %, травмах — 14,8 %. Соответственно, при случаях смерти до прибытия бригад СМП частота проведения СЛР при ИБС составляет 16,1 %, при отравлениях — 12 %, при травмах — 6,7 %.

При развитии смертельных исходов от травм, бригады СМП очень часто регистрируют травматические повреждения с грубыми морфологическими поражениями жизненно-важных систем (головной мозг, скелетные травмы с повреждением внутренних органов) или очень быстрое наступление смерти, до того как вызвали СМП.

Частота проведения СЛР бригадами разного профиля была при всех причинах смертельных исходов не одинаковой. Чаще всех проводят СЛР бригады кардиологического профиля — в 28,9 % всех случаев смерти, затем бригады интенсивной терапии — 23,2 %, линейные (общепрофильные) — 16,6 %, педиатрические — 14,6 %, реаниматологические — 14,2 %, неврологические — 13,5 %.

Таким образом, самой частой причиной внезапной смерти больных на догоспитальном этапе, регистрируемой бригадами СМП, является ИБС. При этом заболевании чаще, чем при всех других причинах смерти, удается вывести больных из состояния клинической смерти и доставить для лечения в больницы. Самая высокая эффективность оживления больных ИБС — у кардиологических бригад СМП. Для того чтобы чаще СЛР заканчивалась оживлением больных, необходимо очень быстрое (в пределах 5 минут от момента вызова СМП) прибытие бригад СМП, имеющих соответствующее оснащение и квалификацию, а также оказание первой помощи и СЛР до приезда СМП очевидцами случившегося.

Ю.М. ЯНКИН, Н.В. СКОБ, А.В. БАРАЙ

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ И НАРКОТИЧЕСКОМ ОПЬЯНЕНИИ ИЛИ ОТРАВЛЕНИИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ

Вывозы скорой медицинской помощи (СМП) к лицам, находящимся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, представляют серьезную проблему службы СМП. Диагностика заболеваний и травм у этих больных сложна, так как алкоголь и наркотические средства, обладая определенным действием, изменяют клинические проявления болезни. При этом происходят преобразования

в психическом статусе, которые затрудняют общение с такими пациентами и, тем самым, ограничивают диагностические возможности, которые в основном используются сотрудниками бригад СМП — это изучение жалоб, анамнеза и обстоятельств развития нарушений здоровья, из-за которых была вызвана СМП. По тем же причинам ограничены лечебные мероприятия. В ряде случаев у пациентов имеет место агрес-



сивное поведение по отношению к сотрудникам СМП, из-за чего иногда приходится прибегать к помощи сотрудников милиции.

В связи с выше изложенным, нередко допускаются ошибки диагностики и лечения, неправильная тактика ведения таких больных, из-за чего в последующем имеет место неблагоприятное течение болезни. При оценке подобных ситуаций, нередко в возникновении тяжелых последствий обвиняют врачей и фельдшеров СМП. Однако их возможности при выездах СМП к лицам, находящимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, не позволяют работать без ошибок и дефектов. Для предупреждения неблагоприятных последствий, сотрудниками СМП используются, в основном, тактические правила ведения таких больных.

Актуальность этой проблемы в последние годы становится все более значимой в связи с тем, что количество вызовов СМП к таким больным постоянно увеличивается.

Данным научным исследованием установлено, что количество вызовов СМП к лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, увеличилось с 5984 случаев в 1989 г. (3,2 % от всех вызовов СМП) до 19029 случаев в 2002 г. (9,9 % от всех вызовов СМП), т.е. в 3,2 раза. В 2002 г. вся станция СМП г. Новокузнецка в течение 36 суток работала только по вызовам СМП к лицам в состоянии алкогольного опьянения, из 10 последних лет — один год учреждение оказывало СМП только пациентам, пребывающим в алкогольном опьянении.

Следует отметить, что до 1993 г. количество таких вызовов было значительно меньше.

Частота вызовов СМП к лицам, находящимся в состоянии наркотического опьянения, составила в 2002 г. 0,85 % от всех вызовов СМП (1624 случая). В период до 1993 г. случаи вызовов СМП к лицам в наркотическом опьянении были единичными. В последние годы отмечена устойчивая тенденция к увеличению числа таких вызовов СМП.

Затраты на оказание СМП на догоспитальном этапе лицам, находящимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, при средней стоимости одного вызова 350 рублей, только в г. Новокузнецке составляют 7,2 млн. рублей в год. Соответственно, по всей Кемеровской области — порядка 35 млн. рублей.

Обращения за СМП пациентов в алкогольном опьянении значительно увеличивается (почти в 2 раза) в выходные и праздничные дни. Больше всего таких вызовов СМП регистрируется в вечерние часы.

В 30 % случаев СМП вызывают на улицу или в общественные места. В связи с этим, воз-

растают сложности в диагностике. Часто таких пациентов приходится доставлять в стационар без особых на то показаний, исходя из правил тактики ведения больных с нарушениями сознания, находящихся на улице и в общественных местах.

Пациенты в состоянии алкогольного опьянения в 19,3 % случаев доставляются в лечебно-профилактические учреждения. 10 % пациентов, к которым была вызвана СМП, не нуждались ни в какой медицинской помощи. В 72,9 % случаев у них регистрировалось удовлетворительное состояние, в 3,9 % — тяжелое состояние.

В структуре различных отравлений, регистрируемых службой СМП, токсическое действие этанола в 10 раз превышает все остальные вместе взятые интоксикации.

С 1996 г. по 2003 г., по данным МУЗ ССМП г. Новокузнецка, отмечается значительный рост (в 50 раз) обращаемости по поводу алкогольных интоксикаций различной степени тяжести и осложнений хронического употребления этанола.

Частота смертельных исходов, регистрируемых бригадами СМП от алкогольных отравлений, увеличилась с 1996 г. до 2003 г. в 30 раз. В основном, все случаи смерти у этих лиц наступают до вызова СМП.

С 1996 г. по 2003 г., по данным МУЗ ССМП г. Новокузнецка, имеется устойчивая тенденция к увеличению обращений за СМП лиц в наркотическом опьянении и отравлении, принимающих так называемые уличные наркотики, обладающие выраженным действием на ЦНС. Количество случаев передозировок наркотических препаратов, проявляющихся угнетением сознания до сопора и комы различной глубины, увеличилось в 150 раз.

Частота случаев смерти, регистрируемых бригадами СМП, от отравления наркотическими препаратами в период с 1996 г. по 2003 г. увеличилась в 50 раз. По половому составу среди умерших значительно преобладали мужчины. Возраст умерших в 80 % случаев был моложе 30 лет.

Таким образом, оказание СМП лицам с алкогольным и наркотическим опьянением или отравлением является актуальной проблемой, для решения которой необходимо принятие законодательных норм, регулирующих юридические и экономические вопросы, а также совершенствование службы СМП в вопросах организации, диагностики и тактики ведения таких пациентов и подготовки специалистов СМП по вопросам диагностики и оказания СМП лицам, находящимся в состоянии алкогольного и/или наркотического опьянения.



Ю.М. ЯНКИН, Е.В. НИНЕНКО

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для оптимизации процесса оказания скорой медицинской помощи (СМП) необходимо информационное обеспечение, позволяющее оценивать своевременность и качество оказываемой медицинской помощи, квалификацию медицинских работников и многое другое. Нами разработана технология, позволяющая эффективно использовать имеющиеся в науке данные, результаты собственных исследований, практический опыт, сведения нормативных документов и другие, путем создания программы взаимно увязанных между собой рекомендаций для действий при конкретных ситуациях, с изменяющимися в процессе деятельности условиями, основой которых являются алгоритмизация действий и автоматизация рабочих мест (АРМ) сотрудников.

В АРМах и алгоритмах программируются следующие технологические процессы:

- принятие вызовов СМП с установлением его признаков срочности, профиля требуемой бригады и др.;
- выбор и направление бригад СМП на вызовы, в зависимости от повода к вызову и имеющихся возможностей;
- контроль за работой бригад;
- оказание экстренной медицинской помощи больным;
- оперативное управление службой СМП старшим врачом смены;
- оценка и повышение квалификации сотрудников СМП;
- деятельность руководителей различного ранга.

При этой технологии формирование информации начинается с диспетчера, принимающего вызовы с использованием АРМ «Диспетчер-03», далее она дополняется диспетчером-эвакуатором, при работе с АРМ «Диспетчер-эвакуатор», и старшим врачом смены в АРМ «Старший врач смены», и далее другими руководителями до главного врача. Каждый из них регистрирует информацию, предусмотренную действиями, программируемыми в АРМе. Таким образом, формируется база данных о работе СМП в режиме реального времени.

Внедрение разработанной технологии СМП привело к тому, что появилась информация, отражающая деятельность всех, кто имеет отношение к вызовам СМП, и все стороны функционирования службы СМП. Как следствие этого, бы-

ли созданы автоматизированные персонифицированные базы данных. Это базы, в которых имеется информация по каждому конкретному больному, к которому выезжала бригада СМП. В ней содержатся все сведения, которые регистрируются по каждому вызову СМП. Эти данные записаны на магнитные носители информации компьютера (сервера). При необходимости, они обрабатываются компьютером и изучаются в зависимости от поставленных задач. Персонифицированные базы данных дают возможность изучать все вопросы, относящиеся к деятельности службы СМП, как при проведении научных исследований, так и для практической деятельности учреждения. Они позволяют сравнивать происходящие изменения в динамике, анализировать и изучать сведения, ставшие в настоящее время актуальными, но не представлявшие интереса раньше.

Комплекс мероприятий по изучению информации о деятельности службы, ее анализу и выработке предложений и решений, направленных на совершенствование этой службы в целом и ее составляющих с использованием системного подхода, является основой информационно-аналитической системы (ИАС) СМП.

Непосредственные участники, обеспечивающие функционирование ИАС СМП: диспетчеры, принимающие и передающие вызовы, старшие врачи смены, врачи и фельдшеры выездных бригад, руководители структурных подразделений, эксперты, заместители главного врача, главный врач. Информация, анализируемая системой: сведения о вызовах, о работе сотрудников и руководителей различного уровня, обеспечение станции СМП машинами и медицинским имуществом и др. Системой анализируется текущая информация, появляющаяся в процессе выполнения работы, а также по временным периодам: суточная, за прошедшую смену, недельная, месячная, квартальная, полугодовая и годовая.

Организационно-функциональная структура работы ИАС включает всех сотрудников СМП, каждый из которых обеспечивает выполнение этих функций в соответствии со своими обязанностями. ИАС отражает деятельность всей службы СМП, а также отдельных ее сотрудников. Если система регистрирует какие-либо ситуации для работы старшего врача смены и других руководителей, но по ним нет информации, отражающей действия этих руководителей, появляются



сведения о бездействии или неэффективной работе сотрудников по представленной им информации. Эти сведения поступают на уровень заместителя главного врача, в обязанности которого входит анализ деятельности старших врачей смены и заведующих подстанциями. Если это оказывается малоэффективным и ситуация не меняется, информация направляется главному врачу. Схема взаимодействия участников ИАС может изменяться в зависимости от складывающихся условий.

Принципиальным отличием созданной ИАС деятельности службы СМП является то, что первичные сведения для оценки и анализа формируются автоматизированной системой по установленным критериям, которые регистрируются и выдаются для работы компьютером, независимо от желания ее участников. Второй особенностью системы является автоматический учет всех действий по анализируемым ситуациям, с формированием отчетных сведений о данной работе. ИАС позволяет оценивать все стороны деятельности службы СМП по различным критериям, в том числе и по тем, которых нет при традиционной работе учреждений СМП, и с учетом этих сведений эффективно управлять процессом оказания СМП, совершенствовать его, повышая качество.

Внедрение новой технологии СМП с применением АРМов, создание ИАС радикально изменили условия для управления лечебно-диагностическим процессом. В каждом из АРМов программируются действия сотрудников в соответствии с выполняемой ими работой. Одновременно с этим, в АРМах выполняются конкретные функции и результаты анализа. Таким образом, в АРМах и алгоритмах исходно заложено управление лечебно-диагностическим процессом. Положение руководителей в условиях

автоматизации и алгоритмизации радикально изменяется. Такие формы руководства, как совещания, рапорты и отчеты с общими требованиями, ни к кому лично не обращенные, становятся либо неуместными, либо должны быть предельно сокращены. Нет необходимости призывать всех делать хорошо то, что прописано в виде программы действий. Вместо этого управление строится на решении конкретных задач, появляющихся в процессе работы.

В связи с внедрением информационных технологий и теми изменениями, которые при этом произошли, появились более совершенные способы взаимодействия службы СМП с ЛПУ, городским управлением здравоохранения и всеми, кто связан в своей деятельности с этим учреждением. Информация о вызовах может быть использована другими учреждениями для совершенствования своей деятельности. Сведения о вызовах СМП могут передаваться в поликлиники, больницы, диспансеры и другие учреждения. У нас имеется опыт передачи информации любого объема и содержания по вызовам СМП, с использованием электронной почты и дискет, в диспансеры, больницы, страховые медицинские компании и др. В тех случаях, когда нет возможности передать эту информацию на магнитных носителях, но она необходима партнерам СМП, ее передают на бумажных носителях в виде распечатки сведений. Это дает возможность службе СМП взаимодействовать с различными службами с использованием научно обоснованных методов.

Внедренная система позволяет прогнозировать результаты деятельности службы СМП по основным показателям (время ожидания обслуживания, качество и др.) в зависимости от имеющихся средств, рассчитывать муниципальный заказ, стоимость услуг СМП и другое.

Ю.М. ЯНКИН

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Службе скорой медицинской помощи (СМП) придается большое значение в оказании экстренной медицинской помощи больным с угрожающими жизни состояниями на догоспитальном этапе, так как большая часть больных обращается сюда за первой медицинской помощью от начала заболевания и, кроме этого, данный вид медицинской помощи — самый мобильный и срочный.

Однако до сих пор нет ясности в вопросе о том, каковы же реальные возможности и пути решения службой СМП этой проблемы.

Мнения исследователей этой проблемы противоречивы, а результаты опубликованных работ не дают четкого представления о способах ее решения.

Цель исследования: создание комплексной системы оптимизации скорой медицинской помо-



щи больным на догоспитальном этапе на основе информационных технологий и алгоритмов действий, разработанных с учетом научно обоснованных факторов, влияющих на эффективность и качество этой помощи.

Исследование проводилось в крупном промышленном центре Сибири г. Новокузнецке с численностью населения 600 тысяч человек.

Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе осуществляют 43 бригады СМП, распределенные по районам города. Все бригады СМП входят в состав Муниципального лечебно-профилактического учреждения «Станция скорой медицинской помощи» г. Новокузнецка (МЛПУ «ССМП»), являющегося самостоятельным учреждением.

Все научное исследование условно разделено на 3 составные части.

Первая часть исследования посвящена изучению состояния оказания СМП больным на догоспитальном этапе и выявлению проблем, требующих оптимизации. Вторая часть исследования включает в себя разработку мероприятий оптимизации СМП. Третья часть исследования посвящена изучению эффективности разработанных и внедренных в практику оптимизационных мероприятий СМП.

При исследовании созданы персонифицированные базы данных о вызовах СМП, с регистрацией сведений на магнитных носителях компьютера.

Автоматизированные персонифицированные базы данных включают: сведения о 1010705 вызовах СМП, зарегистрированных за 6-летний период; о 27656 вызовах СМП со смертельными исходами, зарегистрированных бригадами СМП, за 18 лет; о случаях успешных реанимаций бригадами СМП больных, у которых регистрировалась клиническая смерть, 336 больных за 23 года; о 956 врачах-курсантах, у которых проведена оценка квалификации при обучении на кафедре.

Разработав и внедрив информационно-аналитическую систему, изучена технология оказания скорой медицинской помощи (организация, тактика, диагностика и оказание медицинской помощи) и ее результаты при всех вызовах СМП, профессиональная деятельность врачей СМП с учетом выполняемой работы, установлены возможности оказания экстренной медицинской помощи различными бригадами, оценивалась квалификация, определены главные факторы, влияющие на эффективность СМП.

Среди обратившихся за СМП, 20,5 % составляют дети, 30,4 % — люди в возрасте старше 60 лет.

Обращаемость за СМП составляет 230,9 (от 195,4 до 266,4) на 1000 населения у пациентов в

возрасте до 60 лет; 448,8 — у пациентов в возрасте 60-69 лет и 841,0 — у пациентов в возрасте 70 лет и старше.

В 80,1 % случаев СМП вызывают на дом, в 6,8 % случаев — на улицу и в общественные места.

Перечень поводов к вызовам СМП при алгоритмированном приеме состоит из 280 наименований, 28 из них встречаются в 1-7,6 % случаев.

Больше всего вызовов СМП приходится на болезни сердечно-сосудистой системы — 23,7 % вызовов СМП, на болезни органов дыхания — 17,2 %, на травмы — 14,1 %, на болезни органов пищеварения — 7,3 %, на болезни нервной системы — 4,4 %.

Установлено, что перечень диагнозов, которые регистрируют специалисты СМП, включает в себя 1851 наименование; 22 из них встречаются часто и в сумме составляют 50,9 % от всех диагнозов. В их число входят гипертоническая болезнь — 9,1 %, инфекции верхних дыхательных путей — 8 %, бронхиальная астма — 6,4 %, стенокардия — 3,8 %, нарушения ритма сердца — 2,5 %, сотрясение головного мозга — 2,3 %, отравление алкоголем — 2,2 %, инфаркт миокарда — 1,7 % и т.д.

При работе на одну ставку врач (фельдшер) СМП в течение года обслуживает около 872 вызовов. Из них, в 26 случаях он оказывает медицинскую помощь больным, находящимся в тяжелом состоянии, в 10 случаях — регистрирует случаи смерти, 2 раза в год проводит сердечно-легочную реанимацию. Врачу СМП невозможно достигнуть высокого профессионализма за короткий промежуток времени, вследствие большого количества нестандартных клинических ситуаций.

Обращаемость в СМП зависит от многих факторов. Она меняется по часам суток, дням недели и месяцам года, по возрастным группам и полу больных, и отличается при различных болезнях.

Осложнения болезней на догоспитальном этапе встречаются в 3,4 % случаев (при ССЗ — 8,5 %, ИБС — 11,4 %). В структуре осложнений преобладают аритмии (68,1 %).

Тяжелое состояние у пациентов регистрируется в 3 % случаев; состояние средней степени тяжести — в 29,1 % случаев.

Большинство больных после оказания СМП остаются на месте.

Частота летальных исходов составляет 1,1 % от всех обслуженных вызовов. Удельный вес летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях составляет 48,1 %, при травмах и отравлениях — 29,9 %, при новообразованиях — 7,3 %.



В подавляющем большинстве случаев смерть наступает до приезда бригады СМП — 88,9 %. В присутствии бригад СМП смертельные исходы регистрировались в 11,1 % случаев, из них в 1,8 % случаев смерть наступила в машине СМП и в 9,3 % — на месте вызова СМП.

Уровень и тенденции общественного здоровья населения, в частности, общей смертности населения, идентичны уровню смертности, регистрируемой службой СМП, и обуславливают увеличение обращений больных в тяжелом состоянии с угрожающими для жизни ситуациями.

Эффективность скорой медицинской помощи находится в прямой зависимости от своевременности и качества ее оказания.

Своевременность оказания СМП зависит от повода к вызову, установленного диспетчером при диалоге с вызывающим СМП; информации, которой владеет вызывающий СМП; количества бригад СМП и организации их работы; квалификации диспетчеров, принимающих вызовы и направляющих бригады для их обслуживания; организации работы диспетчеров и старшего врача смены; организации работы больниц и преемственности в их деятельности со службой СМП.

Качество СМП зависит от квалификации специалистов СМП; обеспечения бригад СМП медицинскими средствами и оборудованием; количества специализированных бригад СМП и организации их работы; организации работы оперативно-диспетчерской службы СМП.

Основные проблемы СМП: выраженные колебания обращаемости населения за СМП в различные месяцы года, дни недели, часы суток; частота и структура обращений находится в прямой зависимости от повода к вызову, пола, возраста, тяжести состояния больного, места вызова и др.; недостаточное ресурсное обеспечение; несовершенство информационного обеспечения службы и организации преемственности на этапах оказания СМП и между ЛПУ; недостаточно четкие стандарты специальности «Скорая медицинская помощь» и несовершенство подготовки специалистов СМП; отсутствие четкой концепции, какой должна быть служба СМП.

С учетом выше изложенного, была разработана концептуальная модель оказания СМП, основными положениями которой являются минимизация времени ожидания начала оказания СМП от момента поступления вызова; максимально возможная адекватная (по объему и качеству) СМП в соответствии с поводом, местом и временем вызова; единое методическое и информационное обеспечение всех участников оказания СМП, от приема вызова до окончания его обслуживания, в том числе, и населения: ориентация на создание технологии оказания СМП, адекватной современным критериям качества по-

мощи; повышения качества СМП на основе непрерывной системы интенсивного последипломного обучения специалистов; интенсификация использования имеющихся ресурсов на основе информационных технологий и применения экономических методов.

Исходя из концептуальной модели, была создана новая технология скорой медицинской помощи:

- оптимизирована деятельность диспетчеров СМП, принимающих вызовы и направляющих бригады к больным, а также старших врачей и статистиков, путем создания автоматизированных рабочих мест с использованием компьютерной техники;
- создана система оценки и повышения квалификации врачей и средних медицинских работников в виде автоматизированного рабочего места;
- разработана система экспертной оценки и постоянного контроля качества СМП на догоспитальном этапе (алгоритмы анализа качества СМП, автоматизированное рабочее место).

Разработанные и внедренные системы изменили технологические правила решения поставленных задач, с автоматизацией ряда функций путем применения в работе сотрудников компьютерной техники, обеспеченной соответствующими программами решения поставленных задач. Созданная технология СМП оптимизирует решение поставленных задач, и отличается от той, которая была раньше. Внедрение новой технологии СМП привело к тому, что появилось информационное обеспечение, отражающее все стороны деятельности службы СМП и, как следствие этого, были созданы автоматизированные персонифицированные базы данных о вызовах СМП.

Возможности информационно-аналитической системы позволяют контролировать и анализировать любые ситуации, которые заложены в АРМах оперативно-диспетчерской службы. Ее можно настроить так, что все без исключения ситуации, имеющие отношение к скорой медицинской помощи, будут проходить анализ и экспертизу на любых уровнях системы, от оперативно-диспетчерской службы до главного врача. Внедрение новой технологии СМП с применением АРМов радикально изменило управление лечебно-диагностическим процессом. В каждом из АРМов и алгоритмов программируются действия сотрудников, в соответствии с выполняемой ими работой. Одновременно с этим, в АРМах регистрируются выполняемые конкретные функции и результаты анализа этой деятельности. Таким образом, в АРМах и алгоритмах заложено управление лечебно-диагностическим процессом.



Внедренная технология СМП позволяет принимать более совершенные способы взаимодействия службы СМП с ЛПУ, городским управлением здравоохранением и всеми, кто связан в своей деятельности с учреждениями СМП.

В связи с внедрением мероприятий медицинской оптимизации СМП, повысились своевременность и качество оказания экстремальной медицинской помощи на догоспитальном этапе, что подтверждается основными показателями, отражающими эффективность внедрения новых технологий.

Основные направления перспективного развития СМП включают в себя внедрение новых информационных технологий СМП; определение четких стандартов специальности «Скорая медицинская помощь»; стандартизацию деятельности службы скорой медицинской помощи; разработку и совершенствование программ подготовки специалистов скорой медицинской помощи с учетом выполняемой работы (диспетчеров, старших врачей смен, врачей и др.); разработку закона о скорой медицинской помощи в РФ.

Ю.М. ЯНКИН, Н.Н. ДЕРБИНА, Е.В. НИНЕНКО
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

ПЕРЕВОЗКИ БОЛЬНЫХ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ВРАЧЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В практике здравоохранения некоторых территорий сложилась неправильная установка, что все больные должны перевозиться в больницы и из одного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в другое только бригадами скорой медицинской помощи (СМП).

При этом целесообразность большинства из этих перевозок сомнительна.

По этим причинам показатель обращаемости за СМП увеличивается и влечет за собой большие экономические затраты и неэффективную работу службы СМП, при которой время ожидания больными бригад СМП от момента вызова до прибытия остается длительным.

Цель исследования: Изучение целесообразности выполнения перевозок больных бригадами СМП в больницы и из одного стационара в другой, для обоснования оптимальной модели этого вида помощи.

Результаты исследования

Удельный вес всех перевозок от общего количества вызовов, зарегистрированных в 2000-2004 гг., составляет от 7,2 % до 9,1 %. Обращаемость на 1000 населения в год для перевозки больных в 2000-2003 гг. была, соответственно по годам, 26,2; 26,4; 22,5; 29,7.

Среди всех вызовов для перевозок 44,3 % составляют вызовы из стационаров, 41,3 % из поликлиник и других амбулаторно-поликлинических учреждений и 14,4 % из дома.

При анализе вызовов СМП для перевозки больных по классам болезней установлено, что

чаще всего регистрируются травмы и отравления, которые составляют 28,4 % от всех таких обращений. На втором месте находятся болезни системы кровообращения — 20,5 % случаев, в 11,4 % случаев — болезни органов дыхания, в 9,4 % — болезни органов пищеварения. На все другие классы болезней приходится 30,3 % от всех перевозок. В зависимости от места, куда вызывают СМП для перевозки, структура болезней меняется.

Степень тяжести состояния перевозимых больных следующая:

1. Тяжелое состояние регистрировалось в 2,7 % случаев. При межбольничных перевозках оно было у 5,4 % больных, из амбулаторно-поликлинических учреждений в больницы — 0,3 %, из дома в больницу — 1 %.
2. Состояние средней степени тяжести наблюдалось у 24,6 % пациентов, соответственно при межбольничных перевозках — 33,6 %, из амбулаторно-поликлинических учреждений — 14,1 %, из дома — у 24,6 % больных.
3. В 72,7 % случаев больные находились в удовлетворительном состоянии, большая часть из них не нуждалась в интенсивной терапии и постоянном наблюдении за их состоянием в процессе транспортировки.

Распределение вызовов СМП для перевозки больных по месяцам года имеет такую же закономерность, как и при всех вызовах.

Наименьшее количество вызовов для перевозки больных — в выходные и праздничные дни, самое большое — в пятницу и понедельник.

При изучении распределения вызовов СМП по часам суток установлено, что для перевозки



больных СМП вызывают, в основном, в период с 9 часов до 16 часов, т.е. в рабочие часы всех медицинских учреждений. Больше всего таких вызовов приходится на 10-11 часов дня. За счет этого в данный промежуток времени формируется максимальное количество обращений в целом в службу СМП, т.е. образуется, так называемый, «дневной пик» вызовов СМП. Все другие вызовы СМП в это время (на улицу и в общественное место, на дом и т.д.) остаются на одном уровне.

За счет дневного подъема обращаемости за СМП, обусловленного вызовами от медицинских учреждений, удлиняется время ожидания прибытия бригад СМП от момента их вызова к больным, находящимся дома.

В выходные и праздничные дни не регистрируется дневного «пика» обращаемости за СМП из-за того, что сотрудники медицинских учреждений вызывают СМП значительно реже. В эти дни нет значительного удлинения времени ожидания прибытия бригад СМП к больным.

Перевозки больных из одной больницы в другую составляют от 2,8 % до 3 % от всех вызовов СМП и от 31,8 % до 40 % от всех перевозок больных. Уровень обращаемости на 1000 населения в год по этим вызовам — 8,9.

При первичной экспертизе этих перевозок (22276 больных за 4 года) старшими врачами смены, после их выполнения ими установлено, что в 11,1 % не было необходимости осуществлять эти перевозки, т.е. только в 88,9 % они были обоснованы. При изучении всех сведений о больных установлено, что нуждаются в перевозках бригадами СМП не более 50 % больных, от тех к кому они направлялись.

Из всех выполненных перевозок из одной больницы в другую 11340 больных (50,9 %) транспортированы из санпропускника больниц, где они осмотрены врачами, но не госпитализированы, 10513 больных (47,2 %) — из отделений боль-

ниц, где они находились на стационарном лечении, и 423 больных (1,9 %) — из прочих мест.

Выводы:

1. Целесообразность 50 % перевозок больных бригадами СМП по заявкам медицинских учреждений сомнительна. Эти пациенты нуждаются в перевозках обычным санитарным и другим транспортом, без бригады СМП.
2. Потребность в перевозке больных бригадами СМП из одного ЛПУ в другое составляет не более 1,4 % от всех вызовов СМП и 4,45 на 1000 населения в год.
3. В связи с увеличением количества перевозок в периоды «пиковых» повышений вызовов СМП по месяцам, дням недели и часам суток, время ожидания прибытия СМП увеличивается.
4. Значительное сокращение перевозок больных бригадами СМП в выходные и праздничные дни, когда не работают амбулаторно-поликлинические учреждения, а в больницах только дежурные врачи, приводит к уменьшению вызовов СМП по тем классам болезней, где чаще всего осуществляются перевозки. В эти дни так же нет дневного «пика» обращаемости, и значительно меньше вызовов к больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
5. Частота отказов в госпитализации больным, направленным сотрудниками ЛПУ, составляет: у врачей из амбулаторно-поликлинических учреждений — 20,1 %, у участковых врачей из дома — 9,1 %, у врачей стационаров — 6,4 %.
6. Полученные результаты позволяют разработать перечень основных мероприятий, направленных на создание оптимальной модели этого вида помощи, обеспечивающей более эффективное использование сил и средств здравоохранения.

Ю.М. ЯНКИН, Э.В. БУХТИЯРОВА

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
г. Новокузнецк*

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Актуальность проблемы обусловлена тем, что в последние десятилетие на территории России отмечается рост обращаемости населения за скорой медицинской помощью (СМП). Вместе с тем, известно, что уровень обращаемости за СМП является зеркальным

отображением состояния общества — его благополучия или неблагополучия.

На показатель обращаемости за СМП влияют организация медицинской помощи, как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. В значительной степени это зависит от работы амбула-



торно-поликлинических учреждений и преемственности в работе их со службой СМП.

Целью исследования явилось выявление закономерностей и причин обращаемости за СМП среди различных социальных групп населения для разработки методов совершенствования службы СМП.

Обращаемость населения за СМП на территории г. Новокузнецка в 2000-2002 гг. составила 296,6 случаев на 1000 населения в год. Большая часть вызовов поступают к женщинам — 55,9 % от общего количества обслуженных вызовов. Обращаемость женщин на 1000 населения составляет 310,5. Удельный вес вызовов к мужчинам составляет 44 % от общего количества, соответственно, обращаемость мужчин составила 280,6 на 1000 населения.

При изучении вызовов среди различных социальных групп населения установлено, что преобладают вызовы к пенсионерам — 178736 человек (34,8 % от всех обслуженных вызовов). На втором месте по количеству обслуженных вызовов находятся неработающие — 106211 чел. (20,7 %), на третьем — работающие — 83227 чел. (16,2 %) от всех обслуженных вызовов. Примерно одинаковое количество вызовов зарегистрировано к дошкольникам и учащимся ПТУ, школ, техникумов — 48745 чел. (9,5 %) и 44581 чел. (8,6 %), соответственно. Вызовы СМП к инвалидам составляют 4,7 % случаев, к домохозяйкам — 3,3 %. Наименьшее количество от всех обслуженных вызовов регистрируется к неизвестным — 5633 чел. (1 %), к студентам ВУЗов — 4694 чел. (0,9 %) и военнослужащим — 31 чел. (0,006 %). Таким образом, бригады СМП чаще всего выезжают по вызовам к пенсионерам.

Очевидно, что самое значительное влияние на формирование всех обращений за СМП в течение года, оказывают вызовы к пенсионерам.

При анализе обращаемости по дням недели установлено, что наибольшее количество вызовов регистрируется в понедельник — 15 % (77232 чел.) и воскресенье — 14,5 % (74617 чел.) от всех обслуженных вызовов. Наименьшее количество вызовов осуществляется в четверг — 13,9 % (71326 чел.). Необходимо отметить, что в понедельник происходит увеличение количества вызовов почти во всех социальных группах, кроме дошкольников, неизвестных и военнослужащих. Больше всего вызовов в понедельник поступает к пенсионерам (35,3 %) и нигде не работающим (20,5 %). Воскресные вызовы также формируются, в основном, за счет обращений пенсионеров (32,9 %) и нигде не работающих (20,9 %). Работающие граждане обращаются в субботу и воскресенье одинаково, и составляют 16,5 % от всех вызовов. Кроме того, в воскресные дни поступает большое количество вызовов

к дошкольникам — 11 % от всех воскресных вызовов.

Обращения различных социальных групп населения по часам в течение суток характеризуется тем, что в период с 8 до 18 часов чаще всего обслуживаются пенсионеры (39,8 %) и нигде не работающие (18,5 %). Удельный вес обратившихся работающих в это время составляет 14,8 %.

Среди всех пенсионеров, обратившихся в этот промежуток времени, больше всего вызовов связано с болезнями системы кровообращения — 54,6 %. Наибольшее количество этих вызовов приходится на 10-11 часов. Среди всех вызовов к пенсионерам с болезнями системы кровообращения в данный промежуток времени, 27 % случаев составляют вызовы по поводу артериальной гипертензии.

Таким образом, первый «пик» двугорбой кривой общего почасового распределения вызовов (11 час.) сформирован наиболее интенсивным обращением пенсионеров с болезнями органов кровообращения и, прежде всего, с гипертонической болезнью. В последующие часы (с 19 до 24 часов) количество вызовов к пенсионерам и инвалидам значительно уменьшается.

В период с 19 до 24 часов регистрируется увеличение обращаемости всех социальных групп населения, кроме пенсионеров и инвалидов. В период от 0 до 7 часов скорую медицинскую помощь одинаково часто вызывают представители всех социальных групп населения.

Бригады скорой помощи чаще всего выезжают на дом (78,1 % всех вызовов), к пенсионерам — 38 % от всех вызовов на дом. Так же высок процент от общего числа вызовов на дом в группе нигде не работающих — 18,6 % случаев. Обращения работающего населения на дом составляют 14,1 % от общего количества вызовов на дом. При анализе вызовов СМП на дом по каждой отдельной социальной группе установлено, что дошкольники обслуживаются на дому в 91 % случаев, пенсионеры — в 85,3 %, домохозяйки — в 81,6 %, инвалиды — в 80 %, учащиеся школ, техникумов, средних учебных заведений — в 78,4 %, студенты ВУЗов — в 70,6 %, военнослужащие — в 64,5 % случаев.

Вызовы СМП на улицу и в общественные места составляют 7,3 % от всех вызовов СМП. На улицу и в общественные места СМП чаще всего вызывают к не работающим — 34,1 % от общего количества таких вызовов. Пенсионеры и работающие обращаются за помощью на улице и в общественных местах в 19,9 % и 18,2 % случаев, соответственно.

Непосредственно в учреждение СМП обращаются самостоятельно чаще всего работающие —



26,5 %, нигде не работающие — 26,4 % и пенсионеры — 22,1 % от всех таких обращений.

Пенсионеры чаще других социальных групп обращаются по поводу заболеваний (85,3 % всех обращений пенсионеров). Вызовы СМП в связи с несчастными случаями чаще всего регистрируются к нигде не работающим (32,1 % всех несчастных случаев).

Наибольшее количество обслуженных вызовов связано с болезнями системы кровообращения (25,8 % от общего количества обслуженных вызовов), травмами и отравлениями (19,7 %) и болезнями органов дыхания (17,3 %). Среди всех больных, обслуженных по поводу болезней системы кровообращения, пенсионеры составляют 71,9 %, а работающие — 11,6 %. Травмы и отравления регистрируются чаще среди не работающих (33,8 % всех травм и отравлений) и работающих (21,8 %). У дошкольников наибольшее среди всех социальных групп количество вызовов, связанных с болезнями органов дыхания (31 % всех вызовов, связанных с болезнями органов дыхания).

Выводы:

1. Скорую медицинскую помощь чаще других вызывают пенсионеры на дом, в часы и дни работы поликлиник, по поводу болезней органов кровообращения (артериальная гипертензия), при которых требуется лечение в поликлинике.
2. Выявленные закономерности и причины обращаемости за СМП среди различных социальных групп населения показывают, что технологии деятельности службы СМП необходимо совершенствовать.
3. Наиболее значимым направлением является оптимизация взаимодействия в работе службы СМП, поликлиник, больниц и органов здравоохранения путем создания единой информационной базы на больных и, прежде всего, пенсионеров, инвалидов и детей, для повышения качества медицинской помощи этим больным врачами поликлиник, стационаров и службы СМП.

Ю.М. ЯНКИН, А.В. БАРАЙ, Р.М. ГАЙНУЛИН

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,

г. Новокузнецк

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Среди всех внезапно умерших от болезней и несчастных случаев большинство погибает вне лечебно-профилактических учреждений: дома, на улице, на работе и в других общественных местах, т.е. на догоспитальном этапе. Результаты лечения больных в больницах, летальность и инвалидизация находятся в прямой зависимости от оказания медицинской помощи (первой помощи и скорой медицинской помощи) на догоспитальном этапе.

Обучение населения правилам первой помощи и проведению простейшей сердечно-легочной реанимации (СЛР) является одним из мероприятий, которые должны способствовать уменьшению смертельных исходов и более эффективно-му лечению больных в лечебных учреждениях.

Нами установлено, что самой частой причиной смертельных исходов, регистрируемых бригадами скорой медицинской помощи (СМП), является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая составляет 36,3 % от всех случаев смерти.

Определение доли больных, у которых очевидцы, обученные правилам проведения СЛР, могут продлить состояние клинической смерти до приезда бригад СМП, является мало изучен-

ной проблемой и возможные границы эффективности этих мероприятий не определены.

В этом исследовании изучены возможности оживления внезапно умерших с участием очевидцев смерти. Всего было подвергнуто анализу 2065 случаев догоспитальной остановки кровообращения у больных ИБС, к которым выезжали бригады СМП. Исследование проводилось сплошным методом, мужчин — 1230 чел., женщин — 835 чел., возраст — 21-99 лет.

Установлено, что по прибытии на вызов биологическая смерть была констатирована у 815 человек (39,5 % случаев). Основная причина поздней обращаемости заключается в том, что остановка кровообращения происходила в отсутствие свидетелей.

Группа пациентов, у которых на момент первичного осмотра не было бесспорных признаков биологической смерти, однако остановка кровообращения произошла в период от 6 до 30 мин. до начала осмотра, составила 596 человек (28,9 %). У пациентов этой группы полное восстановление функций центральной нервной системы при данном уровне медицинской науки пока еще не представляется возможным.



В то же время, у 243 пациентов этой группы длительность остановки кровообращения на момент осмотра не превышала 15 мин. (11,8 %). Среднее время ожидания обслуживания у них составило $8,7 \pm 0,2$ мин. Приведенные временные параметры позволяют утверждать, что в данной группе факт обращения за СМП, в подавляющем большинстве случаев, состоялся в пределах 5 мин. от момента остановки кровообращения. Это значит, что у этих пациентов имела вероятность продления состояния клинической смерти, если бы до прибытия бригады СМП кто-нибудь проводил им непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, то есть, имелся шанс полноценного оживления.

Следующая группа пациентов составила 190 человек (9,2 %). У них длительность остановки кровообращения была неизвестна, признаков биологической смерти не было и СЛР до приезда бригады СМП не проводилась. Среднее время ожидания бригады СМП в этой группе составило $9,8 \pm 0,3$ мин. Учитывая тот факт, что остановка кровообращения у этих пациентов произошла до момента обращения за СМП, можно утверждать, что ее длительность, в среднем, превышала 6 мин. Предполагать у них наличие состояния клинической смерти на момент осмотра в подавляющем большинстве случаев невозможно, а значит, и возлагать надежды на успешное проведение СЛР у этих больных нельзя.

Группа больных с предполагаемым состоянием клинической смерти на момент осмотра составила 154 человека (7,5 %). Длительность остановки кровообращения менее 6 мин. была зарегистрирована в этой группе только у 48 пациентов. У 106 больных она превышала 6 мин. или была неизвестна, однако им до прибытия бригады проводились реанимационные мероприятия лицами, находившимися в этот момент поб-

лизости. Кровообращение было восстановлено у 14 больных ($9,1 \pm 2,3$ %), которые впоследствии были госпитализированы.

Группа пациентов с остановкой кровообращения, возникшей в присутствии бригады СМП, составила 310 человек (15 %). Из них у 19 чел. кровообращение было восстановлено ($6,1 \pm 1,4$ %), и пациенты госпитализированы.

Таким образом, суммируя полученные данные (приведенные выше 815, 596 и 190 человек), можно считать, что в 77,6 % случаев эффективность проведения реанимационных мероприятий была сомнительной вследствие позднего вызова СМП. Из них, в 11,8 % случаев длительность остановки кровообращения у больных не превышала 15 мин. В том случае, если бы очевидцы смерти начали проводить простейшие реанимационные мероприятия, они могли бы предоставить этим пациентам (11,8 %) шанс на выживание, продлив состояние клинической смерти до приезда бригады СМП.

Проведение мероприятий СЛР очевидцами до прибытия бригады СМП выполняется редко (6,4 %), но позволяет спасти больных — вывести из состояния клинической смерти и доставить их живыми в больницы для лечения. Из этого следует, что простейшие мероприятия СЛР до приезда бригады СМП и их быстрое прибытие с момента вызова может увеличить количество спасенных больных, у которых регистрировалась клиническая смерть от ИБС.

Следовательно, необходимо обучать население приемам первой помощи и СЛР. Для этого надо создавать специальные учебно-методические центры, оснащенные тренажерами и другими средствами обучения. При организации подобного обучения следует определить, кого, чему и как обучать, чтобы сформированная система подготовки была эффективной.

Т.А. БАКАНОВА, О.Г. РЕЗНИКОВ, И.М. СУТУЛИНА

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ БРИГАДЫ

С 1996 года при отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных Кемеровского областного перинатального центра функционирует специализированная неонатальная выездная реанимационно-консультативная бригада (ВРКБ). Основными задачами бригады являются обеспечение высококвалифицированной реанимационной помощи новорожденным в родильных домах; оказание методи-

ческой и консультативной помощи по вопросам реанимации и интенсивной терапии врачам родильных домов; осуществление транспорта новорожденных из родильных домов в неонатологические отделения перинатального центра.

Сотрудниками бригады стали врачи и медицинские сестры, имеющие специализацию по анестезиологии и реаниматологии, а также практический опыт работы по неонатальной реанима-



ции. При необходимости, в состав бригады включаются врачи других специальностей: детские хирурги, неврологи, инфекционисты, врачи лучевой диагностики и др. Бригада работает в круглосуточном режиме, оснащена реанимобилем (на базе автомобиля «Газель»), для получения оперативной информации используется радио- и телефонная связь.

Отмечается постоянный рост интенсивности работы бригады. Количество вызовов в течение 8 лет увеличилось в 9 раз — со 120 до 1078 в год. Около 80 % из них выполняется в г. Кемерово. В 27 % случаев целью выезда является консультация новорожденных и осуществление сложных лечебных манипуляций (катетеризация центральных вен, дренирование плевральной полости и др.), в 73 % случаев — транспорт новорожденных в тяжелом состоянии. Благодаря улучшению технической оснащенности бригады, новорожденные дети транспортируются с использованием аппаратной ИВЛ, инфузионной терапии, под контролем состояния жизненно-важных параметров.

В последние годы у бригады появились новые функции. В 2002 г. в неонатологической практике г. Кемерово начал использоваться сурфактант для лечения и профилактики респираторного дистресс-синдрома у глубоко недоношенных детей. Технология сурфактант-терапии была внедрена сотрудниками бригады в родильных домах города, введение сурфактанта было

осуществлено 36 детям непосредственно в родильных домах, что дало четкий положительный клинический эффект. Бригада обеспечивает безопасную транспортировку новорожденных детей, а при необходимости и анестезиологическое пособие, для диагностики сложной перинатальной патологии с использованием компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, эхокардиографии и других методов на базе лечебных учреждений города. Этот вид помощи получают до 200 новорожденных в год. Благодаря бригаде, появилась возможность транспортировки тяжелобольных детей первых месяцев жизни с врожденными пороками сердца и нарушениями сердечного ритма на оперативное лечение в специализированные кардиологические клиники Москвы, Новосибирска и Томска.

Бригада явилась недостающим звеном в системе организации неонатальной службы и обеспечила оказание новорожденным детям медицинской помощи на современном уровне. Это позволило снизить показатель неонатальной смертности в г. Кемерово и Кемеровской области только за последние 5 лет на 24 %. Однако дальнейшее развитие неонатальной реанимационной службы сдерживается отсутствием отдельных реанимационных бригад для города Кемерово и области, высокой изношенностью единственного реанимобиля. В настоящее время решение этой проблемы является одной из неотложных задач здравоохранения нашего региона.

В.С. БАКУЛИН

ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

О САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ В ММУ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КЕМЕРОВО

В соответствии с санитарными правилами Минздрава России от 2001 г., начиная с 2003 г. в ММУ ГКССМП готовятся программы организации и проведения производственного контроля за выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий и на 2004 год программа утверждена директором ГКССМП и согласована с ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово.

Данный документ содержит предусмотренные правилами разделы: в январе 2004 г. приказом по учреждению определены ответственные лица за выполнение производственного контроля; установлены перечень веществ, физических и иных факторов опасности для работников станции; проводится бактериологический контроль объектов внешней среды; выявлены вредные произ-

водственные вещества у работающих, точки их замеров и кратность.

Кроме того, выделены должности работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам; подготовлен план профилактических прививок против дифтерии, вирусного гепатита В, гриппа; намечены лабораторные обследования медицинского персонала на маркеры вирусных гепатитов В и С.

Следует отметить, что имеется план гигиенического обучения персонала по обращению с медицинскими отходами и мероприятия визуального контроля за выполнением противоэпидемических мероприятий.

Заключены договора с ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово на бактериологические исследования, с ПК Вторполимер — на ути-



лизацию одноразовых шприцев и систем после из дезинфекции, на уничтожение наркотических и психотропных медикаментов, на стирку медицинской спец. одежды и белья, удаление твердых бытовых отходов и на демеркуризацию отработанных ртутьсодержащих ламп.

Результаты выборочного бактериологического контроля за 6 месяцев 2004 г. показали, что исследованные 6 проб медицинского инструментария и перевязочного материала, 20 смывов на микробную обсемененность и 2 пробы воздуха соответствуют нормативам и свидетельствуют о достаточном уровне противоэпидемического режима.

Вместе с тем, из-за недостаточного бюджетного финансирования, не решаются вопросы оценки условий труда с проведением лабораторных испытаний.

Проведенные в 2003-2004 гг. городские тренировочные учения коллектива ГКССМП по вопросам атипичной пневмонии и особо опасных инфекций показали высокую готовность учреждения в случае возникновения ЧС на территории города.

В целом, организацию работы администрации и персонала ГКССМП по исполнению санитарно-гигиенических и противоэпидемических вопросов можно оценить положительно.

В.Н. БЕЛЫХ, И.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ю. ПРОСЕКОВА
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского — многопрофильная больница на 760 коек. Ежемесячно обращаются за медицинской помощью до 3000 чел., из них, по экстренной помощи поступают около 80 %, плановых больных — 20 %.

Нами проведен анализ обращений пациентов по экстренной помощи в приемное отделение за 8 месяцев. Так, к нейрохирургам обратились 6042 чел. (38,4 %), к хирургам — 3194 чел. (18,3 %), к травматологам — 2097 чел. (13,8 %), к гинекологам — 2173 чел. (13,3 %), к терапевтам — 1528 чел. (8,5 %), к неврологам — 1450 чел. (7,7 %). Обращено внимание на 2 пика обращаемости — в январе и июне, преобладание мужчин (56,5 %) над женщинами (43,5 %) и лиц пенсионного возраста (59,1 %).

Среди доставленных по экстренной помощи преобладала ЧМТ, удельный вес которой составил 31,9 % среди всех поступивших больных, из них в 52 % случаев диагноз подтвердился, а в 48 % был изменен. На втором месте по обращаемости — пациенты с различными травмами, включая сочетанные — 12,7 %, при этом госпитализируются только 73 %. На третьем месте — пациентки с угрозой прерывания беременности (760 чел. или 4,6 %) и маточными кровотечениями (456 чел. или 2,8 %).

Среди больных с хирургической патологией лидирует патология гепатопанкреатодуоденаль-

ной зоны — до 14,4 % всех обратившихся, из них, после дообследования, диагноз не подтверждается у 20-40 % больных. С подозрением на острый аппендицит доставлено 383 чел. (2,3 %), диагноз подтвержден в 75 % случаев. У пациентов с желудочно-кишечным кровотечением (1,7 % от всех больных с хирургической патологией) диагноз не подтвердился в 3 %. Тупая травма живота составила 5,1 %, диагноз не подтвержден в 33,3 % случаев. Больных с ущемленной грыжей составили 0,7 %, расхождение — 0,7 %. С диагнозом тромбозы вен доставлено 3,5 % больных хирургического профиля, расхождение диагноза — в 10 %. Среди больных терапевтического профиля преобладали пациенты с острой пневмонией (351 чел., 22,9 %) и больные с декомпенсацией сахарного диабета (229 чел., 14,9 %). При этом диагноз пневмонии подтвердился только у 69,9 % доставленных бригадой СП. Больные с ХОБЛ и бронхиальной астмой составили 211 чел. (13,8 %). Среди поступивших с неврологической патологией, у 60 % больных выявлено ОНМК, у 18,3 % — ДЭП, в 21,8 % случаев — другая патология (остеохондроз, невралгии, нейропатии т.д.).

Данный анализ позволяет оптимизировать работу приемного отделения с привлечением диагностических служб больницы, составить штатное расписание приемного отделения и рассчитать потребность в медикаментах.



С.И. БУКША, М.В. МАКУЛЬКИНА
Специализированный дом ребенка № 1,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА

Специализированный дом ребенка № 1 находится в Кировском районе города Кемерово. Особенностью работы 100-ко-ежного учреждения являются:

- ранний возраст детей;
- высокий удельный вес детей-инвалидов (0,23-0,25);
- наличие у 70 % детей болезней нервной системы, у 13 % детей — врожденных аномалий и хромосомных нарушений;
- наличие у большинства детей фоновой патологии (недоношенность, гипотрофия, анемия, рахит);
- наличие у 30 % детей вторичного иммунодефицита.

В доме ребенка созданы благоприятные условия для проживания детей, организован медицинский контроль за состоянием их здоровья, проводится комплекс реабилитационных мероприятий.

Однако уровень заболеваемости в учреждении не снижается, и в 2001-2003 гг. оставался на уровне 528-591 ‰. Ведущее место в структуре заболеваемости стабильно занимают острые респираторные вирусные инфекции, на втором месте — обострения перинатальной патологии.

Палитра медицинских ситуаций, требующих оказания неотложной помощи, включает весь спектр педиатрических проблем: гипертермия, судороги, острая сердечная недостаточность, ост-

рая дыхательная недостаточность, боли в животе, инородное тело, острая внутричерепная гипертензия и др.

В дневное время помощь оказывается врачами-педиатрами, в ночное время — медицинскими сестрами дома ребенка. В работе используются общепринятые протоколы оказания неотложной помощи, имеется необходимый набор медикаментов. При отсутствии врача, после оказания ребенку доврачебной помощи, медицинская сестра проводит вызов бригады скорой помощи для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения ребенка.

В среднем количество вызовов бригады скорой помощи в дом ребенка составляет 0,3-0,5 вызова в день, в период эпидемиологического неблагополучия — до 2-х вызовов в день. Средняя длительность времени ожидания бригады скорой помощи составляет 30-60 мин.

Одной из проблем является оказание urgentной помощи некурабельным детям, что обусловлено тяжестью патологии и малой эффективностью лечебных мероприятий.

В связи с особенностями условий оказания медицинской помощи в специализированном доме ребенка, имеется необходимость обеспечения круглосуточного врачебного наблюдения, придания группе, где выхаживаются некурабельные больные, статуса «хосписа».

Л.А. ГЛЕБОВА, С.В. ИВАНОВ, В.И. ЗАЙЦЕВ, В.В. БРАЙЛОВСКИЙ
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Одним из показателей влияния факторов внешней среды на состояние здоровья населения, по литературным данным, можно считать неотложные состояния среди городского населения.

Поводом для наших исследований послужили неоднократные жалобы населения на сильные неприятные запахи в атмосферном воздухе в течение июня 2004 г.

Аналізу были подвергнуты результаты исследований воздуха гидрометеорологической службы на стационарных постах и разовых измерений, проведенных специалистами ЦГСЭН.

Для установления возможного влияния обнаруженных загрязнений воздуха на здоровье населения, анализу подвергнуты данные станции скорой медицинской помощи о регистрации вызовов в зависимости от места проживания и по разным группам заболеваний.

Установлено, что в атмосферном воздухе г. Кемерово в течение 20 дней июня 2004 г. максимально разовые концентрации некоторых опасных для здоровья веществ в различных точках города превышали предельно-допустимые концентрации (ПДК). Среди них такие, как фенол, анилин, двуокись азота, аммиак, гидрохлорид,



хлор, сера диоксид. Таким образом, наличие в атмосферном воздухе указанных ингредиентов в повышенных количествах могло привести к образованию неприятных запахов. Источниками загрязнения могли явиться предприятия промышленных узлов Заводского и Кировского районов города.

Возникновению стойких неприятных запахов способствовало и то, что в дни регистрации превышения ПДК указанных ингредиентов скорость ветра не превышала 2-3 м/сек.

Анализ вызовов, поступивших на станцию скорой медицинской помощи (ССМП) за июнь 2004 г., показал, что достоверных различий между дневными и недельными показателями обращаемости населения в целом по городу не отмечено. Однако наибольшее число жалоб поступало с территорий Кировского и Рудничного районов. Поэтому мы сравнивали обращаемость населения за неотложной помощью на ССМП в правобережной и левобережной частях города.

Проведенный анализ показал, что обращаемость населения по всем классам заболеваний на изучаемых территориях достоверно не отлича-

лась. Однако обращаемость населения на ССМП в связи с заболеваниями органов дыхания имела существенные различия по отдельным дням.

Так, с острыми и хроническими бронхитами отмечались высокие показатели обращаемости населения в правобережной части города с 10 по 12 июня, с 22 по 24 июня 2004 г., по сравнению с левобережной.

Анализ данных по уровню загрязнения атмосферного воздуха на изучаемой территории показал, что накануне заболеваемости острыми и хроническими бронхитами отмечалось превышение в 1,5-2 раза ПДК по хлору, диоксиду серы, диоксиду азота, диметиламину. Все эти химические вещества обладают рефлекторно-резорбтивным действием.

Таким образом, загрязнение атмосферного воздуха вредными веществами может являться одной из причин возникновения неотложных состояний среди населения города. Но для полной характеристики степени риска возникновения неотложных состояний под влиянием факторов окружающей среды требуется длительное наблюдение с учетом всех метеорологических факторов.

О.И. КОЧЕМАСОВА, Т.М. ВАКУЛОВА
*МУЗ Детская клиническая больница № 7,
г. Кемерово*

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В МУЗ ДКБ № 7

Для улучшения качества и доступности медицинской помощи детям и подросткам, в МУЗ ДКБ № 7 в 2002-2004 гг. взят курс на активное развитие и внедрение новых и прогрессивных организационных технологий: совершенствование деятельности дневных стационаров и стационара на дому, реформу сестринского дела, межведомственный подход к решению многих задач, алгоритмизацию деятельности регистратуры, ретроспективный анализ госпитализации.

В 2003 году также внедрена и в полной мере функционирует программа мониторинга обслуживания вызовов Скорой медицинской помощью во взаимодействии с территориальными поликлиниками.

Программа рассчитана на улучшение преемственности в работе двух звеньев: амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) и скорой медицинской помощи (СМП). К сожалению, из-за отсутствия статистики прошлых лет, нельзя сказать о динамике вызовов по СМП. Но уже наглядным и положительным является показатель числа вызовов по СМП за 2003 год на

1000 детей, равный 209 случаям, в то время как общий показатель по г. Кемерово (по муниципальному заказу) ориентирован на 312 случаев на 1000 жителей.

Несомненно, положительную роль в уменьшении числа состояний, требующих экстренной помощи и госпитализации, сыграла широко развернутая кампания оздоровления детей в 2003 году по итогам всеобщей диспансеризации 2002 года. В МУЗ ДКБ № 7 92 % всех детей от числа подлежащих были охвачены различными формами оздоровления.

Принципиально новым в организации деятельности поликлиники, позволившим более оперативно и дифференцированно подходить к вызовам СМП, явилась алгоритмизация приема вызовов в регистратуре. Дело это абсолютно новое для поликлиники, но сам принцип работы заимствован у СМП. Многим известно, как зачастую вынужденно долго приходится ожидать участкового врача. Регистратор, принимающий вызов, не имеет медицинского образования и записывает его безотказно по звонку родственников, которые, в свою очередь, не могут оценить тяжесть состояния ре-



бенка. А между тем, именно минуты решают многое. Выстраивая разговор в определенной последовательности, в зависимости от ведущего симптома болезни, на который указывает родственник больного, регистратор дифференцирует вызов с помощью алгоритма на экстренный (для СМП), и отсроченный (для участкового врача).

Пример одного из алгоритмов вызова врача на дом:

У ребенка первого года жизни повысилась температура тела. Мама звонит в регистратуру поликлиники, чтобы вызвать врача на дом. Регистратор выясняет, сопровождается ли подъем температуры судорогами, рвотой или жидким стулом. При наличии хотя бы одного из перечисленных симптомов, вызов оформляется на СМП. В остальных случаях вызов записывается участковому врачу.

В Государственной концепции развития здравоохранения до 2010 года важная роль отводится первичному звену — амбулаторно-поликлинической службе. Система организации внебольничной медицинской помощи с применением стационар-замещающих технологий, алгоритмизацией приема вызовов в регистратуре и мониторингом обслуживания вызовов СМП во взаимодействии с территориальной поликлиникой, при полноценной диспансеризации больных и многообразных формах оздоровления детей, способствует улучшению доступности и качества медицинской помощи детям, в том числе экстренной и неотложной.

Такая система также позволяет управлять потреблением населением стационарной помощи и услуг скорой медицинской помощи.

О.В. ПОСТНИКОВА, С.Д. НИКОНОВИЧ
*Кемеровский областной медицинский колледж,
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Трудовая деятельность занимает в нашей жизни значительное место. И чем благоприятнее будет протекать трудовой процесс, тем более гармонично будет жизнь медицинского работника в целом.

В последнее время значительно возросло количество людей, предпочитающих пользоваться услугами персонала скорой медицинской помощи. Потому что возникла масса стационар-замещающих технологий, курсов платного лечения, повысилась плата за лекарства. Это привело к появлению пациентов с запущенными формами заболеваний, увеличилось количество больных в крайне тяжелом состоянии, отказывающихся от госпитализации или не выполняющих рекомендации участковых врачей из-за отсутствия финансовой возможности.

Таким образом, медицинский персонал скорой медицинской помощи находится в постоянном эмоциональном напряжении (непредвиденные ситуации на вызовах, сложная дорожная обстановка, масса сочетанных технологий, решения тактических вопросов и прочее). Психо-эмоциональное напряжение, экстремальные условия труда, эмоциональное выгорание, постоянные стрессовые ситуации могут привести к возникновению у медицинских работников критического

состояния. Поэтому личностные качества людей часто имеют решающее значение. Работники скорой медицинской помощи должны обладать достаточными личностными ресурсами для преодоления критических ситуаций, так как от этого зависит здоровье и жизнь пациента.

На базе ГКССМП г. Кемерово нами было проведено психологическое исследование с целью определения личностных ресурсов фельдшеров и медицинских сестер, позволяющих им справляться с профессиональными стрессами.

Для достижения цели исследования были изучены: личностные ресурсы медицинских работников скорой медицинской помощи — стрессоустойчивость и уровень субъективного контроля:

- исследованы психо-эмоциональное состояние, базовое состояние личности (САН) и психологический климат в коллективе;
- изучены степень удовлетворенности трудом и условиями труда.

Проведенная работа выявила критерии, по которым:

1. Может производиться профессиональная ориентация учащихся для поступления в учебные медицинские учреждения.
2. Можно оптимально формировать выездные бригады.



3. Возможно своевременно оказывать помощь медицинским работникам в плане коррекции эмоциональных состояний и развития профессиональной стрессоустойчивости.
4. Можно оказывать помощь в профессиональной ориентации медицинским работникам, т.е., исходя из личных ресурсов и личностных особенностей, выбирать варианты оптимальной профессиональной деятельности.

Были проведены психологические исследования психо-эмоциональной сферы, свойств личности и удовлетворенности трудом среди фельдшеров и медицинских сестер, работающих на Городской клинической станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Кемерово.

В исследовании принимали участие 60 человек — 40 женщин и 20 мужчин в возрасте 22–64 лет.

В результате исследования личностных ресурсов, высокий уровень стрессоустойчивости выявлен в 30 % случаев (18 чел.), средний — в 45 % (27 чел.), низкий — в 25 % (15 чел.). Т.е., большинство медицинского персонала успешно адаптируются к воздействиям стрессогенных факторов.

Уровень тревожности у 2/3 испытуемых был низким и средним, т.е. большая часть испытуемых в критических ситуациях реагируют адекватно, их компенсаторные механизмы функционируют эффективно.

При исследовании уровня субъективного контроля выявлено, что в группе испытуемых преобладают люди (75 %), которые обладают большой личной ответственностью за свои поступки и свою профессиональную деятельность.

Изучив психо-эмоциональное состояние, мы сделали вывод, что базовое состояние медицинских работников находится на достаточно высоком уровне.

Психологический климат в коллективе можно охарактеризовать как благоприятный, т.к. отношения отмечены дружбой, теплотой, взаимопомощью. Хотя все члены коллектива в той или иной степени не удовлетворены условиями труда (состояние рабочего оборудования, набора медикаментов, состояние выездных машин), но привлекательность труда достигнута за счет удовлетворения потребности в творческой и интересной работе, теплых и доверительных отношениях в коллективе, удобного сменного графика работы.

За счет того, что удовлетворены базовые потребности, не возникает внутреннего конфликта, следовательно, не возрастает тревожность, стрессоустойчивость остается на достаточно высоком уровне, климат в коллективе положительный, а некоторая неудовлетворенность условиями труда воспринимается коллективом как временная трудность.

У испытуемого контингента эмоциональная напряженность обусловлена, в частности, ответственностью за жизнь и здоровье людей, особенностью работы в экстремальных условиях дефицита времени и режима работы (загруженность, воздействие профессиональных вредностей).

Таким образом, требования, предъявляемые к медицинским работникам скорой помощи в условиях нестабильной социально-экономической ситуации, снижения уровня общей культуры общества, обесценивания личности, высокой эмоциональной нагрузки и физической работоспособности, а так же постоянного стрессового воздействия на организм, дают основание для проведения дальнейших многократных динамических психологических исследований и проведения серий занятий, направленных на психологическую разгрузку и усиление сплоченности в коллективе. А так же — для осуществления психологических мероприятий по улучшению условий труда.

Л.И. ТЕМЕРХАНОВА, С.Д. НИКОНОВИЧ,
О.Л. КУЛЫШЕВ, С.В. МАЛИНОВСКИЙ
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5 И ГКССМП Г. КЕМЕРОВО

Скорая медицинская помощь — важная часть аварийно-спасательных систем (службы 01, 02, 03), организуемых местными властями на своих территориях во исполнение конституционных прав граждан на охрану личного достоинства, имущества, собственности, жизни и здоровья.

Нет секрета в том, что 50 % работы скорой медицинской помощи составляют вызовы к больным с обострениями хронических заболеваний, которые требуют системного лечения и обследования прежде всего в поликлинике. Синдромная терапия этапа скорой помощи изначально не направлена на лечение этой категории больных, а порой она



только вредит им, при отсутствии дальнейших назначений по лечению основного заболевания.

Учитывая высокую затратность и недостаточную эффективность подобного использования бригад «СМП», необходимо искать пути снижения необоснованной обращаемости населения за этим видом помощи. В этих условиях взаимодействия двух служб — «скорой» и поликлиники — для реального представления работы с неотложными больными просто необходимо.

Благодаря внедрению компьютерной технологии приема, передачи вызова, обработки оперативной информации и созданию базы данных о выполненных вызовах, появилась технологическая возможность передавать необходимую поликлиникам информацию по модемной связи.

Объем передаваемых сведений включает в себя время обращения, паспортные данные больного, адрес, диагноз, результат вызова (оставлен дома или госпитализирован в стационар).

Ежедневно, в определенное время, поликлиника получает от ССМП информацию о пациентах, которым за предыдущие сутки бригадами ССМП была оказана помощь.

По мере доработки и совершенствования программ, появилась возможность проводить анализ вызовов не только к пациентам, часто обращающимся за помощью на ССМП, но и получать информацию по участкам и участковым подразделениям о количестве вызовов в часы работы поликлиники, а также пофамильные списки пациентов.

Обрабатываемая на сегодняшний день связь между ССМП и поликлиникой позволяет:

- выявлять пациентов с серьезными заболеваниями, ранее не обращавшихся за медицинской помощью в поликлинику, проводить им базовую терапию и взять их под постоянное наблюдение, вплоть до лечения в стационаре на дому, либо в стационаре круглосуточного пребывания;
- осуществлять контроль за пациентами, госпитализированными по экстренной помощи, и посещать их после выписки для дальнейшего наблюдения и лечения;

- проводить анализ экстренной госпитализации для ее снижения.

Анализ вызовов на ССМП, проведенный на сегодняшний день, показал, что практически все пациенты, обращающиеся более 3-х раз в месяц за помощью на ССМП, хорошо известны врачам поликлиники, они регулярно, не реже 1 раза в неделю, а по показаниям и чаще, посещаются участковыми врачами на дому. Большинство таких пациентов пролечены в стационаре круглосуточного пребывания, в стационаре на дому, и им назначена полноценная базисная терапия. Основную часть часто вызывающих скорую помощь составляют лица престарелого возраста, старше 60 лет, страдающие заболеваниями бронхо-легочной системы, сердечно-сосудистой системы, ишемической болезнью сердца, атеросклеротическими поражениями сосудов головного мозга и сердечно-сосудистой системы. Причины обращений на ССМП у них различны, от чисто банальных «имею право», до социальных (нехватка средств для приобретения необходимых для лечения препаратов). За период внедрения модемной связи между ССМП и поликлиникой, четко прослеживается снижение количества вызовов пациентами ССМП, что подтверждается статистическими данными (табл.).

Таблица

Годы	Всего вызовов	Количество вызовов на 1000 населения
2000	21430	230
2001	20855	223
2002	19321	209
2003	17653	189
2004 (7 мес.)	8814	163

На наш взгляд, преемственность в работе ССМП и поликлиники позволяет более эффективно использовать мощности ССМП и повысить качество оказания медицинской помощи населению в районе обслуживания учреждения.

Э.М. ШПИЛЯНСКИЙ, И.С. ЯНЕЦ, Е.И. КУРАКИНА
МУ Управление здравоохранения администрации,
г. Кемерово

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

Город Кемерово — административный центр Кемеровской области, с населением 523 тыс. чел. В городе 53 лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе ОМС, в том числе:

- 32 муниципальных учреждения,
- 16 больниц, из них: 3 ведомственные, 6 областных, 1 больница другой территории (ЦРБ Кемеровского района),
- 11 муниципальных поликлиник,



- 6 ведомственных медико-санитарных частей,
- 5 стоматологических поликлиник,
- сеть дневных стационаров,
- 2 центра амбулаторной хирургии.

Объемы медицинской помощи, оказанной в 2003 году, представлены в таблице.

Таблица

Число посещений	5163958
Число коек дневного стационара	460
Пролечено в дневном стационаре	26718
Пролечено в стационаре на дому	7115
Число коек в стационаре	3195
Пролечено в стационарах	88778

Уровни оказания медицинской помощи: ССМП — экстренная неотложная помощь; поликлиника — амбулаторная помощь, дневной стационар, стационар на дому; стационар — интенсивный этап лечения, долечивание.

В 2002 году Управление здравоохранения администрации г. Кемерово, в целях оптимизации лечебно-диагностического процесса, экономии финансовых средств бюджета и ОМС, организовало работу по преемственности оказания медицинской помощи.

Для организации работы по преемственности, было важно организовать оперативность в передаче данных. Для этого было решено использовать модемную связь, как самую дешевую передачу данных в электронном виде. Инфраструктура по предоставлению выделенных каналов в конце 2002 г. в городе была развита совсем слабо. Для оперативной передачи данных в электронном виде в «Городском Интернете» (внутригородская сеть, поддерживаемая ГТС: Интернет в черте города — оплата только за телефон) создан раздел для учреждений здравоохранения города, для каждого ЛПУ заведено необходимое количество электронных ящиков. Во все амбулаторно-поликлинические учреждения, на станцию скорой медицинской помощи, в стационары были установлены модемы и подключена электронная почта в «Городском Интернете».

Выделили два направления в преемственности ведения больных:

1. Скорая помощь — поликлиника.
2. Стационар — поликлиника.

С августа 2002 года начали заниматься организацией автоматизированного контроля за обращаемостью на станцию скорой медицинской помощи.

Цель взаимодействия ССМП и амбулаторно-поликлинического учреждения:

- управление показателем обращений на ССМП,
- экономия финансовых затрат по обращаемости населения на ССМП,

- оказание больным своевременной медицинской помощи,
- оптимизация деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.

Для регулирования процесса обращаемости населения на станцию скорой медицинской помощи мы использовали автоматизированные системы по учету поступивших вызовов на станцию скорой медицинской помощи и персонализированного учета населения, прикрепленного к поликлинике. Выработан алгоритм автоматизированного контроля обращаемости на СП и динамики вызовов. Ежедневно до 12 часов, по электронной почте, со станции скорой медицинской помощи в поликлиники отправляется информация о вызовах, поступивших за предыдущие сутки от пациентов с хроническими заболеваниями и другими неотложными состояниями. Объем передаваемых сведений включает в себя время обращения, паспортные данные больного, диагноз, результат вызова (оставлен дома или госпитализирован в стационар).

На основе базы данных прикрепленного населения и базы данных поступивших вызовов, в поликлинике работает информационная система, которая позволяет получить данные для анализа работы поликлиники в целом и каждого участкового врача в частности. Это следующие отчеты:

- вызовы скорой помощи по участкам;
- список больных, оставленных на месте;
- вызовы по полу и возрасту;
- выявление групп пациентов, наиболее часто обращающихся на скорую помощь;
- вызовы, поступившие в часы работы поликлиники.

Все эти данные позволяют оценить адекватность проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий. В результате проводимых анализов данных, можно оценить работу участкового врача на дому, в том числе с лицами «старшего поколения», качество диспансерного наблюдения; выявить несвоевременность перевода на стационарный этап или стационар-замещающие технологии и, в конечном итоге, разработать мероприятия, которые ведут к сокращению количества вызовов скорой медицинской помощи.

За 1,5 года работы число больных, осуществляющих вызовы более 10 раз, сократилось с 314 до 107, более 7 раз — с 596 до 115.

Второе направление по преемственности оказания медицинской помощи: стационар — поликлиника. К этой работе мы приступили в 2003 году.

Для организации работы по единому учету этапов лечения пациентов в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи, Управлением здравоохранения было разработано Временное положение «О порядке организации преемственности ведения и учета больных в



условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи». В положении определены:

- порядок учета и анализа этапов ведения больных на стационарном и амбулаторном уровнях;
- схема информационных потоков по преемственности ведения больных;
- структура данных, передаваемых из стационара в поликлинику.

При поступлении больного в стационар, из приемного отделения подаются сведения о поступивших за предыдущие сутки до 11 часов специалисту, ответственному за передачу данных, который организует ввод информации о поступивших больных для проверки достоверности полиса и отправляет в ТФ ОМС.

При переводе больного со стационарного этапа лечения на долечивание в амбулаторных условиях, лечащий врач стационара в день выписки предоставляет карту выбывшего специалисту, ответственному за передачу данных.

Специалист, ответственный за передачу данных, организует ввод информации в компьютерную базу данных «Стационар» и передачу данных по электронной почте в СМО ГБК «Кемерово» до 13 часов следующих суток после выписки. Из СМО информация о выписанных больных поступает в поликлинику.

В поликлинике информация о пациенте, который должен появиться, поступает участковому врачу (паспортная часть, диагноз, дата поступления в стационар, дата выписки, вид госпитализации, соц. статус, код стационара).

Оперативность предоставления информации позволяет без потерь отслеживать потоки больных после выписки из стационара, сохранять принцип преемственности в оказании медицинской помощи на различных этапах, повышать медицинскую и социальную реабилитацию хронических больных.

Управлением здравоохранения ежеквартально проводится анализ передаваемой информации (количественный анализ, периодичность передаваемых данных, качество заполнения информации).

Таким образом, можно сделать вывод, что оперативная передача, посредством современных информационных технологий, информации в поликлиники города о вызовах на ССМП, о выписанных из стационара на этапы долечивания больных, позволяет оптимизировать работу службы ССМП и участковой сети:

- без потерь отслеживаются потоки больных после выписки из стационара;
- улучшается качество оказания медицинской помощи больным с хронической патологией;
- снижаются финансовые затраты здравоохранения города.

В результате проведенной работы достигнуты:

- управляемость вызовами медицинской помощи;
- повышение ответственности по неотложной помощи;
- возможность управления потоками больных (скорая — стационар — поликлиника) в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи;
- повышение качества медицинской помощи.





НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ





Е.В. ГОРБУНОВА, О.М. ПОЛИКУТИНА, И.А. КУДРЯВЦЕВА,
С.А. МАКАРОВ, С.А. БЕРНС, О.Л. БАРБАРАШ
*Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово*

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОПАНОРМА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

В последнее время для предупреждения пароксизмальной мерцательной аритмии (ПМА) активно используется антиаритмический препарат пропанорм.

Цель исследования — оценить эффективность профилактической антиаритмической терапии ПМА пропанормом у пациентов без органического поражения сердца. Из исследования исключались пациенты с нарушением систолической функции левого желудочка, патологией щитовидной железы.

Проведено обследование 21 пациента (12 мужчин и 9 женщин) в возрасте $55,3 \pm 8,5$ лет, которым в течение шести месяцев проводилась терапия пропанормом в дозе 450-600 мг/сут.

Проспективно анализировались следующие клинические результаты: время межприступного периода, количество приступов тахикардии, их характер, возможность купирования. Оценивались показатели ЭКГ (12-канальный электрокардиограф), ЭхоКГ (ультразвуковой сканер), качество жизни (КЖ) пациентов (анкета «Качество жизни больных с аритмиями»).

На фоне профилактической антиаритмической терапии пропанормом только у трех пациентов через $3,5 \pm 1,8$ месяцев зарегистрирован ПМА, купируемый приемом пропанорма 450 мг.

Пропанорм достоверно ($p < 0,05$) замедлял атриовентрикулярное и внутрижелудочковое проведение. Отмечено удлинение PQ и QRS на 13 % и 20 %, соответственно. Не отмечено существенного влияния исследуемого препарата на систолическую и диастолическую функцию левого желудочка. Суммарный показатель КЖ у больных с ПМА до приема пропанорма составлял $30,6 \pm 2,1$ балла. Через 6 месяцев отмечено уменьшение данного показателя до $17,2 \pm 1,9$ баллов ($p < 0,01$), что свидетельствовало об эффективности проводимой антиаритмической терапии.

Таким образом, с учетом клинических, ЭКГ и ЭхоКГ данных, а также анализа КЖ, пропанорм является достаточно эффективным препаратом для профилактического лечения ПМА у пациентов без органического поражения сердца.

Е.В. ГОРБУНОВА, С.А. МАКАРОВ, Т.А. УСОЛЬЦЕВА,
О.М. ПОЛИКУТИНА, О.А. ТРУШИНА
*Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово*

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОПАНОРМА

В последнее время отмечается повышенный интерес к оценке качества жизни (КЖ) у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Изучение КЖ у больных с нарушениями сердечного ритма особенно актуально при выявлении эффективности назначенной терапии и может быть важным дополнительным критерием при подборе антиаритмических препаратов.

Целью исследования явилось изучение динамики КЖ больных с идиопатической пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на фоне антиаритмического препарата ПРОПАНОРМ.

Обследованы 21 пациент (12 мужчин и 9 женщин) в возрасте $55,3 \pm 8,5$ лет с пароксизмальной

формой фибрилляции предсердий на фоне приема пропанорма 450-600 мг/сут в течение трех месяцев.

Для оценки КЖ использовалась анкета «Качество жизни больных с аритмиями», состоящая из 21 пункта и позволяющая оценить функциональный статус пациентов, выраженность клинических симптомов аритмии и степень возникающих в связи с этим ограничений в повседневной жизни. Оценка проводилась количественно, от 0 до 4 баллов.

Выявлены причины снижения КЖ: 76,5 % больных беспокоили приступы одышки; 98,5 % — появление беспокойства, тревоги за свое здоровье, жизнь, судьбу, снижение настроения, чувство подавленности; 90,8 % больных фиксировали



свое внимание на работе сердца, ожидании приступов сердечбиения; 95 % — необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному перенапряжению; 81 % — ухудшение ночного сна, общая слабость и утомляемость, необходимость ограничивать свои физические усилия, умственную работу; 76,2 % — затруднения в профессиональной сфере, необходимость ограничений нагрузок и, связанное с этим, снижение заработной платы, понижение в должности; 57,2 % — затруднение в поездках из дома куда-либо, ограничение при пользовании общественным транспортом; 66,5 % — затруднения в реализации привычного отдыха, работы по дому, в занятиях спортом, хобби; 48 % — затруднения в сексуальной сфере; 57,2 % — необходимость отказа от употребления алкоголя, кофе, крепкого чая, от курения; 43 % — изменение в отношениях с друзьями и близкими.

При оценке КЖ через 3 месяца приема пропана, обследуемых не беспокоили приступы сердечбиения. Пациенты не фиксировали свое внимание на работе сердца и ожидании приступов сердечбиения. Лишь только в 19 % случаев их беспокоили приступы одышки, общая слабость и

утомляемость, снижение настроения, чувство подавленности, появление беспокойства, тревоги за свое здоровье, жизнь, судьбу. Затруднения в профессиональной сфере из-за необходимости ограничений нагрузок, необходимость ограничивать свои физические усилия, умственную работу, ухудшение сна регистрировались у 43 %; необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному перенапряжению, отказа от употребления алкоголя, кофе, крепкого чая, от курения у 57,2 % больных. Другие причины снижения КЖ при повторном тестировании не указывались.

Суммарный показатель КЖ до приема пропана составил $30,6 \pm 2,1$ балла. Через 3 месяца антиаритмической терапии выявлено уменьшение этого показателя до $17,2 \pm 1,9$ баллов ($p < 0,01$), что свидетельствовало об эффективности профилактического лечения пропаном: улучшение клинических результатов, активизация пациентов и нормализация привычного образа жизни.

Таким образом, изучение КЖ больных с тахикардиями выявляет не только причины снижения КЖ, но и позволяет оценить эффективность антиаритмической терапии.

А.Д. КАРНИЛОВ, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бользни сердечно-сосудистой системы остаются самой частой причиной инвалидности и смертности. Так, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 50 % от общей смертности населения, а смертность при таких заболеваниях, как ИБС, гипертоническая болезнь, сосудистые поражения головного мозга составляет 90 % от смертности при всех заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Из общего числа умерших от острых форм ИБС в течение первого месяца болезни, 67,4 % погибли в первые 6 часов от начала заболевания. Летальный исход, в большинстве случаев, наступил до поступления больного в стационар. Поэтому вопрос о развитии и постоянном совершенствовании кардиологической службы на догоспитальном этапе всегда актуален.

Первая кардиологическая бригада была организована на ГКССМП г. Кемерово в 1962 году. В дальнейшем, в связи с увеличением численности населения, ростом сердечно-сосудистой заболеваемости, и с целью своевременности диагнос-

тики и оказания специализированной кардиологической помощи больным с острыми формами ИБС и ургентной кардиологической патологией, количество кардиологических бригад постоянно увеличивалось. С 1995 г. кардиологические бригады стали именоваться бригадами интенсивной терапии (БИТ).

В настоящее время на ГКССМП г. Кемерово работают 8 специализированных бригад интенсивной терапии: (4 бригады — на Главной, по две — на Центральной и Правобережной подстанциях). На бригадах работают 32 врача, прошедшие специализацию по неотложной кардиологии и имеющие соответствующие сертификаты. Высшую квалификационную категорию имеют 12 врачей, первую — 8 чел., вторую — 3 чел. Из 55 фельдшеров, 17 чел. имеют высшую категорию, 21 чел. — первую, 5 чел. — вторую.

Бригады интенсивной терапии выезжают на вызовы, поступившие от населения с поводом «плохо с сердцем», «аритмия». Бригады оказывают консультативную помощь линейным бригадам,



участковым врачам, врачам стационаров, в которых нет кардиологических отделений, фельдшерам здравпунктов и ФАП, по поводу инфаркта миокарда, острых нарушений сердечного ритма и проводимости, сердечной астмы, отека легких.

Врач кардиологической бригады проходит подготовку не только по интенсивной и неотложной кардиологии, функциональной электрокардиографии, но и по реаниматологии. При отсутствии реанимационной бригады, кардиологическая бригада выполняет вызовы этого профиля и выезжает на поводы: «отравление», «умирает», «без сознания», «ножевое ранение», «дорожная», «передозировка наркотических средств» и т.д., а также по вызовам линейных бригад к больным, находящимся в терминальных состояниях, требующих проведения реанимационных мероприятий. Кардиологическая бригада оснащена специальной аппаратурой, инструментарием и широким набором лекарственных препаратов для оказания экстренной медицинской помощи больным с urgentной кардиологической патологией.

Бригадами интенсивной терапии ГКССМП в 2003 году обслужено 23377 вызовов, что составило 12,9 % от общего количества вызовов по станции. В том числе, вызовов по «скорой помощи» — 21698 (92,8 %), по «неотложной» — 1679 (7,2 %). Направлено на госпитализацию 7384 чел. (31,6 % от количества обслуженных вызовов). Из них госпитализировано 6794 чел. (92 % от числа доставленных). В 0,8 % случаев имело место расхождение диагнозов. Время ожидания начала обслуживания составило 17,6 минуты. Среднее время пребывания у больного составило 23,8 минут. Среднее время, затраченное на вызов, — 48,5 минут. Нагрузка на бригаду составила 8,9 вызовов в сутки. Соответственно, коэффициент загрузки бригад составил 0,33. Профильность равна 86 %.

Подавляющая доля всех вызовов (16327 чел. или 69,8 %) приходится на больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В том числе, из 1626 больных (10 %) с диагнозом «Инфаркт миокарда» госпитализированы 1286 чел. (79,1 %). Зарегистрировано 83 случая (5,1 %) смерти больных до прибытия бригады СП. Смерть от инфаркта миокарда в присутствии бригады СП наступила у 51 больного (3,1 %). 203 больных (12,5 %) отказались от госпитализации, будучи предупреждены о возможных последствиях своего отказа.

Со стенокардией обслужено 4719 больных (20,2 %). Нарушения ритма и проводимости выявлены у 4426 больных (18,9 %). К больным артериальной гипертонией выполнено 3369 вызовов (14,4 %). Сосудистые заболевания ЦНС выявлены у 629 больных (2,7 %). Проведено 15644 элек-

трокардиографических обследований (66,9 % от общего количества вызовов). В 30 случаях проведенные реанимационные мероприятия оказались эффективными.

Увеличение количества вызовов, выполненных бригадами интенсивной терапии, до 23377, обусловлено ростом обращаемости на СС и НМП в целом. Эта ситуация объясняется, в ряде случаев, неэффективностью амбулаторно-поликлинической помощи и недоступностью стационарного лечения для части больных. Низкая эффективность амбулаторно-поликлинического этапа обусловлена, с одной стороны, недостаточной квалификацией участковых терапевтов и, с другой стороны, невозможностью своевременно попасть на прием к врачу-кардиологу. Встречаются случаи, когда больной вызывает кардиологическую бригаду только для того, чтобы ему записали ЭКГ, т.к. в поликлинике «большая очередь» на это обследование. Иногда, к сожалению, больные поступают подобным образом по подсказке своего участкового врача. Я, конечно, не имею в виду вызовы для исключения острой коронарной патологии.

Участились случаи, когда больные не принимают рекомендованные кардиологом препараты, т.к. не в состоянии их приобрести. К увеличению количества вызовов приводит и то обстоятельство, что часть больных, будучи не в состоянии оплатить стоимость лечения в стационаре, или изначально отказываются от госпитализации, или, поступив в стационар, после проведения экстренных диагностических и лечебных процедур, уходят домой. И в том, и в другом случае, при ухудшении самочувствия, неизбежен повторный вызов кардиологической бригады к этому больному. Подобные ситуации возникают даже в тех случаях, когда у больного диагностирован инфаркт миокарда, и больной предупрежден о возможных последствиях своего отказа от госпитализации.

В последнее время на оснащении бригады появились аэрозольные антиангинальные препараты, раствор энала для внутривенного введения, что позволяет оказывать более эффективную помощь больным с острым коронарным синдромом, гипертоническими кризами, острой левожелудочковой недостаточностью. С другой стороны, перебои в обеспечении антиаритмическими препаратами приводят к увеличению госпитализации и росту количества повторных вызовов.

В дальнейшем предполагается оснастить бригады интенсивной терапии портативными кардиостимуляторами, улучшить медикаментозное обеспечение (особенно антиаритмическими препаратами), шире использовать для восстановления сердечного ритма кардиоверсию.



А.Н. КОКОВ, Н.И. ТАРАСОВ, Л.С. БАРБАРАШ

ГУ Научно-производственная проблемная лаборатория

реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН, г. Кемерово

ДИНАМИКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПО ДАННЫМ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Цель исследования: Изучение влияния системной тромболитической терапии (СТЛТ) на показатели структуры и геометрии левого желудочка (ЛЖ) в различные периоды инфаркта миокарда (ИМ) методом низкопольной магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Обследованы 75 больных (возраст $53,9 \pm 8,8$ лет) с крупноочаговым ИМ ЛЖ. Всех пациентов методом случайной выборки разделили на 2 группы. В группе А ($n = 41$ чел.) применяли СТЛТ стрептокиназой в дозе 1500000 МЕ. В группе В ($n = 34$ чел.) СТЛТ не проводили по абсолютным или относительным противопоказаниям.

В качестве метода визуализации использовали низкопольную МРТ и кино-МРТ сердца с синхронизацией по ЭКГ на магнитно-резонансном томографе «Magnetom OPEN» с резистивным магнитом напряженностью магнитного поля 0,2 Тесла. Изучали морфологические и функциональные показатели ЛЖ на 7-10 сутки и через 6 месяцев после ИМ.

При изучении МРТ показателей у больных ИМ с применением и без применения СТЛТ, получены данные, свидетельствующие о достоверно больших показателях систолической функции ЛЖ в раннем постинфарктном периоде на 7-10 сутки у пациентов, которым проводили системный тромболизис, по сравнению с группой боль-

ных без СТЛТ: в группе А фракция выброса больше на 9,1 % ($p < 0,05$), сердечный индекс — на 12,9 % ($p < 0,05$). В группе больных после СТЛТ достоверно меньше выражена сферификация ЛЖ (индекс сферичности меньше на 5,9 %, $p < 0,05$), достоверно больше индекс относительной толщины стенки ЛЖ (на 9,1 %), свидетельствующий о меньшей его дилатации. В отдаленном постинфарктном периоде, через 6 месяцев от ИМ, достоверных различий в определяемых МР-показателях между группами пациентов, получавших и не получавших СТЛТ, не выявлено.

По данным низкопольной МРТ сердца, динамика морфо-функциональных показателей ЛЖ и степень его патологического ремоделирования в группах больных ИМ, подвергнутых и не подвергнутых системной ТЛТ, свидетельствуют о достоверных различиях этих показателей между группами только в раннем (7-10 сутки) периоде ИМ, а через 6 мес. наблюдения эти различия не достоверны.

Следовательно, СТЛТ является эффективным методом начального этапа неотложного лечения ИМ, способствующим ограничению зоны некроза, однако в последующем постинфарктном периоде на показатели морфо-функциональных структур и степень патологического ремоделирования ЛЖ, вероятно, оказывает влияние адекватно подобранное лечение, включая инвазивные вмешательства.

А.Н. РЮМШИН, А.П. ДЕМКО, Н.И. ТАРАСОВ

Железнодорожная больница,

г. Кемерово

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ИЗ УДАЛЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Целью исследования явилось изучение возможности безопасной транспортировки в условиях кардиореанимобиля больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) из неспециализированных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в кардиологический стационар.

В исследование были включены 91 больной ОИМ (средний возраст — $61,1 \pm 1,1$ лет). Из них, мужчин — 61 чел. (67 %), женщин — 30 чел. (33 %). У 64 пациентов (73,3%) был зарегистрирован ОИМ передней локализации, у 27 (29,7 %) — задней. По глубине поражения



миокарда больные с Q-образующим ОИМ составили 70,3 %, с Q-необразующим — 29,7 %. Больные были разделены на 2 группы. В группу А (n = 51 чел.) включены больные с ОИМ, госпитализированные в общетерапевтические отделения ЛПУ Кемеровской области. В группу В (n = 40 чел.) вошли больные ОИМ, транспортированные в специализированное кардиологическое отделение в условиях кардиореанимобиля в первые 3 суток от начала заболевания.

Во время транспортировки всем больным проводился мониторинг артериального давления (АД), электрокардиограммы (ЭКГ), при необходимости проводилась внутривенная инфузия лекарственных препаратов, временная эндокардиальная электрокардиостимуляция (ЭКС). Серьезных осложнений и летальных исходов во время транспортировки больных не зарегистрировано. В ходе исследования оценивались: госпитальная летальность от ОИМ, осложнение инфаркта миокарда острой сердечной недостаточностью (НК II–IV по Killip), продолжительность госпитализации, функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Госпитальная летальность у больных, транспортированных в кардиологическое отделение (группа В) была значительно ниже (2,5 %), чем у больных, оставленных для лечения в общетерапевтических отделениях (группа А) — 13,7 %. В группе В осложнение ОИМ отеком легких, кардиогенным шоком (НК III–IV по Killip) отмечалось в 5 % случаев, что значительно ниже, чем в группе А (9,8 %). Продолжительность госпитализации по группам составила, в среднем: в группе А — $18,5 \pm 1,2$ койко-дней; в группе В — $17,4 \pm 0,9$ койко-дней. В подострой стадии ИМ в группе А отмечался больший процент больных (11,8 %) с тяжелой сердечной недостаточностью (ХСН III–IV ФК), чем в группе В (5 %).

Транспортировка больных с ОИМ в условиях кардиореанимобиля безопасна. С целью снижения летальности, уменьшения числа осложнений, улучшения прогноза больных с ОИМ, оптимизации отбора больных для хирургических методов реваскуляризации миокарда, целесообразен их перевод из общетерапевтических отделений в специализированное кардиологическое.

Н.И. ТАРАСОВ, М.Н. ГЗОГЯН, А.Т. ТЕПЛЯКОВ

*Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово*

АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА КАРВЕДИЛОЛА И ИНГИБИТОРА-АПФ КВИНАПРИЛА НА ФОНЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Цель исследования состояла в проведении сравнительной оценки антиишемической эффективности бета-адреноблокатора (БАБ) карведилола и ингибитора-АПФ (И-АПФ) квинаприла, в сочетании с дозированными физическими тренировками, у больных с умеренной застойной сердечной недостаточностью.

Методы исследования

Обследованы 72 больных в возрасте 43–60 лет (в среднем, $54,4 \pm 6,95$ лет) с неосложненным Q-образующим инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, с наличием сердечной недостаточности I–II ФК по NYHA.

Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы. Больные группы А (n = 34 чел.) получали БАБ карведилол в средней суточной дозе 12,5 мг, пациентам группы Б (n = 38 чел.) был назначен квинаприл в средней

суточной дозе 5 мг. Всем больным, на 7-е сутки от начала развития инфаркта миокарда и через 3 месяца, при стабилизации состояния, выполняли дозированные контролируемые физические тренировки на велоэргометре (ВЭМ), с целью определения толерантности к физическим нагрузкам (ТФН). Кроме того, методом эхокардиографии (Эхо-КГ) определяли насосную функцию миокарда на 7-е сутки и через 3 месяца. Регистрировали наличие смертельных исходов, рецидивов инфаркта миокарда, наличие сердечной недостаточности, повторных госпитализаций.

Результаты исследования

Через 3 месяца улучшению клинического состояния пациентов соответствовали показатели увеличения ТВН по данным ВЭМ, которые между группами различались достоверно ($p < 0,05$). В группе А увеличение составило, в среднем, 60 %, в группе Б — 17,4 %. Кроме того, через 3 месяца



отмечался достоверный ($p < 0,05$) прирост ФВ по данным Эхо-КГ (в группе А — на 18,6 %, в группе Б — на 16,5 %); уменьшение размеров межжелудочковой перегородки (в группе А — на 10,9 %, в группе Б — на 2,6 %, $p < 0,05$); уменьшение размеров задней стенки левого желудочка (в группе А — на 0,9 %, в группе Б — на 1,1 %, $p < 0,05$).

В течение наблюдаемого периода в исследуемых группах летальных исходов и рецидивов инфаркта миокарда не было. Нежелательных явлений, связанных с применением лекарственных препаратов и ранней физической активизацией,

не отмечено. При выполнении дозированных физических тренировок какие-либо расстройства гемодинамики не зарегистрированы.

Выводы:

1. Лечение карведилолом и квинаприлом, в сочетании с дозированными физическими тренировками, оказывает антиишемический эффект.
2. Наиболее выраженный, желательный антиишемический эффект зарегистрирован в группе пациентов, получавших карведилол.

Н.И. ТАРАСОВ, Ю.А. СЕРГЕЕВ, Е.Ю. РОВДА, Д.С. КРИВОНОСОВ

*Кемеровский кардиологический диспансер,
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью исследования явилось изучение эффективности тромболитической (ТЛТ) терапии больных пожилого возраста в снижении летальности от осложнений инфаркта миокарда (ИМ).

В исследование включили 77 пациентов в возрасте 69-82 года ($73,9 \pm 3,6$), госпитализированных в первые 6 часов от начала развития симптомов инфаркта миокарда (ИМ), с характерными ЭКГ-признаками и значимым повышением креатинфосфокиназы. Из них 27 пациентам (гр. А) проведена ТЛТ стрептазой по стандартной методике, а 50 пациентам (гр. В) ТЛТ не проводили в связи с относительными и абсолютными противопоказаниями. Группы достоверно не различались по возрасту, локализации ИМ, времени госпитализации, предшествующим факторам риска и сопутствующей патологии, а также первичным осложнениям ИМ.

Анализ основных причин летальности больных ИМ в течении первых трех суток свидетельствовал о достоверных различиях между гр. А и В. Так, в гр. А (с ТЛТ) преобладающими причинами смерти были желудочковые аритмии — 30 %, против 10 % в гр. В (без ТЛТ) и разрыва миокарда — 30 % и 15 % соответственно. Вместе с тем, в группе без ТЛТ преобладали кардиогенный шок 45 % против 36 % в группе с ТЛТ и острый альвеолярный отек легких — 15 % (гр. В) и 4 % (гр. А).

Результаты исследования показали, что ТЛТ у пациентов инфарктом миокарда пожилого возраста является эффективным методом первого этапа лечения, способствующим достоверному снижению общей летальности, и, в частности, от кардиогенного шока, отека легких, однако введение тромболитических препаратов не способствует уменьшению частоты разрывов миокарда и желудочковых аритмий высоких градаций.

Н.И. ТАРАСОВ, Н.М. ЗАЙЦЕВ, О.В. БАХОВУДИНОВА

*Санаторий Прокопьевский, г. Прокопьевск
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово*

ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Цель исследования — анализ эффективности реабилитации больных трудоспособного возраста, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в условиях санаторного этапа.

Обследовано 145 пациентов, средний возраст $53,8 \pm 2,3$ лет, поступивших в санаторий через $16,2 \pm 3,9$ дней от начала ИМ из городских кардиологических и инфарктных отделений. Среди



поступивших суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ) по Холтеру перед выпиской из стационара не выполнено ни у кого из пациентов, эхокардиография (Эхо-КГ) проведена 8 больным (5,5 %), велоэргометрия (ВЭМ) — одному (0,7 %).

На 2-4-е сутки санаторного этапа реабилитации СМ-ЭКГ выполнено всем пациентам, результаты исследования позволили выявить желудочковую аритмию II-IV градации (Lown) у 21 пациента (14,5 %), признаки диагностически значимой ишемии миокарда — у 27 чел. (18,6%). Противопоказания к физическим тренировкам на велоэргометре зарегистрированы у 56 пациентов (38,6 %), режим двигательной активности у этих пациентов не превышал IVб ступени (Николаева Л.Ф., Аронов Д.М). Коррекция медикаментозной терапии в сторону увеличения дозировок и групп препаратов, в связи приступами стенокардии, нарушениями сердечного ритма, признаками сердечной недостаточности, безболевого ишемии миокарда, выявленной при СМ-ЭКГ и ВЭМ, потребовались 72 больным (49,7 %). Два пациента были госпитализированы в инфарктное отделение города с признаками рецидива ИМ.

Следовательно, с целью повышения эффективности санаторного этапа реабилитации боль-

ных ИМ, необходимо проведение современных методов диагностики (СМ-ЭКГ, ЭХО-КГ, ВЭМ) до выписки их из стационара, что даст возможность разделения пациентов на группы, в зависимости от особенностей клинического течения коронарной и сердечной недостаточности. Это, в свою очередь, позволит индивидуализировать объем и специфические виды лечения, включая физические тренировки и другие методы физического воздействия, современные фармакологические препараты, а также своевременно использовать методы прямой реваскуляризации до выписки из стационара. Категория пациентов с ИМ после коронарной ангиопластики и шунтирования коронарных артерий нуждается в особом подходе, как в выборе лекарственного лечения, так и физических методов воздействия.

Кроме того, использование диагностических методов контроля реабилитации необходимо для прогнозирования исходов течения заболевания и рекомендаций о допустимых физических нагрузках после санаторного этапа, продолжительности временной нетрудоспособности. Отдельного рассмотрения требует важный вопрос реабилитации больных с ИМ пенсионного возраста, не входящих в группу социального страхования.

Н.И. ТАРАСОВ, А.П. ДЕМКО, М.Н. ГЗОГЯН, А.Т. ТЕПЛЯКОВ

*Железнодорожная больница,
Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово*

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Целью исследования явилось изучение влияния дозированных физических тренировок на динамику показателей функции миокарда и эндотелия у больных инфарктом миокарда (ИМ) в период стабилизации состояния.

Обследованы 66 больных (средний возраст — $49 \pm 5,7$ лет), перенесших Q-образующий неосложненный ИМ, которые выполняли дозированные физические тренировки на тредмиле и дозированную ходьбу с 10-х суток от начала развития ИМ, на фоне традиционной коронароактивной и дезагрегантной терапии.

Методом эхокардиографии оценивали насосную функцию миокарда на 8-10-е сутки и через один месяц. Проводили ЭКГ с нагрузкой (ВЭМ): оценивали толерантность к физическим нагрузкам, ЧСС, степень смещения сегмента ST на 8-10-е сутки и через один месяц. Параллельно оцени-

вали функцию эндотелия с помощью манжетной пробы (эндотелийнезависимая вазодилатация — ЭНВД) и нитроглицериновой пробы (эндотелийзависимая вазодилатация — ЭЗВД) на 8-е сутки и через один месяц.

Установили, что, на фоне дозируемых контролируемых физических тренировок, отмечался достоверный прирост ФВ — с $46,9 \pm 13,8$ % до $54 \pm 7,1$ % ($p < 0,05$); уменьшение размеров межжелудочковой перегородки — с $1,03 \pm 0,17$ см до $1,02 \pm 0,09$ см ($p < 0,05$); задней стенки левого желудочка — с $1,03 \pm 0,17$ см до $1,02 \pm 0,09$ см ($p < 0,05$); увеличение ТФН — с 76 ± 34 Вт до $88,1 \pm 29$ Вт. ЭНВД изменилась недостоверно, а ЭЗВД достоверно увеличилась ($p < 0,01$), увеличился и диаметр плечевой артерии — с $5,1 \pm 0,4$ мм до $5,4 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$).

Таким образом, дозированные контролируемые физические тренировки больных с острыми



формами ИБС в период стабилизации состояния способствуют улучшению показателей функции миокарда: возрастанию насосной функции лево-

го желудочка, уменьшению степени его гипертрофии, достоверному возрастанию ТФН и восстановлению функции эндотелия.

Н.И. ТАРАСОВ, Н.В. ТЕРЕНТЬЕВА, Н.Л. ВОРОНЦОВА, Л.С. БАРБАРАШ
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский кардиологический диспансер,
г. Кемерово*

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАЛЬТЕПАРИНОМ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Целью исследования явилось изучение эффективности антитромботической терапии больных с острым коронарным синдромом (ОКС) методом хемилюминесцентных (ХЛ) тестов.

Материалы и методы исследования

Обследовали 41 больного ОКС, в возрасте 37-65 лет, с нестабильной стенокардией (НС) (23 чел. или 56 %) и Q-необразующим инфарктом миокарда (ИМ) (18 чел. или 44 %). Больные I-й группы (n = 30 чел.) получали низкомолекулярный гепарин дальтепарин по 120 МЕ/кг подкожно каждые 12 часов. Больным II-й группы (n = 11 чел.) вводился нефракционированный гепарин: в первые 48 часов внутривенно инфузионно 1000 ЕД/ч, с последующим переходом на подкожное введение 2 раза в сутки; доза подбиралась по уровню активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ), удлиняя его в 1,5-2,5 раза, по сравнению с исходным значением. Продолжительность курса лечения антикоагулянтами составила 8 дней. Контрольную группу составили 10 практически здоровых доноров без признаков ИБС.

Исследование ХЛ плазмы проводили на биохемилюминометре БХЛ-06М, в режиме счета импульсов до начала и после окончания терапии антикоагулянтами. Интенсивность ПОЛ оценивали методом перекись индуцированной ХЛ (ПХЛ). Для характеристики ХЛ плазмы использовали S спонт. (тыс. имп/мин) — спонтанная ХЛ плазмы; I инд. (тыс. имп/сек.) — уровень максимальной вспышки после добавления раствора H_2O_2 ; S инд. (тыс. имп/мин.) — величину светосуммы индуцированной ХЛ; АВ — амплитуда «быстрой вспышки», определенная как I инд. / I спонт. (отн. ед.); t (сек.) — интервал времени от введе-

ния H_2O_2 до развития максимального уровня свечения.

Результаты исследования

Использование Дальтепарина вызвало значительное снижение АВ — на 72,2 % от исходного ($p < 0,05$), изменение величины коэффициента I/S, что обусловлено не только уменьшением I инд, но и увеличением S инд. ПХЛ. Положительным моментом влияния Дальтепарина явилось увеличение t на 24,2 % ($p < 0,05$), тогда как при использовании НФГ этот показатель на 9-е сутки оставался на том же уровне. В группе больных, получавших НФГ, изменения показателей ПХЛ имели аналогичную направленность, однако выраженность воздействия была значительно ниже, чем в I-й группе: АВ снизилось на 65,5 % ($p > 0,05$), I инд. — на 80,7 % ($p > 0,05$). Негативным моментом использования НФГ являлось сохранение длительности периода t.

Выводы:

1. Применение в антитромботической терапии ОКС Дальтепарина, не обладающего прямыми антиоксидантными свойствами, позволило снизить негативное действие интенсификации свободнорадикального окисления при ОКС; эффект действия Дальтепарина, в сравнении с НФГ, обусловлен более значительным снижением показателей ПХЛ, определяющих интенсивность ПОЛ.
2. Изучение влияния антитромботических препаратов на ХЛ позволяет судить о их способности защищать организм от вредного воздействия свободных радикалов и оценивать эффективность проводимой терапии.



Е.П. ЮРКИН, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Под термином "пароксизмальная тахикардия" (далее ПТ) принято понимать возникновение подряд трех и более комплексов из какого-либо отдела миокарда с частотой от 140 до 220-250 ударов в минуту, формирующихся на фоне нормального синусового или другого более устойчивого основного ритма сердца. Приступы ПТ длительностью менее 30 секунд считаются неустойчивыми (нестойкими), более 30 секунд — устойчивыми (стойкими). В зависимости от источника возникновения, ПТ может быть предсердной, из области AV-соединения, желудочковой; по механизму возникновения — очаговой и реципрокной; по ЭКГ-критериям — с узкими или широкими комплексами QRS.

Для врачей скорой помощи более приемлема классификация тахикардий в зависимости от тактики оказания неотложной помощи:

1. Тахикардии, требующие проведения реанимационных мероприятий:
 - фибрилляция желудочков (далее ФЖ).
2. Тахикардии, требующие интенсивной терапии:
 - вызывают кардиогенный шок или отек легких.
3. Аритмии, требующие неотложного лечения:
 - вызывают нарушения системного или регионального кровообращения (гипотония, ишемия мозга, коронарная недостаточность);
 - угрожают развитием ФЖ (мерцание, трепетание предсердий при синдроме WPW);
 - привычные пароксизмы тахикардий с известным механизмом и способом подавления.

Мерцательная аритмия встречается примерно в 10 раз чаще, чем все остальные виды пароксизмальных наджелудочковых тахикардий. Распространенность МА составляет 0,5 % в популяции в целом. В возрасте после 60 лет МА встречается уже в 5 % случаев, а после 85 лет — в 10 % случаев. Возникновение МА часто сопровождается выраженными субъективными расстройствами, тромбоэмболическими осложнениями и нарушениями гемодинамики, вплоть до возникновения острой или хронической недостаточности кровообращения, так называемой "аритмогенной кардиомиопатии".

При возникновении мерцательной аритмии очень быстро происходят прогрессирующие функциональные изменения миокарда предсердий.

Это явление получило название электрического ремоделирования предсердий. Частые пароксизмы вызывают изменения электрофизиологических свойств предсердий, которые, в свою очередь, способствуют ее возникновению и продолжению: "Atrial fibrillation begets atrial fibrillation". Вследствие этого, при продолжительном мерцании предсердий снижается эффективность как фармакологической, так и электрической кардиоверсии, и возрастает вероятность рецидивирования.

Таким образом, фактор времени при возникновении МП является ключевым, а проблема совершенствования способов восстановления синусового ритма более чем актуальна.

Если достоверно известно, что применение электроимпульсной терапии (далее ЭИТ) при тахикардиях, требующих реанимационных мероприятий или интенсивной терапии, является абсолютным жизненным показанием, то при тахикардиях, требующих неотложного лечения, перед врачом часто возникает дилемма: как эффективнее купировать пароксизм — с помощью антиаритмических препаратов или ЭИТ?

С целью проведения сравнительной оценки эффективности, безопасности и доступности для практического применения врачами скорой помощи электрической и фармакологической кардиоверсии на догоспитальном этапе, было принято настоящее исследование.

Для проведения исследования были сформированы 4 группы пациентов с достоверно установленным диагнозом тахикардии; равнозначным возрастным, половым представительством, наличием заболеваний в анамнезе; получивших лечение по поводу тахикардии в период с ноября 2003 года по февраль 2004 года на дому. В состав каждой группы вошли по 30 человек: 1-я группа — для лечения тахикардии применялась ЭИТ, 2-я группа — применялся кордарон, 3-я группа — применялся новокаинамид, 4-я группа — применялись другие антиаритмики (АТФ, верапамил, обзидан). Таким образом, общий объем выборки, составленной по выше указанным критериям, составил 120 человек или 10 % от общего числа пациентов с диагнозом тахикардии, получивших скорую медицинскую помощь за указанный период времени в г. Кемерово.

В исследовании были использованы: электрокардиограф ЭК1Т-04 "Аксион"; дефибриллятор



ДКН-Н-04; монитор прикроватный для наблюдения за АД, ЭКС, ЧСС, ЧП, Sp O₂ — МПК-01 "Аксион".

Установлено, что неотложные состояния при ПТ развиваются, как правило, внезапно и могут приводить к возникновению различных urgentных состояний, даже при изначально формальном удовлетворительном статусе больных. Поэтому главным аргументом в пользу применения ЭИТ является скорость купирования ПТ.

По сделанным наблюдениям, 87 % приступов ПТ были купированы в течение 15 минут после применения ЭИТ. При применении других антиаритмиков (4-я группа) синусовый ритм был восстановлен в 40 % случаев. В 3-й группе, с применением новокаинамида, приступы ПТ были купированы в течение указанного времени только у 10 % пациентов. При применении кордарона (2-я группа) за первые 15 минут не удалось купировать ни одного приступа. Во временном промежутке от 15 минут до 1 часа были купиро-

ваны 7 % приступов ПТ во 2-й группе и 40 % — в 3-й. Более чем за час от момента введения медикаментозных препаратов разрешились приступы ПТ у 7 % пациентов 1-й группы, у 27 % больных 2-й группы и у 3 % пациентов 3-й группы.

В целом, при применении ЭИТ на догоспитальном этапе синусовый ритм сердечных сокращений был восстановлен в 93 % случаев ПТ, при применении кордарона — в 33 % случаев, новокаинамида — в 53 %, других препаратов — в 40 % случаев.

Очевидно, что врачебные ошибки в выборе тактики оказания медицинской помощи могут иметь тяжелые последствия для пациента. Ошибки могут носить объективный характер (тяжесть состояния пациента, сложность ЭКГ-диагностики, дефицит времени для принятия обоснованного решения по выбору тактики применительно к конкретному пациенту) и субъективный (теоретическая, практическая и психологическая неготовность врача к оказанию экстренной помощи в ур-

Диаграмма 1

Время восстановления синусового ритма после проведенного лечения

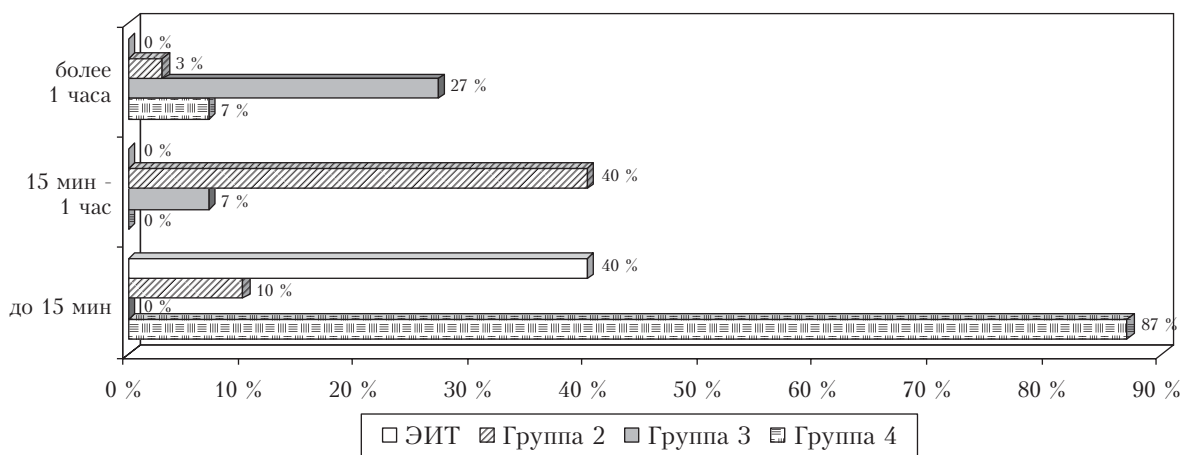
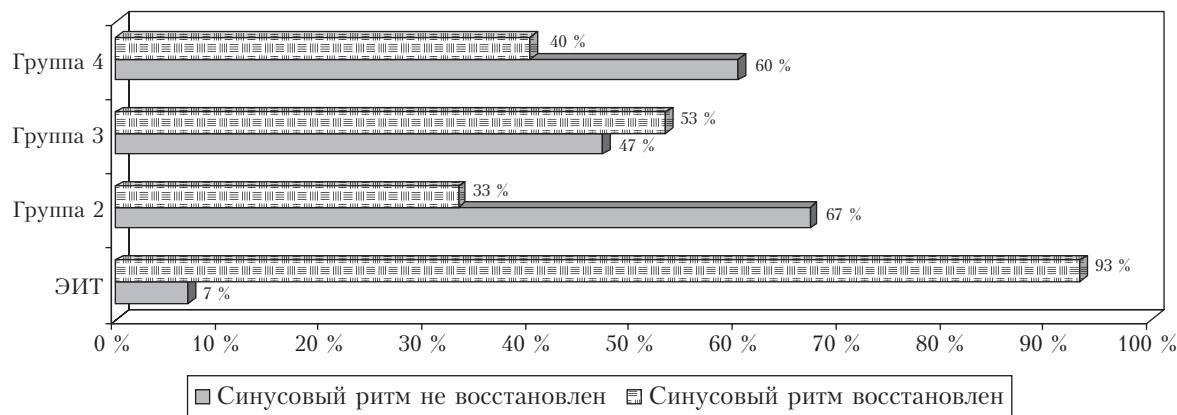


Диаграмма 2

Доля купированных приступов ПТ на догоспитальном этапе в исследуемых группах





гентных состояниях при аритмиях). Для выбора эффективного антиаритмического препарата, особенно когда аритмия манифестирует впервые, прежде всего, требуется время, за которое уже имеющееся нестабильное состояние больного может ухудшиться многократно.

Известно, что антиаритмический препарат купирует аритмию только в том случае, если он подходит как "ключ к замку" (классификация антиаритмиков "Сицилианский гамбит", 1994 г), и это частично объясняет частое последовательное применение антиаритмиков с различными механизмами действия при некупирующихся тахикардиях. Поэтому, одной из главных тактических ошибок можно считать недооценку ЭИТ. Из 9 тахикардий (пароксизмальной предсердной, эктопической предсердной, АВ-узловой, реципрокной АВ ортодромной, реципрокной АВ антидромной, трепетания предсердий 1 типа, трепетания предсердий 2 типа, мерцательной аритмии, желудочковой тахикардии), только при очаговой наджелудочковой (предсердной) ЭИТ не эффективна!

Следующим значительным аргументом в пользу применения ЭИТ является возможность ее применения при широком перечне сопутствующих аритмий состояний. По сделанным наблюдениям, ЭИТ показано применять при наличии у пациентов гипотонии, прогрессирующей стенокардии, острого инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности. Возможность применения при подобных состояниях фармакологической кардиоверсии значительно скромнее.

Отдельно были оценены количество и структура осложнений, вызываемых описываемыми методами лечения аритмий. С большей вероятностью

при применении кардиоверсии (электрической или фармакологической) могут возникать следующие осложнения: гипотония, аритмии, блокады НПГ, АВ-блокады, тромбоэмболии, аллергические реакции. Следует отдельно заметить, что частота возникновения осложнений при применении ЭИТ была минимальной и составила 10 %. Из осложнений отмечены только гипотония и экстрасистолия, которая легко купировалась введением антиаритмиков. В остальных исследованных группах частота осложнений в целом была неизмеримо выше — от 17 % при лечении кордароном и 63 % при введении новокаинамида до 67 % при использовании других антиаритмиков. Структура полученных осложнений также свидетельствует не в пользу фармакологической кардиоверсии, — отмечены все осложнения из выше указанных.

Ранее бытовавшее мнение, что для проведения ЭИТ необходима обязательная госпитализация, не оправдывается. Как показывает практика, для успешного применения электрической кардиоверсии достаточно:

- правильно собрать анамнез (продолжительность приступа мерцательной аритмии не более 48 часов, наличие тромбоэмболических осложнений в анамнезе, дисфункция синусового узла, величина левого предсердия);
- использовать препараты для внутривенного наркоза с коротким сроком действия (сибазон, фентанил);
- иметь на оснащении безотказно работающий портативный дефибриллятор и антиаритмические препараты основных групп.

Таким образом:

1. В течение 15 минут после применения ЭИТ были купированы 87 % приступов ПТ. В 4-й

Диаграмма 3

Применение фармакологической и электрической кардиоверсии при осложняющих аритмию состояниях

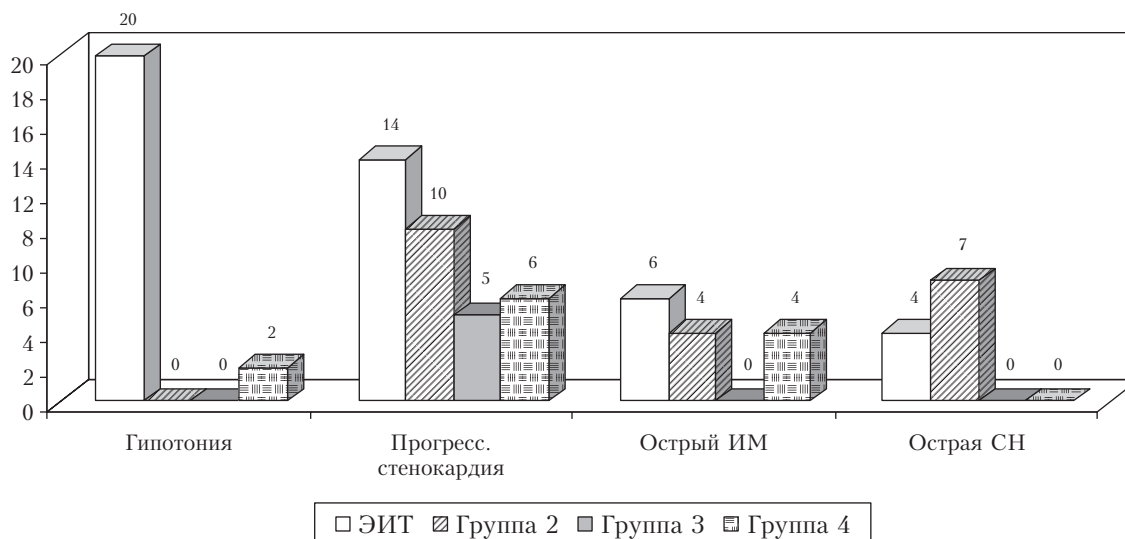
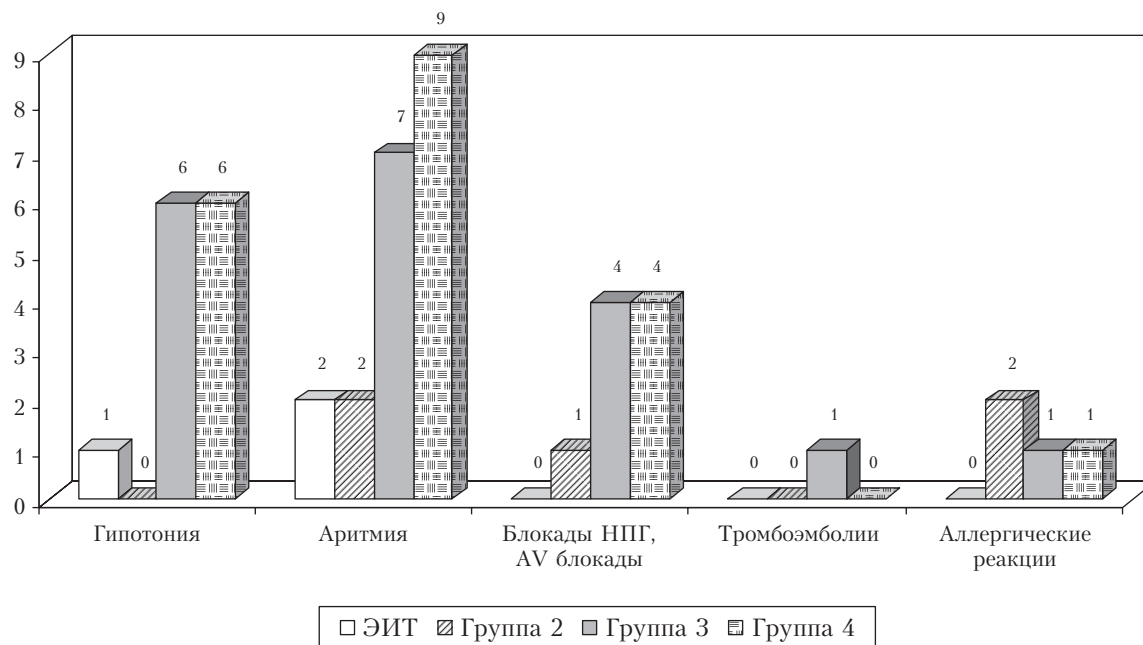




Диаграмма 4
Количество и структура осложнений при применении кардиоверсии в исследуемых группах



- группе (другие антиаритмики) купировано 40 % приступов, в 3-й группе (новокаинамид) — 10 % приступов, во 2-й группе (кордарон) — ни одного.
- На догоспитальном этапе синусовый ритм был восстановлен при применении электрической кардиоверсии в 93 % случаев; при применении кордарона — в 33 %, новокаинамида — в 53 %, других антиаритмиков — в 40 % случаев.
- Из 9 известных разновидностей тахиаритмий, только при одном виде тахиаритмии (очаговой наджелудочковой) ЭИТ неэффективна.
- Электрическую кардиоверсию, в отличие от фармакологической, возможно эффективно применять при широком спектре осложняющих аритмии состояний.
- Частота возникновения осложнений при применении ЭИТ минимальна и составляет 10 % (во 2-й, 3-й, 4-й — 17-67 %). При применении ЭИТ, в структуре осложнений представлены только гипотония и аритмия.
- Для успешного технического выполнения ЭИТ достаточно имеющегося на вооружении БИТ станции скорой помощи отечественного оборудования и медикаментов.

Ю.М. ЯНКИН, А.В. БАРАЙ, Р.М. ГАЙНУЛИН
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
 МЛПУ Станция скорой медицинской помощи,
 г. Новокузнецк*

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Основное место в структуре летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). За пределами стационаров умирают 60-77 % больных с ИБС, из них внезапно — более 80 %. В Российской Федерации реанимаци-

онные мероприятия на догоспитальном этапе чаще всего проводятся бригадами скорой медицинской помощи (СМП). Результаты исследований, изложенные в ряде публикаций, не дают четкого представления о реальных возможностях службы СМП в решении данной проблемы.



Целью исследования явилось изучение эффективности и объема сердечно-легочной реанимации (СЛР), проводимой бригадами СМП при внезапной сердечной смерти (ВСС) у больных ИБС, определение факторов, влияющих на выживаемость успешно реанимированных больных.

В исследование включены 280 больных ИБС, оживленных бригадами СМП Станции скорой медицинской помощи (ССМП) г. Новокузнецка за двадцатитрехлетний период. Полученные сведения подвергнуты обработке с использованием стандартных компьютерных программ, анализу и обобщению.

В результате исследования установлено, что из 280 больных ИБС, реанимированных бригадами СМП, клиническая смерть в большинстве случаев (68,9 % или 193 пациента) развилась в остром периоде инфаркта миокарда, а у 87 больных (31,1 %) имела место внезапная коронарная смерть (ВКС).

В структуре непосредственных причин остановки сердца наибольший удельный вес принадлежит фибрилляции желудочков — 75,7 % (212 случаев), доля асистолии составила 18,6 % (52 случая), а у 16 пациентов (5,7 %) точный механизм прекращения сердечной деятельности не установлен, в связи с отсутствием возможности регистрации электрокардиограммы.

Среди реанимированных пациентов преобладали мужчины — 178 человек (63,6 %), женщин было 102 чел. (36,4 %). Возраст больных варьировал в интервале 34–86 лет, при этом лица моложе 60 лет составили 37,1 % (104 пациента). Выписались из стационара 192 пациента (68,6 %), умерли — 88 пациентов, госпитальная летальность составила 31,4 %.

Из 280 случаев успешной реанимации, у 129 пациентов (46,1 %) изначально не зафиксировано каких-либо осложнений, то есть клиническая смерть была обусловлена первичной остановкой сердца. Летальный исход в стационаре развился у 33 пациентов, госпитальная летальность составила 25,6 %.

В 151 случае (53,9 %) остановка кровообращения наступила на фоне различных изолированных осложнений или их сочетаний, а госпитальная летальность для данной группы составила 36,4 %, что на 10,8 % выше аналогичного показателя для пациентов без исходных осложнений. Наиболее высокой госпитальная летальность оказалась у пациентов с кардиогенным шоком в сочетании с отеком легких, изолированными проявлениями отека легких и кардиогенного шока — 75 %, 66,7 % и 63,6 %, соответственно.

При анализе полученной информации, наиболее высокий уровень эффективности СЛР установлен у специализированных кардиологических бригад (СКБ). Им удалось добиться успеха в

22,6 % случаев, то есть спасти практически каждого четвертого из 1109 пациентов с ИБС при развитии у них клинической смерти.

В незначительной степени, на 2,2 % ниже, эффективность СЛР в аналогичных ситуациях у специализированных реанимационных бригад (СРБ). Эффективность реанимационных мероприятий общепрофильных линейных и других бригад оказалась крайне низкой, составив, соответственно, 0,3 % и 0,7 %.

Также следует подчеркнуть, что из всех 280 успешно реанимированных больных ИБС, в 251 случае (89,6 %) выведение из состояния клинической смерти проведено СКБ. Такой результат достигнут благодаря разработанной и внедренной в практику в г. Новокузнецке системе комплексного автоматизированного управления СМП больным кардиологического профиля.

При проведении СЛР используется внедренный в практику работы бригад СМП ССМП г. Новокузнецка, разработанный Янкиным Ю.М. и соавт., алгоритм действий при ВСС, позволяющий унифицировать и оптимизировать действия персонала в этих ситуациях.

При изучении успешных СЛР, все они, в зависимости от объема, условно разделены на 6 групп. В одной из групп (172 случая) исследована зависимость госпитальных исходов от количества примененных дефибриллирующих разрядов. В 51,2 % случаев (88 пациентов) персоналу бригад СМП потребовалось применение электрической дефибрилляции от двух до пяти раз. В последующем из стационара выписались 69 пациентов, у 19 чел. наступила смерть, госпитальная летальность составила 21,6 %. Случаи восстановления у больных ИБС спонтанной сердечной деятельности при однократном проведении электрической дефибрилляции составили 41,3 % (71 больной), уровень госпитальной летальности — 14,1 %.

Изучены госпитальные исходы у реанимированных больных ИБС в зависимости от времени, прошедшего с момента наступления остановки кровообращения до начала проведения СЛР. В 219 случаях (78,2 %) клиническая смерть развилась в присутствии бригад СМП. Госпитальная летальность составила 26,5 %, что на 4,9 % ниже среднего уровня.

Когда пациентам до прибытия бригад СМП не проводились простейшие реанимационные мероприятия, госпитальная летальность составила 71,4 %. Таким образом, составляя в общей структуре исследуемого контингента 12,5 %, эти пациенты дают 28,4 % от всех летальных исходов в стационаре.

При ситуациях, когда до прибытия СМП больные ИБС получали элементарную помощь по поддержанию жизни, госпитальная летальность составила 19,2 %, что подтверждает акту-



альность проблемы обучения населения элементарным приемам СЛР.

Таким образом, эффективность СЛР и выживаемость реанимированных больных ИБС определяются временем от развития остановки кровообращения до начала проведения СЛР, исходным состоянием пациентов на момент развития клинической смерти, объемом и длительностью СЛР.

Внедрение в практику в г. Новокузнецке комплексной автоматизированной системы управления СМП больным кардиологического профиля

обеспечивает высокодифференцированное и интенсивное использование ресурсов СКБ, минимизацию многоэтапности — удельный вес первичных выездов СКБ к успешно реанимированным больным ИБС составил 76,8 % (215 случаев). Унификация деятельности персонала СМП на основе принципа алгоритмизации позволяет четко и последовательно действовать в экстремальных ситуациях. В конечном итоге, большинство пациентов (68,6 %) выписываются из больниц в удовлетворительном состоянии.

А.М. ДАНИЛЕНКО, К.Ю. ДЖАВАДОВ, В.М. РОДИОНОВ, О.Е. ШУБА
*Станция скорой медицинской помощи,
г. Томск*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Проблема обезбоживания острого инфаркта миокарда (ОИМ) остается актуальной. В последнее время при обезбоживании острого инфаркта миокарда настойчиво рекомендуется применение морфина. Быстрейшее и полное обезбоживание уменьшает возможность развития осложнений. Учитывая роль стресса и кальция в патогенезе ОИМ, мы, на протяжении многих лет, в лечении острой стадии ИМ, применяем верапамил (Вп) и обзидан (Об).

Цель исследования: сравнить эффективность обезбоживания острой стадии инфаркта миокарда различными средствами на догоспитальном этапе.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 5080 пациентов с ОИМ. Наблюдали 2997 мужчин и 2083 женщин в возрасте 29–90 лет. В 2443 случаях (48,1 %) наблюдали крупноочаговый ИМ, в 2637 случаях (51,9 %) — возможный ИМ. В исследование не были включены больные с низким АД (САД ниже 90 мм рт. ст.). Мы условно оцениваем ангинозную боль в баллах: 1 — слабая; 2 — выраженная; 3 — сильная; 4 — нестерпимая. Всем больным применяем нитроглицерин, аспирин, анальгин, димедрол, дроперидол (базовое лечение). При боли в 3–4 балла сразу же, а при недостаточном обезбоживании дополнительно к базовому лечению, применяем наркотические анальгетики (в основном, промедол). В зависимости от показателей гемодинамики, добавляем Вп или Об. Если боль не купировалась, применяем ГОМК.

Больные были распределены на три группы. В 1-й группе (n = 2110 чел.) применяли только

базовое лечение. Во 2-й группе (n = 2657 чел.) в комплексной терапии применяли Вп, в 3-й (n = 313 чел.) — Об. Группы были сопоставимы. Противопоказаниями к введению Вп и Об были низкое АД, нарушение синоатриальной и АВ-проводимости, для Об — бронхиальная астма. Эффект оценивали по частоте и степени обезбоживания, по воздействию на АД и ЧСС, по развитию спонтанной реперфузии, фибрилляции желудочков, по успеху реанимации, по летальности.

При проведении обезбоживания, в 59 % случаев было достаточно базового лечения и только в 41 % случаев применяли наркотические анальгетики. У 5,5 % больных, несмотря на применение наркотических анальгетиков, обезбоживание оказалось недостаточным, и им был применен ГОМК: в 2,8 % случаев у больных, которым применяли Вп и Об, и в 8,1 % случаев, когда Вп и Об не применялись.

Наблюдали снижение САД: при применении дроперидола — на $11,5 \pm 2,1$ %, Вп — на $20,2 \pm 2,3$ % ($p < 0,01$), Об — на $19,7 \pm 5,2$ % ($p < 0,02$) от исходного. Также отмечалось уменьшение ЧСС, соответственно, на $10,4 \pm 1,2$ % ($p < 0,02$) и $22,7 \pm 5,4$ % ($p < 0,02$).

В части случаев у больных с относительно низким АД, после применения дроперидола (в 3,1 % случаев) и Вп (в 4,2 % случаев), наблюдали повышение САД, при этом происходило незначительное увеличение частоты сердечных сокращений. Нормальное давление часто не снижалось, но отмечалось небольшое увеличение ЧСС.

В 80 случаях (1,6 %) наблюдали фибрилляцию желудочков: в 1-й группе — 55 чел. (2,6 ±



0,7 %); во 2-й группе — 24 чел. ($0,9 \pm 0,4$ %); в 3-й группе — 1 чел. ($0,4 \pm 0,3$ %). В 1-й группе были реанимированы 14 больных ($25,5 \pm 1,9$ %), во 2-й — 15 пациентов ($62,5 \pm 1,9$ %), в 3-й группе успешных реанимаций не было. Наблюдали два случая рецидивирующей фибрилляции желудочков, где, в одном случае Вп, а в другом Об, способствовали стойкому восстановлению ритма.

В 40,3 % случаев у больных с острым первичным инфарктом миокарда, которым на догоспитальном этапе вводился верапамил, в стационаре, в первые 6 часов, произошла спонтанная реперфузия инфарктсвязанной коронарной артерии, тогда как в группе без введения верапамила — только в 25,8 % случаев ($p < 0,005$). У 20 % больных окончательный диагноз был сформулирован как мелкоочаговый инфаркт миокарда, и даже нестабильная стенокардия, т.е. быстрая реперфузия КА предотвратила развитие крупноочагового некроза миокарда.

Летальность в группе с верапамилом составила 1,4 % против 12,2 % в группе без верапамила ($p < 0,01$). Госпитальная летальность при инфаркте миокарда в группе лечения обзиданом была ниже, чем в группе контроля ($p < 0,005$).

Выводы:

1. Купирование ангинозного приступа должно быть быстрее, с применением нескольких препаратов, и сразу же адекватным.
2. Верапамил и обзидан способствуют достижению хорошего обезболивающего эффекта, позволяют уменьшить дозу наркотических анальгетиков и дроперидола и, тем самым, уменьшить число нежелательных последствий.
3. Верапамил и обзидан оказывают эффект нормализации АД и частоты сердечных сокращений, снижая работу сердца, уменьшают потребность миокарда в кислороде.
4. Верапамил, введенный в ранние сроки, способствует спонтанной реперфузии коронарной артерии, ограничивая развитие некроза миокарда.
5. Верапамил и обзидан предупреждают развитие фибрилляции желудочков сердца при инфаркте миокарда и повышают частоту успешной реанимации. Препараты эффективны при рецидивирующей фибрилляции сердца.
6. Комплексное оказание помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе способствует снижению осложнений и летальности в стационаре.

А.М. ДАНИЛЕНКО, О.Е. ШУБА, В.Е. МОХОВ, И.В. ЛУТОШКИНА

*Станция скорой медицинской помощи,
г. Томск*

ПОДХОД К СИНДРОМУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (САГ) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Высокое артериальное давление — частый повод вызова скорой помощи. Причем имеется тенденция рассматривать любое повышение артериального давления как гипертонический криз, что не всегда оправдано. САГ часто развивается у больных, не страдающих гипертонической болезнью. Все это говорит о том, что нет единого понимания, стандартного подхода к диагностике, лечению и тактике синдрома артериальной гипертензии.

САГ заслуживает отдельного от гипертонической болезни освещения по нескольким причинам:

1. Синдром артериальной гипертензии является одной из частых причин вызова скорой помощи.
2. Синдром артериальной гипертензии, являясь неотложным состоянием, часто сопровождается тяжелыми заболеваниями (инфаркт миокарда, отек легких, пароксизмальные нарушения рит-

ма сердца и т.д.) или может стать источником осложнений, по своей значимости и ургентности превосходящими его.

3. Синдром артериальной гипертензии требует дифференцированного подхода к лечению и тактическим приемам по выведению пациентов из этого состояния.

Перед врачом встают вопросы:

- с чем имеешь дело;
- лечить дома или госпитализировать;
- если лечить, то чем;
- что делать после купирования криза (оставить дома, госпитализировать).

Цель исследования: выявить частоту, жалобы, тяжесть, время обращения за медицинской помощью больных с синдромом артериальной гипертензии (САГ).

Проведен ретроспективный анализ 833 карт вызовов к пациентам с АГ. В 75,6 % случаев это были женщины, в 24,4 % — мужчины. Возраст



больных составил 39-84 лет, в 53,3 % случаев — 60-79 лет. На Томской станции скорой медицинской помощи вызовы к больным с повышенным АД составляют 19-20 % от всех вызовов. За сутки таких вызовов, в среднем, 68-70.

В 52,6 % случаев вызовы поступали в период с 08.00 по 17.00 часов, в 31,5 % — с 18.00 по 23.00 часов, в 17,9 % случаев — с 00.00 по 07.00 часов.

Линейные бригады выполняли 58,3 % случаев всех гипертензивных состояний, кардиологическая служба — 37,3 %, неврологическая бригада — 4,4 %. На одну линейную бригаду в сутки приходилось, в среднем, 2,6 вызовов к больным с гипертонией, на кардиологическую — 5,1 и на неврологическую — 2,3 вызова.

По тяжести больные с САГ распределились на 3 группы:

1-я группа — 707 больных ($84,9 \pm 2,3$ %) с повышенным АД жаловались на головную боль, головокружение, тошноту, дискомфорт в груди — легкая артериальная гипертензия (АГ). Легкую артериальную гипертензию купировали таблетированными препаратами, чаще из запасов больных, такими как нифедипин, каптоприл, лазикс. Эти больные передавались под наблюдение участкового врача;

2-я группа — 118 больных ($14,2 \pm 2,3$ %) жаловались на головную боль, головокружение, рвоту, приступ стенокардии, сердечную астму — артериальная гипертензия средней степени тяжести (АГП). При артериальной гипертензии средней степени необходимо проводить запись

ЭКГ, применять внутривенное введение гипотензивных средств, госпитализацию для наблюдения в приемном покое дежурного стационара.

3-я группа — 8 больных ($0,9 \pm 0,7$ %) отмечали явления ОНМК, отек легких, инфаркт миокарда — тяжелая артериальная гипертензия (АГП). Тяжелая артериальная гипертензия требовала специализированной медицинской помощи кардиолога или невропатолога и обязательной госпитализации.

По клинике можно выделить церебральную, кардиальную и смешанную формы артериальной гипертензии. Тяжесть САГ оценивали не высотой АД, а клиникой.

Только 17,1 % больных систематически принимали гипотензивные средства, в основном, пациенты с САГ средней и тяжелой степени тяжести, 25,5 % пациентов принимали что-либо перед вызовом скорой помощи.

Для купирования САГ мы применяли верапамил и обзидан, которые назначали в зависимости от ЧСС: при нормосистолии — антагонисты кальция, при тахикардии — клофелин, бета-блокаторы.

С введением стандартного, синдромного подхода к диагностике, лечению и тактике при САГ, снизилось количество повторных вызовов к больным с повышенным АД, а также с развившимися осложнениями на догоспитальном этапе (своевременная госпитализация).

Таким образом, стандартный подход к САГ позволяет более дифференцированно и качественно оказывать помощь больным с повышенным АД.

А.М. ДАНИЛЕНКО, К.Ю. ДЖАВАДОВ, В.М. РОДИОНОВ, С.А. КАРЕДВА
*Станция скорой медицинской помощи,
г. Томск*

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Отек легких (ОЛ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) протекает тяжело, особенно при инфаркте миокарда. В литературе имеется крайне мало информации о его лечении на догоспитальном этапе, но подчеркивается высокая летальность.

Цель исследования: изучить эффективность купирования отека легких у больных с острым ОКС на догоспитальном этапе.

Наблюдали 454 случая отека легких у больных с ОКС, среди них было 155 мужчин (34,1 %) и 299 женщин (65,9 %) в возрасте 30-90 лет. В 167 случаях (36,8 %) больные были с крупноочаговым инфарктом миокарда, в 156 случаях (34,4 %) — с возможным инфарктом миокарда

(ИМ без Q), в 131 случае (28,9 %) — с нестабильной стенокардией. Случаи с низким АД в данное исследование не включались.

В 4,1 % случаев отек легких сопровождался наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, в 0,2 % — желудочковой тахикардией, в 1,8 % — пароксизмальной мерцательной аритмией; в 15,4 % случаев отек развился у больных с постоянной формой мерцательной аритмией. У 77,5 % больных отек легких сопровождался синусовым ритмом.

Для купирования ОЛ всем больным применяли ингаляции кислорода с парами спирта через носовые катетеры, мочегонные средства, дроперидол; при ангинозном приступе вводили ненаркоти-



ческие и наркотические анальгетики, верапамил (Вп) и обзидан (Об). Дроперидол применяли по 2 мл 0,25 % раствора, верапамил — по 2-4 мл 0,25 % раствора, обзидан — до 10 мл 0,1 % раствора. Обзидан вводился под контролем АД и ЧСС.

По примененному лечению больные были разделены на 3 группы:

- 184 пациента — дроперидол;
- 107 больных с тахикардией — комбинация дроперидола с обзиданом;
- 163 человека — комбинация дроперидола с верапамилом.

Эффективность лечения оценивались по результатам купирования отека, снижению АД, уменьшению ЧСС, частоте наступления летального исхода.

У наблюдаемых больных в 160 случаях (35 %) отек развился при нормальном АД (САД до 140 мм рт.ст.), в 294 случаях (65 %) — при повышенном АД. АД, в среднем, составило $167 \pm 25,2$ мм рт.ст.

ЧСС колебалась от 72 до 220 ударов в минуту; при синусовом ритме часто достигала 150 ударов в мин., в среднем, 116 ± 20 уд. в мин., при наджелудочковой пароксизмальной тахикардии — 180 ± 3 уд. в мин., при мерцательной аритмии — 163 ± 4 уд. в мин.

При купировании ОЛ, у 52,8 % пациентов с высоким АД наблюдали его снижение, у 13,1 % больных оно повысилось, у 11,1 % — не изменилось. ЧСС уменьшилась у 80,8 % больных, участилась — у 11,1 %, не изменилась — у 8,1 % пациентов.

ОЛ купировался при снижении САД до 133 ± 10 мм рт.ст. и частоты СС при синусовом ритме до 89 ± 8 уд. в мин., при мерцательной аритмии — до 118 ± 2 уд. в мин.

Дроперидол снижал САД на $18,4 \pm 5,4$ %, ЧСС — на $19,8 \pm 5,6$ %; Верапамил снижал САД на $44,3 \pm 7,4$ % ($p < 0,05$), ЧСС — на $23,3 \pm 6,3$ %; Обзидан снижал САД на $46,1 \pm 9,1$ % ($p < 0,05$), ЧСС — на $24,3 \pm 7,8$ %. При синусовой тахикардии эффективнее оказался обзидан.

В 312 случаях (68,9 %) отек был купирован полностью, у 100 больных (22,1 %) — частично; 26 больных (5,7 %) умерли (больные ИМ, которым применяли дроперидола). Среди умерших, 24 человека (5,3 %) погибли в результате асистолии, двое (0,4 %) — фибрилляции желудочков. Асистолия развивалась после применения наркотических анальгетиков. При применении Об и Вп летальных случаев не наблюдали.

Применение Об и Вп на догоспитальном этапе также снижало частоту развития неблагоприятных исходов на госпитальном этапе. Госпитальная летальность при крупноочаговом ИМ, осложненном ОЛ, в группе лечения Об была ниже, чем в группе контроля ($p < 0,005$). Госпитальная летальность при лечении отека легких Вп на догоспитальном этапе Вп и Об, у больных ИМ, имела тенденцию к снижению.

Отек легких трудно купируется у больных с мерцательной аритмией. Не всегда ясно, имеем мы дело с пароксизмальной или постоянной формой мерцательной аритмии, и нет уверенности в восстановлении синусового ритма. При попытках восстановить синусовый ритм, мы неоднократно наблюдали, при применении новокаинамида, развитие осложнений, в том числе фибрилляцию и асистию желудочков. Установлено, что при мерцательной аритмии ОЛЖН купируется при ЧСС, в среднем, 118 ± 2 уд. в мин., к тому же синусовый ритм редко удается восстановить. Мы пришли к выводу, что у больных с мерцательной аритмией, для купирования отека легких, не всегда необходимо добиваться восстановления синусового ритма, а достаточно снизить частоту сокращений желудочков с помощью Вп или Об.

Таким образом, на наш взгляд, применение верапамила или обзидана в комплексе лечения ОЛ при ОКС способствует нормализации показателей гемодинамики, ускоряет его купирование, при этом снижает догоспитальную и госпитальную летальность.





НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ





Т.М. БОБЕР, С.Д. НИКОНОВИЧ
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Гипертонический криз является осложнением гипертонической болезни (ГБ) и представляет собой значительное, внезапное повышение артериального давления с нервно-сосудистыми и гуморальными нарушениями. Доля больных в возрасте 60 лет и старше, страдающих ГБ, осложнившейся гипертоническим кризом, очень высока. Так, в 2003 году по поводу артериальной гипертензии (АГ) было обслужено 16936 обращений (9,4 %) от всех вызовов. При этом, у 966 пациентов (5,7 %) АГ осложнилась гипертоническим кризом. Среди них доля больных в возрасте старше 60 лет составила 57,3 % (553 человека).

Для анализа течения и лечения гипертонических кризов у пожилых людей (возрастная группа старше 60 лет) было отобрано 150 карт, где диагноз гипертонической болезни был выставлен как основной или фоновый. В данной выборке выявлено, что гипертонические кризы чаще возникали у женщин — 113 чел. или 75,3 %. Мужчин было 37 чел. (24,7 %).

Как правило, пациенты с АГ страдали различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), заболеваниями бронхолегочной системы, поражением сосудов головного мозга и др. Сопутствующая патология также чаще наблюдалась у женщин (табл. 1).

У пожилых больных чаще наблюдались кризы II-го порядка (78,6 % случаев или 118 чел.), протекавшие более тяжело и длительно. В то же время, у больных ГБ, осложненной гипертоническим кризом, в возрасте до 60 лет (100 карт) развивались, преимущественно, кризы I-го порядка (в 68 % случаев).

Продолжительность кризовых состояний у пациентов старше 60 лет составила: при кризе I-го порядка — 20-25 мин., 2-го порядка — более 60 мин., при этом требовалась помощь специализированных бригад. У пациентов моложе 60 лет время криза составило, соответственно, 20 мин. и 40 мин. При этом, у

пожилых больных осложненные кризы II-го порядка (ОЛЖ) составили 61,3 % (92 чел.). Осложнения, возникшие при гипертонических кризах у больных старше 60 лет, представлены в таблице 2.

Провоцирующими факторами декомпенсации АГ у пожилых пациентов явились: неправильный, от случая к случаю, прием антигипертензивных препаратов; прекращение лечения на фоне «благополучного» состояния; физические и психоэмоциональные нагрузки; колебания атмосферного давления (в 2-х случаях); социальный фактор — отсутствие денежных средств для приобретения лекарств. При этом, нерегулярно принимали лекарственные препараты 108 больных из 150 человек (72 %).

В таблице 3 представлены препараты, применявшиеся у больных старше 60 лет для купирования гипертонических кризов в условиях «скорой помощи».

При применении каптоприла в виде монотерапии или в комбинации с фуросемидом среднее

Таблица 1
Сопутствующая патология у больных с АГ

Сопутствующая патология	Число больных		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ИБС:						
- перенесенный инфаркт миокарда	28	18,6	12	42,8	16	57,4
- постоянная форма фибрилляции предсердий	36	24	12	33,3	24	66,6
- стенокардия	48	32	17	35,8	31	64,6
- ХСН	112	74,6	48	42,8	64	57,2
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, ожирение)	16	10,6	2	12,5	14	87,5
Бронхолегочная патология	20	13,3	16	80	4	20
Цереброваскулярная болезнь	128	85,3	37	28,9	91	71,1

Таблица 2
Осложнения, возникшие при гипертонических кризах у больных АГ старше 60 лет

Вид осложнения	Число больных	
	абс.	%
Гипертоническая энцефалопатия, протекающая с выраженной головной болью, спутанным сознанием, судорогами	73	48,6
Острая сердечная недостаточность в виде сердечной астмы и отека легких	63	42
Ангинозные боли, от приступов стенокардии до инфаркта миокарда с картиной на ЭКГ	117	78,0
Расслаивающая аневризма аорты	2	1,3



Таблица 3
Препараты, применявшиеся у больных старше 60 лет
для купирования гипертонических кризов в условиях "скорой помощи"

Препарат	Число больных		Эффект
	абс.	%	
Коринфар до 20 мг п/яз	96	64	Не наблюдался
НГ (нитроминт) до 3 таб. под язык	146	97,3	+
Изокет 1-2 дозы + Фуросемид 40-80 мг	84	56	++++
Дибазол 1 % 5 мл в/в	32	21,3	+
Дибазол 1 % 5 мл + Дроперидол 0,25 % 2-4 мл в/в	17	11,3	+++
Дибазол 1 % 5 мл + Коринфар 10 мг под язык	19	12,6	++
Анаприлин 0,04 под язык	5	3,3	-
Каптоприл 25-50 мг + Фуросемид 40-80 мг в/в	23	15,3	+++
Клофелин 0,01 % 1 мл в/в	86	57,3	+++
Клофелин 0,01 % 1 мл в/в + Фуросемид 40-80 мг в/в	102	68	++++

время наступления эффекта составило 20 мин., процент снижения АД — 12 и 25 мин., соответственно. Применение дибазола в виде монотерапии или с коринфаром оказывало эффект через 15 мин., менее чем на 5 % и 10 %, соответственно. Использование клофелина самостоятельно и в сочетании с фуросемидом способствовало снижению АД через 12 мин., соответственно, на 36 % и 45 %. Применение коринфара достигало цели через 10 мин., но в 10-50 % случаев эффекта не отмечено. Использование препарата Изокет в комбинации с фуросемидом приводило к снижению АД через 10 мин., до 30 %.

только 18 человек (12 %) состояли на диспансерном учете в поликлинике и регулярно (1 раз в квартал) посещали участкового терапевта

Таким образом, для успешного купирования гипертонических кризов у больных в возрасте старше 60 лет необходима правильная оценка состояния больного, адекватная, чаще комбинированная, терапия, слаженная работа всей бригады СП. Со стороны больного необходимо регулярное проведение назначенного лечения, что в значительно большей степени, по сравнению с другими факторами, предотвращает развитие гипертонического криза.

В большинстве случаев (96 больных или 64 %) кризы у больных старше 60 лет были купированы на догоспитальном этапе, тем самым либо были предотвращены тяжелые осложнения, либо была достигнута стабилизация гемодинамики, с последующей госпитализацией больных.

Необходимо отметить очень низкий процент диспансеризации этой возрастной группы. Из 150 пациентов

С.А. ВИНГЕРТ, О.А. КАМЫШНИКОВА, Т.П. ШКЛЯЕВА,
 Л.А. ЗАГОРСКАЯ, О.Г. КОШЕЛЕВА
 МУЗ Городская поликлиника № 20,
 г. Кемерово

О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ ПОЛИКЛИНИКИ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МУЗ Городская поликлиника № 20 и ГКССМП работают по модемной связи с 17 июля 2003 года. Ежедневно медицинский статистик получает информацию от ССМП о вызовах, обслуженных бригадами СМП по Заводскому району, делает выборку адресов, относящихся к МУЗ Городская поликлиника № 20, проверяет прикрепление пациентов. В результате проведенного анализа выявлено, что 10 % вызовов, обслуживаемых ССМП, к поликлинике не прикреплены. Тем не менее, участковые терапевты обязательно посещают активно этих пациентов, решают вопросы дальнейшего их ведения и лечения.

Анализу подлежало 5487 случаев вызовов ССМП за период с 17 июля 2003 года по 06 августа 2004 года. Пациентов с гипертонической болезнью было 2858 человек, что составляет 52 % от всех случаев.

Распределение по возрастным группам: на пациентов 20-30 лет пришлось 473 вызова, из них с артериальной гипертензией — 25 случаев или 5,2 %; 30-40 лет — 329 вызовов, с артериальной гипертензией — 66 случаев или 20 %; 40-60 лет — 1624 вызова, с артериальной гипертензией — 825 случаев или 50,8 %; старше 60 лет — 3061 вызов, с артериальной гипертензией — 1942 случая или 63,4 %.



При рассмотрении данных случаев установлено, что у пациентов 20-30 лет вызова связаны с малой обращаемостью в лечебную сеть; 30-40 лет — с малой обращаемостью и самолечением; старше 40 лет — с неадекватностью лечения и недостаточностью материальных средств, вместо назначенной комбинации лечения пациенты принимают один препарат, наиболее дешевый.

Больные старше 60 лет, независимо от постоянного наблюдения участкового терапевта, вызывают бригады ССМП регулярно 2 раза в месяц, что связано с недостаточным обеспечением пациентов необходимыми льготными лекарственными препаратами.

Исходя из полученных данных необходимо:

1. Вернуться к всеобщей диспансеризации населения, в результате чего улучшится выявляемость пациентов с гипертонической болезнью среди лиц молодого возраста.
2. Шире проводить профилактическую работу в средствах массовой информации (радио, телевидение, местная пресса).
3. В школах по гипертонической болезни охватывать пациентов, не только страдающих гипертонической болезнью, но и другими заболеваниями, сопровождающимися артериальной гипертензией (почек, нервной системы, щитовидной железы и др.).
4. Обеспечить льготными лекарственными препаратами пациентов (особенно пенсионного возраста), страдающих гипертонической болезнью.

Т.И. ДАНИЛИНА

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО

Клинические исследования были проведены в химическом промышленном городе Кемерово в течение 3-х лет (2001-2003 гг.), на основании данных АСУ ГКССМП. За этот период времени ежегодно поступало около 5 тысяч вызовов по поводу обострения бронхиальной астмы, что составляет более 2,5 % от общего числа поступающих вызовов. Процент детских вызовов (в возрасте до 14 лет) составляет от 3,1 % до 4,9 % вызовов по поводу бронхиальной астмы. Настораживающим является факт появления таких вызовов к детям первого года жизни, что составляет 0,1 % от общего числа вызовов по поводу обострения бронхиальной астмы и 2,95 % от вызовов в детском возрасте, поскольку, как указано в Национальной российской программе «Бронхиальная астма у детей, стратегия, лечение и профилактика» (1997 г.), бронхиальная астма у детей является чувствительным маркером загрязнения атмосферного воздуха.

Среди взрослого населения, в возрастных категориях 51-60 лет и 61-70 лет, за период 2001-2003 гг. отмечается тенденция к увеличению обращаемости, соответственно, с 16,7 % до 22,1 % и с 18,7 % до 22,9 %.

Данное обстоятельство можно объяснить возрастными изменениями дыхательных структур с сокращением их функциональных резервов, а также финансовыми затруднениями в пенсионном возрасте при приобретении дорогостоящих лекарственных средств. При анализе количества

вызовов по поводу обострения бронхиальной астмы за период 2001-2003 гг. установлено, что отсутствуют резкие колебания по месяцам. Однако в весенне-летний период имеется тенденция увеличения обращаемости — не менее 8,5 % ежемесячно. В 2003 г. стабильно высокие показатели отмечались с марта по август — от 8,4 % до 10,4 %, с максимумом в мае — 10,4 % и июле-августе — 9,1 %. Видимо это связано с увеличением в эти месяцы на дорогах личного автотранспорта и, соответственно (в сочетании с солнечным светом), образованием фотохимического смога, а также с цветением растений.

В настоящее время в условиях скорой помощи для купирования приступа бронхиальной астмы, помимо стандартной терапии, используется небулайзерная терапия. Ее преимущества:

- возможность непосредственного и быстрого воздействия на зону воспаления в слизистых оболочках;
- ингалируемое вещество практически не всасывается в кровь и не оказывает побочного действия на другие органы и системы;
- относительно дешевый способ оказания помощи.

Аэрозольное облако состоит из микрочастиц ингалируемого раствора размером, в среднем, 5 мкм, что позволяет им проникать во все отделы бронхиального дерева, включая мелкие бронхи. Проблема изучения заболеваемости бронхиальной астмы является актуальной, поскольку комитетом ВОЗ прогнозировано учащение хронических забо-



лений, ведущих к дыхательной недостаточности, которая сопровождает многие заболевания дыхательной системы, в т.ч. бронхиальную астму.

По мнению Пыцкого В.И. и Огорокова А.Н., бронхиальная астма — экологически зависимое заболевание. Установлено, что ее возникновению и реализации в фенотипе наследственной предрасположенности способствуют т.н. поллютанты — химические вещества. Повышение их концентрации происходит при загрязнении атмосферы выхлопами автотранспорта и выбросами промышленных предприятий.

Особенно опасным и агрессивным для дыхательных путей является смог: промышленный и

фотохимический. Промышленный смог образуется в результате неполного сгорания жидкого и твердого топлива, фотохимический — в результате активизации, под воздействием солнечного света, фотохимических реакций в выхлопных газах. Повреждающее действие поллютантов заключается в раздражении ирритативных рецепторов, повреждении мерцательного эпителия бронхов и стимуляции продукции медиаторов воспаления.

Все выше изложенное позволяет еще раз напомнить об актуальности изучения заболеваемости и лечения бронхиальной астмы в условиях промышленного города.

А.В. КОВАЛЕНКО, О.А. КОВАЛКИНА, Е.М. ГРИБОВА, Ю.Н. ХАЛИМОВ
*МУЗ Городская больница № 11,
г. Кемерово*

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОНМК В УСЛОВИЯХ ПИТ

Высокая распространенность цереброваскулярных заболеваний ставит их профилактику и лечение в один ряд с самыми актуальными медико-социальными проблемами.

Сосудистые заболевания нервной системы являются наиболее распространенной патологией среди лиц пожилого и старческого возраста, но в последнее время частота данных заболеваний значительно увеличилась и среди лиц трудоспособного возраста. Наибольший интерес представляют проблемы церебрального инсульта, имеющие чрезвычайную медицинскую значимость, в связи с высоким процентом инвалидизации и смертности. Примерно 1/3 больных, перенесших инсульт, являются лицами трудоспособного возраста; к труду возвращаются только около 20 % больных.

В России летальность в остром периоде инсульта достигает 35 %, увеличиваясь на 12-15 % к концу первого года после перенесенного инсульта. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности, и составляет 3,2 на 10000 населения.

Несмотря на то, что в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта решающее значение принадлежит первичной профилактике, для данной категории больных существенное значение имеет этап неотложной помощи, в связи с разработкой концепции «Терапевтического окна», изучение патогенетических механизмов инсульта, госпитализации в ранние сроки от начала заболевания и лечение в специальных учреждениях.

По европейским стандартам, для оказания квалифицированной медицинской помощи больным с церебральными инсультами организуются специализированные консультные отделения (блоки), т.к. есть определенные особенности ведения таких пациентов.

В нашей больнице, с февраля 2000 г., на базе неврологического отделения организовано специализированное отделение для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения, рассчитанное на 60 коек. Отделение обеспечивает круглосуточную высококвалифицированную медицинскую помощь пациентам г. Кемерово в возрасте до 60 лет со всей острой неврологической патологией.

Основной структурной единицей отделения является блок интенсивной терапии, состоящий из двух палат на 6 коек, и помещения для медицинского персонала, ведущего круглосуточное наблюдение за больными.

В блок интенсивной терапии поступают пациенты по следующим показаниям:

1. В первые 6 часов от начала заболевания.
2. Больные с ОНМК, поступившие в сроки, превышающие 6 часов с момента развития инсульта, при наличии:
 - нарушение сознания до уровня комы,
 - ОНМК в сочетании с острой кардиологической патологией,
 - эпилептических припадков,
 - декомпенсации сахарного диабета,
 - острой окклюзионной гидроцефалии.
3. Больные с вторичным ухудшением состояния или развитием в течение острого периода инсульта при отсутствии комы.



4. Больные с другими неотложными неврологическими состояниями:
- острые нейроинфекции,
 - эпилептический статус,
 - острая демиелинизирующая полинейропатия Гийено-Барре,
 - нервно-мышечные заболевания с нарушением жизненно важных функций.

За три года (со дня открытия отделения для больных с ОНМК) в блоке интенсивной терапии было пролечено 1072 больных. Среди поступивших пациентов представлены различные нозологические группы:

- ОНМК — 904 человека (81,1 %),
- Острая токсическая энцефалопатия — 52 человека (4,9 %),
- Эписиндром — 41 человек (3,8 %),
- Острые менингиты различной этиологии — 39 человек (3,7 %),
- Прерванная странгуляционная асфиксия — 10 человек (0,9 %),
- Объемное образование головного мозга — 12 человек (1,1 %),
- Острая гипертоническая энцефалопатия — 6 человек (0,6 %).

Среди других заболеваний встречались миостенический криз, ушиб головного мозга, утопление в пресной воде, электротравма, тромбоз кавернозного синуса, нарушение спинального кровообращения.

Из поступивших в ПИТ 1072 больных, умерло 322 человека, среди них по нозологии леталь-

ность составила: ОНМК — 292 человека (32 %), Острая токсическая энцефалопатия — 13 человек (22,8 %), Острый гнойный менингит — 16 человек (25,6 %), Опухоль головного мозга — 4 человека (33,3 %).

По возрастным категориям наибольшее количество поступивших больных были в возрасте 41-60 лет — 312 человек (56,9 %), наибольшее число умерших — также в возрасте 41-60 лет — 167 человек (51,8 %).

В ПИТ больные находились на этапе интенсивной терапии, до времени стабилизации гемодинамических показателей, улучшения состояния до средней степени тяжести, далее пациенты переводились в общие палаты.

Наиболее эффективной являлась экстренная дифференцированная помощь в первые 3-6 часов от начала заболевания, во время т.н. «терапевтического окна». Это время наиболее благоприятно для восстановления функции поврежденных клеток в зоне ишемической полутени, более того, при оказании квалифицированной помощи в первые часы от начала заболевания, временные рамки «терапевтического окна» могут значительно расширяться.

Помощь должна осуществляться в блоках интенсивной терапии в составе специализированных отделений для больных с ОНМК, располагающихся на базе многопрофильных больниц с реанимационным отделением. Данные мероприятия значительно снижают летальность и улучшают функциональный исход инсульта.

Л.Э. КУЗИНА, Л.И. КОЧУГАНОВА

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Гипертонические кризы часто осложняют течение гипертонической болезни и вторичных артериальных гипертензий. Обращаемость населения по поводу ухудшения самочувствия, обусловленного повышением артериального давления, остается одной из самых высоких. Так, в г. Кемерово за 2003 год с поводом «высокое АД», зарегистрировано 16936 обращений, что составило 9,4 % от всех вызовов (181100). При этом, у 966 пациентов (5,7 %), страдающих артериальной гипертензией, ухудшение состояния было обусловлено гипертоническим кризом, когда внезапный подъем систолического и диастолического давления сопровождался нарушениями со стороны вегетативной нервной системы и усилением расстройств регионарного (мозгового, коронарного, почеч-

ного) кровообращения, вплоть до развития угрожаемых для жизни состояний. Гипертонические кризы опасны своими осложнениями:

- гипертоническая энцефалопатия, протекающая с выраженной головной болью, спутанным сознанием, судорогами и даже комой;
- острая сердечная недостаточность в виде сердечной астмы и отека легких;
- возникновение ангинозной боли, от приступов стенокардии до инфаркта миокарда, с развернутой ЭКГ-картиной;
- расслаивающая аневризма аорты.

Так, из 966 больных, у 64 пациентов (6,6 %) гипертонический криз осложнился острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН), среди них сердечная астма наблюдалась у 43 больных (67 %), отек легких развился у 21 больного (33 %).



Анализ выездных карт выявил, что такие осложнения возникли у лиц, у которых в значительной степени уже имелись поражения органов-мишеней, в частности, сердца. И в этой группе пациенты, помимо артериальной гипертензии, страдали различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), заболеваниями бронхолегочной системы, поражением сосудов головного мозга и др. То есть, имели сопутствующие заболевания. Острое повышение артериального давления протекало у них с более яркой клинической симптоматикой и, при несвоевременной гипотензивной терапии, наряду с кризом, развивалась и острая левожелудочковая сердечная недостаточность.

Так, у 46 больных (71,9 %) с гипертоническим кризом, осложнившимся ОЛЖН, в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда; у 15 больных (23,4 %) — ИБС, мерцательная аритмия; у 3 больных (4,7 %) — ИБС, хроническая сердечная недостаточность (без нарушения сердечного ритма и перенесенного инфаркта миокарда).

У пяти больных (7,8 %), помимо артериальной гипертензии и ИБС, была бронхолегочная патология (хронический обструктивный бронхит, хроническое легочное сердце).

Среди 64 пациентов, мужчин было 16 чел., женщин — 48 чел. По возрасту и полу они распределились следующим образом: 41-50 лет — 2 чел. (1 мужчина и 1 женщина), 51-60 лет — 10 чел. (3 мужчины и 7 женщин), 61-70 лет — 15 чел. (5 мужчин и 10 женщин), 71-80 лет — 25 чел. (6 мужчин и 19 женщин), старше 80 лет — 12 чел. (1 мужчина и 11 женщин).

Женщины составили 75 %. Преобладание женщин особенно выражено в старших возрастных группах. Это можно объяснить тем, что артериальной гипертензией чаще страдают женщины, да и продолжительность жизни у них выше, чем у мужчин. Для эффективного и безопасного оказания неотложной помощи больным с гипертоническим кризом учитывались:

- тип криза;
- острота и тяжесть клинических проявлений;
- наличие поражения органов-мишеней, сопутствующие заболевания, наличие осложнений и вероятность их возникновения;
- намечалась величина, до которой следовало снизить артериальное давление, и время, за которое это необходимо сделать;
- учитывались особенности течения артериальной гипертензии и получаемое лечение;
- проводился выбор основных и вспомогательных средств для неотложной гипотензивной терапии и способ их применения.

При нетяжелом течении криза I типа (нейровегетативная форма, адреналовый гиперкине-

тический криз) гипотензивные средства назначались внутрь или сублингвально: Нифедипин (коринфар) по 10 мг под язык, Капотен (каптоприл) по 25-50 мг. При выраженной гиперadreнергии с проявлением тахикардии назначался Анаприлин 10-20 мг внутрь; при эмоциональном напряжении — Диазепам (сибазон) по 1-2 мл в/м.

При тяжелом течении криза лекарства вводились внутривенно: Клофелин 0,01 % 0,5-1 мл в/в, Обзидан 5 мг, Дроперидол 0,25 % 2 мл.

При отечной форме гипертонического криза II типа (норадреналовый, гипокинетический, гипervолемический), в случае нетяжелого течения, вводили Коринфар по 10-20 мг сублингвально, Каптоприл по 25-50 мг, Фуросемид 40-80 мг внутривенно; в случае тяжелого течения — внутривенно Фуросемид по 40-80 мг, Клофелин 0,01 % по 1 мл.

При судорожной форме криза (гипертензивной энцефалопатии) внутривенно медленно вводили раствор магния сульфата по 10 мл 25 %, Фуросемид 80-120 мг внутривенно, Эуфиллин 2,4 % по 10 мл, как корректор мозгового кровообращения.

Незамедлительной интенсивной терапии требовали гипертонические кризы с осложнениями, угрожающими жизни. Цель терапии была направлена как на быстрое (в течение 30 минут) снижение АД, так и на устранение возникших расстройств регионарного кровообращения:

При гипертоническом кризе, осложненном ангинозной болью вследствие коронарной недостаточности (стенокардия, инфаркт миокарда), сразу назначались нитраты. В последнее время на скорой помощи применяются аэрозольные формы Нитроглицерина, в частности, Нитроминт. Аэрозольная форма значительно удобнее и надежнее в применении, требует меньше манипуляций, быстрее всасывается, соблюдается точность дозировки и не теряется активность препарата после начала пользования баллончиком. В обязательном порядке проводилось обезболивание: Фентанил 0,005 % по 2 мл, Дроперидол 0,25 % по 1-2 мл внутривенно, Клофелин 0,01 % — 1 мл (помимо гипотензивного эффекта, купирует боль), Обзидан 5 мл внутривенно.

При гипертоническом кризе, осложненным ОЛЖН, проводилась общепринятая терапия: нитраты (Нитроминт, повторно под язык). При недостаточности эффекта Нитроглицерин вводился внутривенно капельно, 10 мг в изотоническом растворе под контролем АД. Вводились мочегонные — Фуросемид 60-120 мг внутривенно, оксигенотерапия, Дроперидол 0,25 % 2-4 мл внутривенно, Морфин 1 % по 1 мл внутривенно.

В заключение следует отметить, что если бригада скорой помощи на вызове у больного работает быстро и слаженно, проводится правильная ди-



агностика и оценка состояния больного, делается верный выбор вводимых лекарственных препаратов, то в большинстве случаев удается купировать гипертонический криз на дому, тем самым, пре-

дотвратив его осложнения, а если осложнения уже возникли, удается стабилизировать гемодинамику, а затем госпитализировать больного в стационар.

Д.В. КУРБАТОВА, С.В. МАЛИНОВСКИЙ, А.Г. ОСИПОВ,
Е.А. ВОСТРИКОВА, Л.О. БАГРОВА, М.И. ЛИКСТАНОВ
*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОДУАЛА НА ССМП

При заболеваниях органов дыхания ингаляционная терапия является более логичной, т.к. препарат непосредственно направляется к тому месту, где он должен действовать — в дыхательные пути. Существуют объективные критерии, требующие использования небулайзера для проведения ингаляций: снижение респираторной жизненной емкости менее 10,5 мл/кг (например, < 735 мл у больной массой 70 кг); инспираторный поток менее 30 л в мин.; неспособность задержать дыхание более 4 сек; двигательное расстройство; нарушение сознания.

Небулайзерная терапия широко распространена за рубежом. 80 % врачей Европы назначают бронхолитики через небулайзер. В Швеции 215 небулайзеров на 10000 населения. В Великобритании 40000 небулайзеров для домашнего пользования. В Швейцарии выписывается 32000 доз растворов бронхолитиков. В Новой Зеландии 40 % населения с бронхиальной астмой имеют небулайзер.

Преимущества небулайзерной терапии:

- отсутствие необходимости координации вдоха с ингаляцией;
- простота выполнения техники ингаляции для детей, пожилых и тяжело больных;
- быстрая доставка препарата в виде аэрозоля с оптимальными размерами частиц;
- отсутствие фреона и др. пропеллентов;
- удобство применения.

Недостатки небулайзерной терапии:

- высокая стоимость препаратов;
- необходимость в источнике тока;
- необходимость стерилизационной обработки небулайзерной камеры.

Для небулайзерной терапии применяют специальные растворы:

- бета-2-агонисты: беротек, саломоол, саломоол-стерн-неб, вентолин, бриканил;
- холинолитики: атровент, комбинированный препарат беродуал;
- муколитики: лазолван, бисольвон, мистабром;

- кортикостероиды: суспензия пульмикорта.

Цель работы: изучить эффективность небулайзерной терапии в лечении бронхиальной астмы, в сравнении с внутривенным введением эуфиллина и глюкокортикостероидов, в условиях работы скорой медицинской помощи.

За период 2001-2004 гг. на ГКССМП г. Кемерово для лечения больных с бронхиальной астмой использовался небулайзер. Всего наблюдали 384 больных с бронхиальной астмой, из них: с легкой степенью тяжести — 39 человек; со средней — 275; с тяжелой — 70 чел.

Для лечения использовался ингалируемый препарат беродуал 1 мл (20 капель), содержащий ипратропиума бромид 0,25 мг, фенотерола гидробромид 0,5 мг. Приступ был купирован у всех больных с легкой степенью заболевания и у 213 человек со средней степенью.

Дополнительное внутривенное введение эуфиллина и гормональных препаратов (преднизолона, дексаметазона) потребовалось у 52 больных. Это, в основном, больные с тяжелыми формами бронхиальной астмы — 30 человек, а также с бронхиальной астмой средней степени тяжести — 22 человека. У всех этих больных отмечалось позднее обращение за медицинской помощью.

Время пребывания на вызове с использованием небулайзера при легкой степени астмы составило 11,2 мин., при средней степени — 27,5 мин., при тяжелой степени — 40 мин. Время пребывания на вызове без использования небулайзера — 10 мин., 18 мин. и 20 мин., соответственно. После небулайзеротерапии больные доставлялись на госпитализацию в 0,92 % случаев; без небулайзеротерапии — в 17,3 %. Повторные вызовы после небулайзеротерапии поступали в 0,61 % случаев; без небулайзеротерапии — в 16,1 %.

Одновременно в проводимом исследовании изучался феномен частого обращения больных за оказанием скорой медицинской помощи.

Частым обращением на ССМП считается вызов одним человеком более 5 раз в месяц. За ме-



сяц по г. Кемерово таких больных насчитывается, в среднем, 55 человек, что составляет 450 обращений. Лидирующее положение среди них занимают больные с бронхиальной астмой — 24 человека, что составляет 240 обращений. Стоимость вызова бригады СМП в условиях г. Кемерово составляет 364 рубля. При частых вызовах к таким больным ССМП несет большие расходы, так как в г. Кемерово имеется ряд больных с тяжелыми формами бронхиальной астмы. Эти больные осмотрены пульмонологом, неоднократно лечились в стационаре, но постоянно вызывают скорую помощь по поводу обострений, т.к. не имеют небулайзера и необходимых средств для лечения.

Нетрудно подсчитать, что за год на таких больных тратится более 100000 руб. Стоимость

небулайзера — 4000 руб. В то же время больные, имеющие небулайзер, практически не вызывают бригады СМП, эффективно купируя приступы удушья самостоятельно.

Выводы:

- экономическая целесообразность уменьшает количество повторных вызовов и госпитализаций практики бригады СМП;
- высокая эффективность купирования приступов бронхиальной астмы;
- безопасность применения; при использовании небулайзера не наблюдалось ни одного осложнения, которые иногда приходится наблюдать после применения традиционных препаратов.

И.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ю. ПРОСЕKOBA, В.Н. БЕЛЫХ
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ПРИМЕНЕНИЕ ДИКЛОФЕНАКА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Почечная колика (ПК) — один из наиболее сильных и мучительных видов боли, которая требует скорой диагностики и лечения. Риск возникновения ПК в течение жизни — 1-10 %. Наиболее частыми причинами ПК являются мочекаменная болезнь (МКБ), острый и хронический пиелонефрит, опухоль почки, туберкулез почки, травма почки и пр.

Для лечения больных с болевым синдромом при ПК основной группой лекарственных средств остаются опиоидные анальгетики, спазмолитики и холинолитики, которые применяют у 95 % больных. В то же время, «достаточное» или избыточное обезболивание может повредить здоровью пациента, в связи с возникающими побочными эффектами препаратов, особенно наркотических средств. В то же время, группа нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) для парентерального введения, выделяющаяся своей анальгетической активностью, позволяет, наравне с опиоидными анальгетиками, применять их при острой боли (послеоперационная боль, ожоги, травма, почечная колика и т.д.). Механизм действия НПВС обусловлен, в основном, угнетением синтеза простагландинов ферментом циклооксигеназой, которая катализирует расщепление арахидоновой кислоты на различные простагландины, являющиеся основными медиаторами воспаления.

Проанализировано 124 истории болезни пациентов, поступивших в ГКБ № 3 в течение первого квартала 2004 года с диагнозом ПК.

Среди поступивших мужчины составили 57 чел. (40,1 %), женщины — 85 чел. (59,9 %). Средний возраст — $45,1 \pm 13,1$ лет. Бригадой СМП доставлены 80 чел. (64,5 %), из поликлиники направлены 13 чел. (10,5 %), обратились самостоятельно 31 чел. (25 %). После дообследования в приемном отделении, диагноз ПК был исключен у 22 пациентов (17,7 %). Среди поступивших по СП, медицинская помощь на догоспитальном этапе была оказана 43 больным (53,8 %), по направлению врачей поликлиники — медицинская помощь не оказывалась. Врачами бригады СП вводились, в основном, но-шпа, анальгин, платифиллин, папаверин, иногда баралгин. Из поступивших госпитализированы 84 чел. (67,7 %).

Для купирования ПК в приемном отделении в 18 случаях применялся диклофенак, в 24 случаях — диклофенак в сочетании с парентеральным введением некоторых традиционных препаратов, остальным больным (84 чел.) вводились традиционные препараты с сочетанием с лидокаином.

В первых двух группах положительный эффект наблюдался в 83,3 % случаев в виде уменьшения болевого синдрома и улучшения общего самочувствия. Боль у лиц, получавших диклофенак, была купирована, в среднем, в течение 2 час. 25 мин.; у лиц, получавших традиционную терапию (папаверин, платифиллин, но-шпа, анальгин, дроверин) — в течение 3 час. 35 мин. ($p = 0,395$). Побочных эффектов при назначе-



нии диклофенака отмечено не было. У 3-х пациентов, получавших диклофенак, боль рецидивировала через 3-4 часа. Из лиц, получавших только диклофенак, 5 больным (27,7 %) потребовалось дополнительное назначение холинолитиков и спазмолитиков. Приступы ПК в приемном отделении удалось купировать у 32,2 % больных и госпитализация им не потребовалась.

Таким образом, проведенный анализ показал, что применение диклофенака у пациентов с острой болью уменьшает длительность приступа ПК, количество применяемых традиционных препаратов. Хотя статистически значимых различий не выявлено, это все же дает возможность альтернативного подхода в выборе анальгетических средств.

А.Ф. МУРАВЛЕВ, В.Н. РЕМИГА

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

А ртериальная гипертония является одной из важнейших причин хронических форм недостаточности кровоснабжения головного мозга, нарушений когнитивной функции, ишемического и геморрагического инсультов. Неконтролируемое высокое давление является причиной развития более чем половины возникающих инсультов. Отмечается сильная прямая корреляция между риском развития инсульта и уровнем АД.

Все цереброваскулярные осложнения можно разделить на две группы: первая — острые нарушения мозгового кровообращения; вторая — хронические формы сосудистой патологии головного мозга.

К хроническим формам сосудистой патологии мозга относят начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга и гипертоническую дисциркуляторную энцефалопатию. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, за последние 5 лет, в целом по РФ, число вызовов скорой медицинской помощи по поводу гипертонического криза и числа госпитализаций увеличилось, в среднем, в 1,5 раза. Внезапное повышение АД может провоцироваться нервно-психической травмой, употреблением алкоголя, резкими колебаниями атмосферного давления, отменой гипотензивной терапии и др. При этом, главную роль играют два основных патогенетических механизма: сосудистый — повышение общего периферического сопротивления за счет увеличения вазомоторного и базального тонуса артериол; и кардиальный — увеличение сердечного выброса за счет повышения частоты циркулирующей крови и сократимости миокарда.

Клинически криз проявляется субъективными и объективными признаками. К субъектив-

ным относятся головная боль, несистемное головокружение, тошнота и рвота, ухудшение зрения, кардиалгия, сердцебиения и перебои в работе сердца, одышка; к объективным — возбуждение или заторможенность, озноб, мышечная дрожь, повышенная влажность и гиперемия кожи, субфебрилитет, преходящие симптомы очаговых нарушений в ЦНС; тахи- или брадикардия, экстрасистолия; клинические и ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка; акцент и расщепление 2 тона над аортой.

Существует множество причин возникновения цереброваскулярных осложнений: нарушение мозгового кровотока, расстройства процессов ауторегуляции, возникновение различных структурных нарушений сосудов.

Развитию цереброваскулярных осложнений способствуют такие структурные нарушения, как ускорение процессов атеросклероза, приводящее к развитию тромботических и эмболических инсультов, гипертрофия среднего слоя стенок артериол с ишемической rareфикацией (разрежением), липоглианоз с образованием микроаневризм.

Начальные проявления недостаточности мозгового кровоснабжения мозга характеризуются появлением у больного с АГ субъективных жалоб (головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти и работоспособности — не менее двух указанных жалоб), которые должны отмечаться в течение не менее трех последних месяцев.

Гипертоническая энцефалопатия является ургентным состоянием и, по сути, является проявлением тяжелого церебрального гипертонического криза. Общемозговые симптомы возникают на фоне крайне высоких цифр АД. Нарушение сознания, если оно имеет место, носит



характер оглушения. Грубая очаговая симптоматика отсутствует. Может иметь место рассеянная микроочаговая симптоматика. Характерны изменения на глазном дне: сочетание признаков ангиопатии сетчатки с отеком диска зрительного нерва. При люмбальной пункции давление спинномозговой жидкости высокое, содержание белка в ней несколько повышено. В механизме основное значение имеет декомпенсация реакций мозговых сосудов в ответ на резкое повышение АД — расширение вместо сужения с плазморрагией и отеком мозга.

У большинства пациентов с гипертонической энцефалопатией АД достигает очень высоких значений (250/150 мм рт. ст.), нередко имеет место острое начало гипертонического синдрома. У больных с длительным анамнезом АГ наблюдается сдвиг кривой ауторегуляции, в результате чего энцефалопатия развивается только при очень высоком уровне АД. У пациентов с быстрым развитием АГ изменений ауторегуляции нет, поэтому энцефалопатия может развиваться при умеренном повышении АД (150/100 мм рт. ст.). Пациенты с гипертонической энцефалопатией могут иметь и другие проявления тяжелой АГ, такие как отек соска зрительного нерва, гипертрофию левого желудочка или его дисфункцию, признаки сердечной недостаточности, поражение почек. В анализе мочи нередко выявляются протеинурия и цилиндрурия. Иногда встречается и микроангиопатическая гемолитическая анемия.

Диагностическим критерием острой гипертонической энцефалопатии является сочетание трех и более симптомов: высокое АД (как правило, более 250/150 мм рт. ст.), сильная головная боль, нарушение сознания (оглушение, сонливость, сопор), тошнота, рвота, нарушения зрения, очаговые неврологические симптомы, судорожный синдром, ретинопатия (отек соска зрительного нерва, кровоизлияние).

Механизм развития гипертонической энцефалопатии заключается в следующем. В нормальных условиях происходит сужение церебральных артериол в ответ на повышение АД. Этот механизм сосудистой ауторегуляции предотвращает повышение кровотока в периоды подъемов АД. У пациентов с тяжелой артериальной гипертонией способность к ауторегуляции церебральных сосудов нарушена, что приводит к церебральной вазодилатации. Церебральные артериолы имеют меньший диаметр, защищены слоем гладкомышечных клеток, поэтому напряжение стенки в капиллярах не увеличивается. Напротив, церебральные вены более уязвимы во время подъемов АД вслед-

ствие большого диаметра и отсутствия выраженного слоя гладкомышечных клеток. Во время повышения АД происходит повреждение гематоэнцефалического барьера в церебральных венах. Следствием этого являются нарушение церебрального кровотока, отек, локальные изменения потока ионов и нейротрансмиттеров, нарушающих функцию нейронов. Считается, что гипертоническая энцефалопатия может быть обусловлена церебральной вазодилатацией, сопровождающейся повреждением гематоэнцефалического барьера, которая следует за церебральным вазоспазмом.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с широким спектром заболеваний: инсульт, органическое заболевание ЦНС, васкулиты, энцефалиты, эпилепсия, передозировка наркотиков, синдром отмены клонидина. В некоторых случаях требуется проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии.

Догоспитальная помощь при гипертоническом кризе с гипертонической энцефалопатией заключается в быстром и осторожном снижении АД, в лечении и профилактике отека мозга и судорожного синдрома. Для этого используют нифедипин в дозе 10-20 мг под язык. При недостаточной его эффективности, целесообразно применение магния сульфата 1000-2500 мг в/в медленно в течение 7-10 минут. При непереносимости нифедипина возможен прием под язык ингибитора ангиотензинпревращающего фермента каптоприла в дозе 25-50 мг; он противопоказан при брадикардии, при выраженной энцефалопатии.

Гипертонический криз с гипертонической энцефалопатией требует быстрого и осторожного снижения АД, лечения и профилактики отека мозга и судорожного синдрома.

В зависимости от выраженности соответствующей симптоматики, показано дополнительное введение 10 мл 2,4 % раствора теofilлина в/в медленно, диазепам — 10 мг в/в. В случае ГК с острой левожелудочковой недостаточностью, показано применение наркотических анальгетиков: 1 мл 1 % раствора морфина в/в струйно, в/в капельное введение нитратов. Фуросемид вводят в/в в дозе 60-80 мг, он расширяет периферические вены, снижает преднагрузку, а уже затем, диуретическим действием и снижением ОЦК, действует гипотензивно.

Первичная профилактика базируется на устранении или коррекции факторов риска — артериальной гипертонии, сахарного диабета, курения, алкоголизма, гиперлипидемии, ожирения. Контроль АД — основа профилактики.



А.Г. ОСИПОВ, М.И. ЛИКСТАНОВ, В.И. КОСТИН,
Е.А. ВОСТРИКОВА, Л.О. БАГРОВА
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Складывающееся десятилетиями представление об астме, как о болезни, основным и специфическим проявлением которой являются приступы удушья, до сих пор ориентируют и больного, и врача на устранение приступов удушья. В то же время, лечение основы болезни — хронического персистирующего воспаления в бронхиальном дереве — нередко или отсутствует совсем, или проводится нерегулярно. Современные исследования доказали, что при правильно проводимой противовоспалительной терапии бронхиальной астмы, у подавляющего большинства больных можно не только справляться с обострениями заболевания, но и проводить эффективную профилактику обострений.

Цель работы: обобщение опыта применения ингаляционных глюкокортикостероидов в лечении больных бронхиальной астмой различной степени тяжести (на базе пульмонологического отделения ГКБ № 3 и городского пульмонологического центра).

Под нашим наблюдением находились 733 пациента, получавших ингаляционные гормоны. Длительность наблюдения составила от 3 месяцев до 10 лет. Тяжесть БА на момент начала терапии соответствовала II ступени (118 человек), III ступени (258 человек) и IV ступени (357 человек). Из наблюдаемых больных, противовоспалительная терапия не проводилась совсем у 166 пациентов (из них у 86 человек диагноз БА установлен впервые). Ингаляционные глюкокортикостероиды получали 247 больных, пероральные кортикостероиды — 308 больных (в качестве монотерапии — 124 чел., в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами — 184 чел., парентеральный препарат кеналог — 12 чел.).

В схему комплексной терапии бронхиальной астмы были включены ингаляционные глюкокортикостероиды: беклометазон (Альдецин, Бекотид, Беклазон, Беклоджет), будесонид (Будесонид, Бенакорт), флутиказон (Фликсотид). Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических и функциональных показателей (ОФВ₁ и данные пикфлоуметрического контроля). Начальная доза беклометазона составила 500-1500 мкг в сутки, будесонида — 600-1800 мкг в сутки, флутиказона — 250-1000 мкг в сутки.

Дальнейшая коррекция дозы системных кортикостероидов начиналась на 2-6 неделе от нача-

ла использования ингаляционных препаратов. Полностью отменить кеналог удалось у всех 12 больных (на высоких дозах будесонида — 5 пациентов, по 1800 мкг в сутки, и флутиказона — 7 пациентов, по 1000 мкг в сутки). Из них, у 8 чел. применялись ингаляционные глюкокортикостероиды в комбинации с таблетированными. Пероральные гормоны были полностью отменены у 148 пациентов. Снижение дозы пероральных препаратов до 50 % от начальной достигнуто у 134 больных, 126 человек в процессе лечения были переведены на альтернирующий курс приема преднизолона. Отказались от применения будесонида 42 человека, из-за развившихся побочных явлений в виде першения в горле и сухого кашля, однако их удалось перевести на другие ингаляционные средства — фликсотид. Ни у кого из больных не наблюдалось усугубления осложнений глюкокортикостероидной терапии, более того, у всех пациентов, принимавших ранее высокие дозы системных гормонов (более 25 мг преднизолона в сутки или кеналог), значительно уменьшилась выраженность побочных эффектов. Оральный кандидоз нами был отмечен в 10 случаях.

Нами проанализирован такой показатель качества жизни, как частота обращений за медицинской помощью. Оказалось, что больные, не получающие базисного лечения, в 11,7 раз чаще вызывают скорую помощь, в 1,9 раз чаще обращаются в поликлинику и в 6 раз чаще госпитализируются, по сравнению с больными, принимающими противовоспалительные препараты. Это, с одной стороны, отражает низкое качество жизни астматиков при их неправильном лечении, а с другой, — является крайне невыгодным для здравоохранения и самого больного с экономической точки зрения.

Таким образом, применение базисной терапии глюкокортикостероидами позволяет больным с бронхиальной астмой иметь более высокий уровень качества жизни, по сравнению с больными, отказывающимися от проведения базисной терапии по различным причинам. Применение ингаляционных глюкокортикостероидов в лечении больных БА различной степени тяжести обладает высокой эффективностью и безопасностью. Применять глюкокортикостероиды системного действия возможно только в периоды обострений бронхиальной астмы (в комбинации



с ингаляционными), так как побочные действия препаратов данной группы оказывают здоровью пациентов не менее серьезный вред, чем сама бронхиальная астма.

А.Г. ОСИПОВ, М.И. ЛИКСТАНОВ, Е.А. ВОСТРИКОВА,
В.Н. БЕЛЫХ, Е.А. ЛОБАНОВА
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

АНАЛИЗ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

На базе ГКБ № 3 проведен ежемесячный ретроспективный анализ экстренной госпитализации больных пульмонологического профиля за период 2001-2003 гг. Учитывались следующие медико-социальные параметры: нозологические группы (обострение хронического легочного процесса, острый воспалительный процесс); пол и возраст больных; социальный статус (учащиеся, военнослужащие, работающие, пенсионеры, безработные).

Выявлены определенные закономерности:

1. Преобладание острых воспалительных процессов (56,7 % от общего) над обострением хронических заболеваний.
2. В течение года имеется два пиковых подъема острых воспалительных процессов — в январе (148,6 % от среднемесячного) и в мае-июне (107,8 % от среднемесячного).
3. Имеется четкое снижение числа госпитализируемых лиц с обострением хронических легочных процессов в летние месяцы — 88,7 % от среднемесячного показателя.
4. Преобладание мужчин в общем числе госпитализируемых — 56,5 %.
5. Значительное снижение числа госпитализаций женщин в летние месяцы (36,7 % от общего числа).

6. Основной процент госпитализируемых приходится на граждан пенсионного возраста — 40,1 %.
7. Отмечается тенденция к снижению удельного процента госпитализации у работающих лиц: 39,4 %, 36,2 % и 29,7 %, соответственно 2001, 2002 и 2003 гг.
8. Пик госпитализаций учащихся приходится на середину и конец осени — 114,7 % от среднемесячного. Минимальная госпитализация в этой группе населения в мае — 89,7 %.
9. Госпитализация военнослужащих в течение всего года равномерна, с незначительным подъемом в январе 103,8 %.
10. Госпитализация безработных в течение года происходит довольно равномерно. Незначительный подъем уровня госпитализации приходится на раннюю весну — март-апрель — 104,2 %.

Таким образом, на уровень и структуру экстренной госпитализации больных пульмонологического профиля влияют многие факторы, наиболее значимыми из которых являются социально-экономические и климатические. Более детальные выводы возможны при условии дальнейшего динамического наблюдения и введения в проводимое исследование дополнительных параметров, в том числе, анкетирования госпитализируемых больных.

А.Г. ОСИПОВ, М.И. ЛИКСТАНОВ, Е.А. ВОСТРИКОВА,
Л.О. БАГРОВА, В.Н. БЕЛЫХ
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. С конца 80-х годов отмечается стойкая тенденция к увеличению распространенности заболевания, как в нашей стране, так и в мире. Сво-

временная диагностика и адекватная терапия пневмоний — актуальная проблема клинической медицины. Консенсус Европейского Респираторного Общества определяет пневмонию как группу различных по этиологии, патогенезу и



клинике локализованных острых инфекционно-воспалительных процессов в легких, с преимущественным поражением альвеол и развитием в них воспалительной экссудации (не связанных с другими известными причинами). Учитывая большое разнообразие этиологических вариантов болезни и, соответственно, полиморфизм клинических проявлений, диагностика пневмонии нередко встречает большие трудности и оказывается ошибочной. По литературным данным, гипердиагностика пневмоний колеблется от 16 % до 36 %, а гиподиагностика — от 2 % до 18 %. Наиболее часты расхождения диагнозов на ранних этапах: в поликлинике и на этапе скорой медицинской помощи.

Целью настоящей работы явилось изучение качества диагностики пневмоний на догоспитальном этапе.

Проанализированы 768 историй болезни пациентов, поступивших в приемное отделение ГКБ № 3 в 2001 г., 2002 г. и 2003 г. (274 чел., 268 чел. и 226 чел., соответственно) с предварительным диагнозом «Острая пневмония».

Возраст больных составил от 15 лет до 98 лет. Среди госпитализированных преобладали мужчины: 66,4 %, 68,7 % и 53,2 %, соответственно. Гипердиагностика пневмоний за 2001 г. составила 23,7 %, за 2002 г. — 34,0 %, за 2003 г. —

32,7 %. Ошибочный диагноз пневмонии чаще выставлялся больным с обострением хронического бронхита (9,1 %, 7,8 % и 8,4 %, соответственно по годам), туберкулезом (4,7 %, 8,2 % и 8,8 %, соответственно по годам), острыми респираторными заболеваниями (4,7 %, 6 % и 9,3 %, соответственно по годам), злокачественными новообразованиями (1,8 %, 5,6 % и 6,2 %, соответственно по годам). Реже под маской пневмонии поступали больные с сердечно-сосудистой патологией (1,1 %, 1,1 % и 1,8 %, соответственно по годам).

Обращает внимание большая частота ошибок у лиц старше 60 лет. Так, в 2001 году в старшей возрастной группе диагноз пневмонии выставлялся ошибочно в 52,8 % случаев, у лиц моложе 60 лет — в 13,4 %; в 2002 году — в 63,5 % и в 25,8 % случаев, соответственно; в 2003 году — в 41,3 % и в 25 % случаев, соответственно. Под маской пневмонии у пожилых людей оказывались хронические обструктивные заболевания легких, сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания и туберкулез, а у больных моложе 60 лет — острые респираторные процессы и туберкулез. Все вышесказанное определяет необходимость улучшения качества диагностики на догоспитальном этапе, особенно у лиц пожилого возраста.

Е.А. ПОПОВА, И.А. СКОРОБОГАТОВА, С.В. ОРЛОВ,
А.Ю. СКОРОБОГАТОВ, А.А. ПОПОВ, Д.В. ФОКИН
*Красноярская государственная медицинская академия,
Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича,
г. Красноярск*

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Инсульт остается одной из самых частых причин смертности и стойкой утраты трудоспособности, а показатели смертности от ЦВЗ в России являются одними из самых высоких в мире: 35 % в остром периоде (Табеева Г.Р., 2002). Большое влияние на результаты лечения оказывает возникновение осложнений инсульта и присоединение соматических заболеваний. В частности, это инфекционные заболевания органов дыхания, развитие которых связано с нарушением регулирующей функции ЦНС, иммунными расстройствами, длительной неподвижностью, нарушением пассажа мокроты.

В последние годы появились работы, изучающие взаимодействие нервной и иммунной систем. Получены данные о наличии общего рецепторного аппарата в иммунной системе к нейромедиаторам и в нервной системе — к эндогенным иммуно-

модуляторам. Нейроны и иммунциты снабжены одинаковыми рецепторными аппаратами, т.е. они реагируют на сходные лиганды. При ОНМК явления функционального дисбаланса иммунного статуса больных приобретают форму грубого иммунодефицитного состояния, требующего обязательной коррекции.

При традиционном способе назначения иммунорегуляторов, желаемый эффект наступает через длительное время (7-20 дней). Наличие вторичного иммунодефицитного состояния тяжелой степени (которое чаще всего развивается у больных, находящихся в палате реанимации) является противопоказанием для парентерального введения иммунорегуляторов. Кроме того, побочные эффекты парентерального введения интерферонов (гипертермия и др.) ограничивают возможность использования их в комплексном лечении



неврологических больных. Методом выбора в данной ситуации может быть применение Реаферон-ЕС-Липинта.

Исследования проведены у 10 больных с ОНМК, находившихся на лечении в ПИТ неврологического отделения. Больные получали комплексную интенсивную терапию, соответственно нозологии и тяжести состояния. Кроме того, со вторых суток больным назначался Реаферон-ЕС-Липинт по 1 млн. ЕД в сутки внутрь (через зонд) ежедневно, курсовая доза 5 млн. ЕД. Изучались показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также активность фагоцитоза, которые определялись на 1-е, 7-е и 14-е сутки стационарного лечения.

Анализ полученных результатов показал, что у больных с ОНМК, уже спустя сутки после заболевания, развивается иммунодефицитное состояние в клеточном звене иммунитета, которое может явиться одной из основных причин внутрибольничной пневмонии у данной категории больных. При исследовании иммунологического статуса, у больных отмечался клеточный Т-дефицит тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести, при этом ИРИ

был ниже нормы на 58 %, отмечалось значительное угнетение фагоцитоза, уровень ЦИК и иммуноглобулинов классов G, M, A находился в пределах физиологических колебаний.

После курса терапии Реаферон-ЕС-Липинтом, на 7-е сутки оптимизировались показатели Т-клеточного иммунитета, ИРИ достигал нижней границы нормы, показатели ФИ, ЦИК находились в пределах физиологической нормы. При исследовании иммунного статуса на 14-е сутки, у больных сохранялась тенденция к нормализации показателей клеточного иммунитета. За указанный период ни у одного больного не было отмечено признаков развивающейся пневмонии.

Таким образом, ОНМК в ранние сроки приводит к развитию вторичного иммунодефицитного состояния. Использование Реаферон-ЕС-Липинта в составе комплексной интенсивной терапии позволяет оптимизировать и даже нормализовать отдельные показатели клеточного иммунитета. Необходимы дальнейшие исследования по использованию иммуномодулирующей терапии с целью профилактики и лечения данного вида осложнений у неврологических больных.

Е.Г. ПРОСИНА

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей догоспитальной диагностики и терапии неотложных состояний, вопросов госпитализации при бронхиальной астме (БА). Основным клиническим проявлением БА является приступ удушья, развивающийся вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

На основании анализа карт по вызовам скорой медицинской помощи к 112 больным бронхиальной астмой (за 2003 год) выявлено, что бронхиальной астмой страдают преимущественно женщины (81 чел. или 72 %). Мужчины составили 31 чел. (28 %). Вероятно, это может быть связано с тем, что у женщин чаще проявляется сопутствующая патология (табл. 1).

Из таблицы видно, что сопутствующей патологией чаще являются цереброваскулярная болезнь и хронический бронхит.

Проанализировав возрастные категории больных бронхиальной астмой, выяснилось, что ча-

Таблица 1
Сопутствующая патология у исследуемых больных

Патология	Число больных	
	абс.	%
Легочные:		
- Хронический бронхит	63	56
- Эмфизема легких	31	27
- Пневмония	5	4
Внелегочные:		
- Сахарный диабет	42	37
- Цереброваскулярная болезнь	86	76
- Артериальная гипертензия	44	39
- Сердечная недостаточность	23	20
- Гормональные нарушения	16	14

ще болеют лица пожилого возраста, что видимо, связано с инфекционной зависимостью возникновения бронхиальной астмы. Лица до 20 лет составили 2 % (2 чел.), 20-30 лет — 4 % (5 чел.), 30-40 лет — 25 % (28 чел.), 40-50 лет — 5 % (6 чел.), 50-60 лет — 37 % (41 чел.), старше 60 лет — 27 % (30 чел.).



По времени суток вызов «скорой помощи» по поводу бронхиальной астмы чаще приходился на временной промежуток с 8 до 16 часов (табл. 2).

Таблица 2
Время вызова "скорой помощи"
больными бронхиальной астмой

Время суток	Количество больных	
	абс.	%
С 8 до 16 часов	64	57
С 16 до 24 часов	37	33
С 0 до 8 часов	11	10

У большинства больных бронхиальной астмой отмечалась гиперстеническая конституция — 62 чел. (55 %). Астеническую конституцию имели 10 пациентов (9 %), нормостеническую — 40 (36 %).

Наиболее часто вызов «Скорой помощи» приходился на домашний адрес — 64 пациента в возрасте до 60 лет (57 %) и 28 человек старше 60 лет (25 %). Вызовы в общественное место были сделаны к 5 пациентам (4 %) и двоим (2 %), соответственно. На рабочее место вызов был сделан к 13 пациентам в возрасте до 60 лет (12 %).

Наибольшее количество вызовов по времени года приходилось на весну (39 больных или 35 %), что, очевидно, связано с простудными заболеваниями и началом цветения растений (при atopической бронхиальной астме). Вызова летом были сделаны к 18 пациентам (16 %), осенью — к 26 (23 %), зимой — к 29 больным (26 %).

Лечение каждого больного с бронхиальной астмой было этапным. В условиях «Скорой помощи», на догоспитальном этапе, основной задачей терапии являлась ликвидация выражен-

ных проявлений приступа удушья с помощью различных медикаментозных средств — кортикостероидов, антигистаминных препаратов и др. (табл. 3).

На догоспитальном этапе, помимо адекватной терапии приступа удушья, необходимо решение вопроса госпитализации больного. Из 112 больных были госпитализированы 31 человек (27 %), из них один больной (0,8 %) был госпитализирован реанимационной бригадой. Смертность составила 0 %.

У 44 больных (39 %) течение бронхиальной астмы у больных было отягощено артериальной гипертензией. В условиях догоспитальной помощи проводилось лечение артериальной гипертензии: Коринфар 10 мг и Дибазол 1 % 5 мл, в/в — 17 больным (39 %), Коринфар 10 мг — 19 (43 %), Клофеллин 0,01 % 1 мл, в/в — 8 чел. (18 %). Таким образом, у больных БА при артериальной гипертензии наиболее часто применялся коринфар. В результате данного исследования прослеживается четкая связь возникновения приступов удушья при бронхиальной астме с полом больного, конституцией организма, временем суток, года, возрастом.

Эффективность купирования приступов удушья при бронхиальной астме напрямую зависит от адекватного подбора медикаментозных препаратов.

Таблица 3
Время купирования приступа удушья
у больных бронхиальной астмой при различных видах терапии

Препараты	Количество больных		Время купирования (мин)
	абс.	%	
Эуфиллин 2,4 % в/в 10 мл	45	40	31
Эуфиллин 2,4 % в/в 10 мл + дексаметазон 4-8 мг	36	32	24
Эуфиллин 2,4 % в/в 10 мл + дексаметазон 4-8 мг + эфедрин гидрохлорид 5 % 1 мл	20	18	32
Эуфиллин 2,4 % в/в 10 мл + супрастин в/в 1 мл + эфедрин гидрохлорид 5 % 1 мл	11	10	32

А.В. СЕЛИФАНОВ

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА АПФ КАПТОПРИЛА И β -БЛОКАТОРА АНАПРИЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В исследование были включены больные с гипертонической болезнью. В I-ю группу вошли 30 человек, которые в качестве гипотензивного препарата получали каптоприл по

25-50 мг сублингвально. Пациенты II-й группы (20 человек) получали анаприлин по 10-20 мг сублингвально. В III-ю группу были включены 20 человек, получавших сочетание каптоприла с



анаприлином. У больных IV-й контрольной группы (30 человек) в лечении гипертонической болезни использовались другие гипотензивные препараты: антагонисты Са (коринфар) и(или) диуретики (фуросемид), клофелин, дибазол, папаверин и др.

У всех больных учитывались длительность артериальной гипертензии, стадия и степень гипертонической болезни, время повышения АД, наличие сопутствующей патологии, сочетание с ишемической болезнью сердца, в анамнезе: перенесенные инфаркты миокарда, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, сахарный диабет, ожирение и т.д.

Группы больных были составлены методом случайной выборки. В исследование вошли пациенты в возрасте от 34 до 85 лет, преимущественно старше 60 лет (76 %), женщины составили 72 %.

Регистрировались САД и ДАД перед началом лечения и через каждые 10 минут. Терапевтический эффект оценивался в течение 25-30 минут. По показаниям записывалась ЭКГ в 12 отведениях. Также учитывались динамика частоты сердечных сокращений, общее самочувствие больных и переносимость препаратов. В некоторых случаях в основных группах, при недостаточной эффективности ингибиторов АПФ и (или) β -блокаторов или при сочетании с осложненными формами гипертонических кризов и ИБС (динамическое нарушение мозгового кровообращения, нестабильная стенокардия, нарушения ритма сердца, острая левожелудочковая недостаточность и т.д.), потребовалось дополнительное лечение другими препаратами.

Результаты исследования

В I-й группе эффективность монотерапии (каптоприл) составила 73,3 % (22 чел.), в 26,7 % случаев (8 чел.) потребовалось дополнительное назначение других гипотензивных препаратов. Во II-й группе эффективность монотерапии анаприлином была 85 % (17 чел.), у 3 пациентов (15 %) потребовалось дополнительное лечение другими гипотензивными препаратами. У 19 больных III-й группы (95 %) назначение препаратов в комбинации каптоприл + анаприлин было эффективно, дополнительное лечение применялось одному пациенту (5 %). В IV-й группе больных эффективность применявшегося лечения (коринфар + другие препараты) составила 80 % (24 человека), в остальных случаях (6 чел. или 20 %) потребовалось дополнительное лечение.

Дополнительное назначение препаратов было необходимо при сочетании гипертонических кризов с острой левожелудочковой недостаточностью (диуретики, нитраты), нестабильной стенокардией (нитраты) и так далее, а также в случае не купируемой артериальной гипертензии (клофелин, дроперидол).

Время купирования гипертонических кризов после введения лекарственных средств представлено в таблице 1.

Таблица 1
Время купирования гипертонических кризов (min на 25 %)

Группы	До 30 мин		Более 30 мин	
	абс.	%	абс.	%
I	21	70	9	30
II	16	80	4	20
III	17	85	3	15
IV	23	76,7	7	23,3
Всего:	77	77	23	23

В каждой группе прослеживалось преобладание снижения АД в первые 30 минут. Более высокие результаты получены при сочетании «и-АПФ — каптоприла» и « β -блокатора — анаприлина», а также при использовании анаприлина в качестве монотерапии с учетом имеющихся показаний (нестабильная стенокардия, желудочковая экстрасистолия, тахикардия) и противопоказаний.

Отмечено преобладание пациентов с III-й ст. (56 %) и II-й ст. (29 %) гипертонической болезни (табл. 2). Получена высокая эффективность при применении и-АПФ (каптоприла) и β -блокатора (анаприлина), а также их сочетания при оказании неотложной гипотензивной терапии в этих группах больных.

Таблица 2
Распределение больных по стадиям гипертонической болезни и симптоматической артериальной гипертензии

Группы	Число больных	I ст. ГБ		II ст. ГБ		III ст. ГБ		Симпт. АГ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	30	3	10	8	26,7	18	60	1	3,3
II	20	2	10	6	30	10	50	2	10
III	20	1	5	5	25	13	65	1	5
IV	30	2	6,7	10	33,3	15	50	3	10
Всего:	100	8	8	29	29	56	56	7	7

В I-й группе больных гипертонические кризы 1-го вида встречались в 46,7 % случаев, 2-го вида — в 40 %, АГ без клиники криза отмечены у 13,3 % больных. Во II-й группе больных — гипертонические кризы 1-го вида отмечены у 60 % пациентов, 2-го вида — у 25 %, без клиники кри-



за — у 15 %; в III-й группе — 65 %, 20 % и 15 %, соответственно; в IV-й — 46,7 %, 46,7 % и 6,6 %, соответственно.

В лечении гипертонических кризов 1-го вида выявлена высокая эффективность, целесообразность применения в таблетированной (сублингвально) форме β -блокаторов и и-АПФ.

Выводы:

1. У больных, получавших в качестве гипотензивной терапии и-АПФ (каптоприл) и(или)

β -блокатор (анаприлин) в терапевтических дозах, происходило быстрое значимое снижение АД в течение первых 30 минут. Отмечена высокая эффективность этих препаратов в лечении гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

2. Применение β -блокатора (анаприлина) более целесообразно при сочетании гипертензии с тахикардией и стенокардией, а и-АПФ (каптоприла) — при сочетании АГ с признаками сердечной недостаточности, постинфарктной дисфункцией левого желудочка.

О.К. СИКОРСКАЯ, К.А. ЯМЩИКОВ

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ

В работе использовался небулайзер компрессорного типа «VOYAGE». Показанием к применению являлись бронхиальная астма, обструктивный бронхит, острый ларинготрахеит со стенозом. Из лекарственных препаратов использовались раствор беродуала для небулайзера (при бронхиальной астме, обструктивном бронхите) и суспензия пульмикорта для небулайзера в пластиковых контейнерах (при остром ларинготрахеите со стенозом).

С диагнозом бронхиальная астма было обслужено 10 детей, в возрасте 2-15 лет. Всем детям применяли однократное введение через небулайзер беродуала. В 9 случаях на 7-10 минуте после начала ингаляции получен положительный эффект — уменьшение или полное исчезновение хрипов в легких, снижение ЧД, ЧСС, уменьшение участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, исчезновение страха и чувства нехватки воздуха. В одном случае к беродуалу был добавлен пульмикорт, так же с положительным эффектом. В 6 случаях до прибытия «скорой помощи» пациенты самостоятельно применяли сальбутамол-ингалятор с минимальным эффектом или его отсутствием, что и явилось поводом для вызова «скорой».

С диагнозом обструктивный бронхит с дыхательной недостаточностью было обслужено 112 детей. У 68 больных (60,8 %), отмечалась ДН I степени, небулайзерная терапия им не применялась, так как еще до приезда бригады СМП, по назначению участкового педиатра, были применены сальбутамол, вентолин или беротек и получен эффект.

У 44 детей (39,2 %) с ДН I-II степени (8 чел.), II степени (28 чел.) и II-III степени (8 чел.) во время обслуживания вызова использовалась небулайзерная терапия с введением беродуала. У больных с ДН I-II степени отмечалось полное купирование обструктивного синдрома, при ДН II степени и II-III степени — значительное его уменьшение.

С диагнозом ларинготрахеит со стенозом обслужено 27 больных (I-я степень стеноза — 5 чел., II степень — 20 чел., III степень — 2 чел.). Всем детям был применен ингаляционный глюкокортикостероидный препарат пульмикорт, получен положительный эффект (по клиническим критериям). При ларинготрахеитах со стенозом I-й степени стеноз был купирован полностью; при II-й степени — у 8 детей клиника стеноза полностью купирована, у 12 детей — стеноз уменьшился до I-й степени. При III-й степени стеноза отмечено умеренное улучшение состояния пациентов. Во временном диапазоне эффект достигался на 10-20 минуте после ингаляции препарата, в основном, в зависимости от выраженности стеноза.

Таким образом, небулайзерная терапия была применена в 81 случае, как правило, с положительным эффектом. Использование небулайзера у детей в условиях «скорой помощи» предпочтительно также с позиций его неинвазивности, что немаловажно в педиатрии, т.к. травматичность парентерального введения лекарственных препаратов может провоцировать бронхообструкцию или стеноз. В сравнении с ингаляторами, при небулайзерной терапии не нужно скоординирован-



ности с актом вдоха, что довольно сложно объяснить ребенку. Лечебный эффект наступает бы-

стро, на 7-15-20 минуте, что особенно важно в условиях скорой помощи.

А.М. СУХОРУКОВ, А.А. ДУДАРЕВ, Е.А. ПОПОВА, А.А. ПОПОВ,
А.Е. ПОПОВ, В.Н. БОЛЬШАКОВ, Д.В. ФОКИН
*Красноярская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 20,
г. Красноярск*

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Острые гнойно-деструктивные заболевания легких — одна из актуальных проблем современной пульмонологии. В последние годы число больных с данной патологией возросло. Частота абсцессов легких, осложненных пиопневмотораксом, кровотечением, сепсисом, увеличилась с 15,8 % до 63,6 %, летальность — от 1,6 % до 15,6 %, а при осложненных формах она достигает 54 %.

Благодаря комплексной терапии, можно значительно повысить эффективность лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких, снизить количество тяжелых осложнений и процент перехода в хроническую форму. Однако исследования, проведенные в легочном центре ГКБ № 20, позволили выявить наличие вторичного клеточного иммунодефицитного состояния различной степени тяжести у хирургических больных уже при поступлении в стационар.

Кроме того, антибиотики, особенно пенициллинового ряда, снижают активность компонентов комплемента в сыворотке крови больного. При этом степень инaktivации зависит от дозы и длительности применения антибиотиков. Таким образом, хотя антибактериальная терапия при традиционном лечении может сопровождаться клиническим выздоровлением, убивая возбудителей, однако иммунологическая недостаточность при этом не устраняется или даже усугубляется. Возбудитель персистирует, гнойный процесс продолжается. Он может поддерживаться любыми другими условно патогенными возбудителями, от которых уберечь больного невозможно.

Исходя из выше сказанного, в состав комплексной интенсивной терапии мы включили методику экстракорпоральной иммунофармакотерапии (ЭИФТ) имунофаном.

Исследования проведены у 25 хирургических больных со следующей патологией: острый абс-

цесс легкого, гангрена легкого, острая тотальная эмпиема плевры. Большинство больных были направлены в легочный центр из терапевтических отделений, где находились в течение 3-4 недель и, конечно же, получали антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности возбудителя к антибиотику. Всем больным было проведено три сеанса ЭИФТ имунофаном с интервалом 2 суток. Изучались показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также активность фагоцитоза, которые определялись при поступлении больного в торакальное отделение и через сутки после третьего сеанса ЭИФТ имунофаном.

Анализ полученных результатов показал, что все больные поступали в состоянии клеточного Т-иммунодефицита 2-3 степени тяжести, при этом ИРИ был в 2-3 раза ниже нормы, отмечалось выраженное угнетение фагоцитоза (ФИ в 1,5-2 раза ниже средних нормальных величин), значительное повышение ЦИК и АБОК. Содержание иммуноглобулинов классов G, M, A находилось в пределах физиологических колебаний.

Проведение ЭИФТ имунофаном позволило нормализовать показатели Т-клеточного иммунитета, оптимизировать ИРИ, показатели ФИ, ЦИК, АБОК находились в пределах физиологической нормы.

Таким образом, гнойно-деструктивные заболевания легких сопровождаются развитием тяжелого иммунодефицитного состояния. Дополнение комплексной интенсивной терапии экстракорпоральной иммунофармакотерапией имунофаном позволило в ближайшие сроки оптимизировать иммунный статус, о чем свидетельствуют цифры абсолютного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, ИРИ, позволило эффективно активировать фагоцитоз (что привело к элиминации ЦИК и АБОК из плазмы крови), восстановить функциональную активность иммунной системы.



А.Н. ЦВЕТИКОВ, В.В. ВОЛОКИТИН
Больница № 1 ГУВД КО,
г. Кемерово,

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Частота острых нарушений мозгового кровообращения, несмотря на развитие медицины, остается высокой и составляет 460-560 случаев на 100 тысяч населения в год. По данным ВОЗ, инсульт является одной из ведущих причин смертности населения в мире, а в структуре общей смертности он занимает 2-3 место. В России же инсульт вышел на 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, опередив онкологическую патологию.

Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В России проживает свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, при этом третью часть их составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый пятый больной. Летальность и исход заболевания сегодня во многом зависят от своевременной госпитализации и адекватной терапевтической тактики. 35,2 % из числа госпитализированных больных с ОНМК доставляются в стационар позднее 1-х суток от начала заболевания. Поэтому высокую значимость сохраняют:

- начало медикаментозного лечения в первые 3-6 часов после возникновения инсульта;
- проведение раннего обследования больных в стационаре для уточнения характера инсульта и применения строго дифференцированной терапии и неотложных хирургических вмешательств.

На догоспитальном этапе, при постановке диагноза ОНМК и при отсутствии противопоказаний к транспортировке, необходима как можно более быстрая госпитализация больного. Оптимальное время госпитализации — первые часы от начала инсульта. При более поздней госпитализации значительно возрастает количество осложнений инсульта и тяжесть инвалидизации.

Больных с ОНМК необходимо госпитализировать в многопрофильные стационары, имеющие КТ и МРТ, ультразвуковые методы обследования и ангиографию. Обследование больного осуществляется в течение первого часа после поступления, в приемном отделении, и одновременно начинается лечение. Полученную информацию по данным анамнеза и неврологического осмотра необходимо дополнить инструментальными

исследованиями. Необходима ранняя идентификация типа инсульта (ишемический, геморрагический). В первую очередь проводят КТ, так как она позволяет дифференцировать ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние и другие патологические процессы (признаки ишемии могут обнаруживаться в течение первых 3-6 часов). МРТ уступает КТ в выявлении острых кровоизлияний и поэтому менее пригодна для экстренной диагностики. Если КТ и МРТ недоступны, проводится ЭхоЭГ, при отсутствии противопоказаний и наличии клинических данных за субарахноидальное кровоизлияние — люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости.

Заболевания сердечно-сосудистой системы широко распространены среди пациентов с инсультом. Мерцательная аритмия или свежий инфаркт миокарда, стеноз или окклюзия экстракраниальных и интракраниальных артерий, патологические извитости, экстравазальные компрессии составляют от 50 до 75 % причин ОНМК. Поэтому в приемном отделении стационара осмотр больного с ОНМК осуществляется совместно с терапевтом, проводится ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ, ТКДГ.

Срочная консультация нейрохирурга для определения дальнейшей тактики лечения требуется больным с кровоизлиянием в мозжечок объемом более 15 мл, с острой обструкционной и окклюзионной гидроцефалией, с аневризмами, артерио-венозными мальформациями, артерио-синусными соустьями, сопровождающимися различными формами внутричерепного кровоизлияния и ишемии мозга, с внутримозговыми кровоизлияниями объемом больше 40 мл, нарастающим сдавлением и угрозой дислокационного поражения ствола мозга, кровоизлияниями осложненными прорывом крови в желудочки мозга.

После определения типа инсульта, объема и характера поражения, тяжести заболевания, при наличии данных лабораторного исследования крови (гематологические и биохимические показатели, показатели свертываемости, электролитного баланса), проводятся мероприятия базисной терапии (независимо от характера ОНМК) и дифференцированной терапии, с учетом характера и патогенетического подтипа инсульта.

Ю.В. ВАСЮТИНСКАЯ, Л.А. КУБАСОВА, Н.Т. ЧЕРНОВА, Ю.В. РЕЦ
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кардиоинтервалография (КИГ) матери и плода является перспективным методом изучения биоритмологических процессов во время физиологической и осложненной беременности. Метод позволяет оценить состояние компенсаторно-приспособительных реакций в саморегулирующейся системе мать-плацента-плод, определить необходимость и характер лечения.

Целью исследования явилось изучение гемодинамических корреляций в системе мать — плод при физиологической беременности на основе КИГ матери и плода.

Под наблюдением находились 49 беременных женщин в сроке беременности 34-41 недель, соматически здоровых, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Для комплексной оценки вегетативной регуляции матери и плода использовалась биоритмологическая компьютерная программа «Pulsar», при помощи которой производилась непрерывная запись сердечного ритма у матери по методике А.Н. Флейшмана (1994). Определение состояния внутриутробного плода на основе КИГ проводилось по методике Ушаковой Г.А., Цирельникова Н.И., Рец Ю.В. (приоритет № 023001, выдан Комитетом РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.03 г.). В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ у матери и плода, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; А.Н. Флейшман, 1994). Производился расчет показателей: диапазон вариации сердечного ритма (ДВ, с), амплитуда моды (Амо, %), мода (Мо, с), индекс напряжения (ИН, усл. ед.). Одновременно исследовались спектральные показатели КИГ: высокочастотный (парасимпатический) контур — HF, низкочастотный (барорецептивный) контур — LF, очень низкочастотный (симпатический) контур — VLF.

На основании проведенной кардиоинтервалографии (КИГ) у беременной женщины и внутриутробного плода выявлены значительно отличающиеся между собой параметры метаболической и нейровегетативной регуляции гомеостаза.

Данные КИГ у женщины при физиологической беременности свидетельствовали о функциональном равновесии между центральным и ав-

тономным уровнями регуляции. Результаты КИГ составили: ДВ — $0,22 \pm 0,002$ с; Мо — $0,68 \pm 0,03$ с; Амо — $19,3 \pm 0,1$ %, ИН — $90,5 \pm 2,7$ усл. ед. При анализе спектральных показателей ритма сердца беременной женщины выявлено: VLF — $120,4 \pm 9,8$ усл. ед., LF — $5,6 \pm 4,5$ усл. ед., HF — $4,3 \pm 2,7$ усл. ед. Частотный диапазон составил 0,5 Гц.

У внутриутробных плодов, при неосложненном течении беременности, показатели спектральной плотности мощности в $78,5 \pm 5,8$ % находились в пределах 22-25 усл. ед., при этом VLF-контур составил — $22,14 \pm 0,37$ усл. ед., LF — $2,78 \pm 0,17$ усл. ед., HF — $0,98 \pm 0,1$ усл. ед., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении организма (нормоадаптивное состояние). Частотный диапазон ограничен частотой 0,2 Гц. Причем, увеличение интенсивности модуляций сердечного ритма сочетается с показателями, свидетельствующими о напряжении защитно-приспособительных возможностей плода.

Баланс вегетативной регуляции сердечного ритма внутриутробного плода и состояние его адаптационно-приспособительных возможностей оценивали по уровню активности симпатoadrenalной системы.

При физиологической беременности в $73,3 \pm 6,3$ % показатели КИГ плода в данной группе составили: среднее значение моды (Мо) составило — $0,42 \pm 0,02$ с, амплитуды моды (АМо) — $42,1 \pm 0,1$ %, вариационного размаха — $0,15 \pm 0,003$ %, индекса напряжения (ИН) — $299,16 \pm 3,8$ усл. ед. Данные показатели свидетельствовали о сбалансированном напряжении гуморальных и сердечно-сосудистых регуляторных влияний на ритм сердца, достаточном уровне защитно-приспособительных возможностей и антистрессовой устойчивости организма плода. Показана относительно высокая активность центральной симпатической регуляции. Одновременно с этим, активность автономного звена регуляции ритма сердца плода выражена относительно слабо, что объясняется неравномерным внутриутробным развитием симпатического и парасимпатического отделов центральной нервной системы, а также наличием состояния физиологической внутриутробной гипоксии.

Таким образом, при выявлении корреляционных особенностей гемодинамики у матери и внут-



риутробного плода на основе КИГ при физиологической беременности, отмечается правильное соотношение симпатoadреналовых, парасимпатических,

центральных и гуморальных компонентов регуляции, свидетельствующее о равновесии в единой функциональной системе мать — плацента — плод.

Л.А. КУБАСОВА, Ю.В. ВАСЮТИНСКАЯ, Н.Т. ЧЕРНОВА, Ю.В. РЕЦ
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЕСТОЗЕ В СИСТЕМЕ МАТЬ — ПЛАЦЕНТА — ПЛОД — НОВОРОЖДЕННЫЙ

Развитие гестоза в своем подавляющем большинстве вызывают последовательно развивающиеся компенсаторно-приспособительные, а затем патологические изменения, как в организме матери, так в плаценте и организме плода (Бакулева Л.П., Новиков А.И., 1998).

Отклонения, происходящие в любом элементе системы мать — плацента — плод, неизбежно приводят к развитию ответной реакции во всех взаимодействующих компонентах системы, как функционального, так и структурного характера. При этом нарушение какой-либо функции плаценты, вызванное различными факторами, имеет вполне конкретное следствие в развивающихся и дифференцирующихся органах и тканях плода. Плаценте отводится важная системообразующая роль в реализации как адаптивных, так и патологических внутриутробно формирующихся реакций (Цирельников Н.И., Berger R.D., Akselrod S, 1997).

Целью исследования было комплексное изучение гемодинамических корреляций в системе мать — плацента — плод — новорожденный при беременности, осложненной гестозом легкой и средней степени тяжести на основе кардиоинтервалографии (КИГ).

Под наблюдением находились 51 беременная женщина и внутриутробные плоды в сроке гестации 34-41 неделя, беременность которых осложнилась гестозом легкой и средней степени тяжести, а также их новорожденные. Для оценки степени тяжести гестоза использовалась шкала, разработанная Gocke (1978) в модификации Савельевой Г.М. (1989). Морфологическое исследование плацент проводилось по стандартной методике (Цирельников Н.И., Глуховец Б.И., 2002).

Для комплексной оценки вегетативной регуляции матери, плода и новорожденного использовалась биоритмологическая компьютерная программа «Pulsar». Непрерывная запись сердечного ритма у матери и новорожденного производилась по методике А.Н. Флейшмана (1994). Определение состояния внутриутробного плода про-

водилось по методике Ушаковой Г.А., Цирельникова Н.И., Рец Ю.В. (приоритет № 023001, выданный Комитетом РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.03 г.). В исследованиях определяли основные математико-статистические и спектральные показатели КИГ у матери, плода и новорожденного, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Р.М. Баевский, 1979; А.Н. Флейшман, 1994).

С целью выявления зависимости между выраженностью компенсаторных процессов в плаценте и показателями кардиоритма матери, плода и новорожденного, полученные результаты гистологического исследования плацент (51), в зависимости от уровня компенсации, разбиты на 3 группы: I группа — со средневысоким уровнем компенсации (12 плацент), II группа — со средним уровнем компенсации (33 плаценты) и III группа — со средненизким уровнем компенсации (6 плацент).

В I группе при записи КИГ матери и плода регистрировалось функциональное равновесие регуляторных влияний на сердечный ритм. Показано, что особенности адаптационных механизмов матери и высокий уровень компенсаторно-приспособительных возможностей плаценты оказались достаточными для формирования долгосрочной адаптации внутриутробных плодов и последующей постнатальной адаптации новорожденных.

Во II группе при регистрации КИГ у матери и плода отмечалась повышенная активность центрального контура регуляции и напряжение адаптационных реакций. У новорожденных регистрировалось транзитное напряжение симпатoadреналовой системы, направленное на адаптацию к внеутробной жизни. Таким образом, постепенное снижение уровня компенсаторно-приспособительных возможностей фетоплацентарного комплекса с последующей структурной перестройкой его компонентов, а также напряжение адаптационных механизмов в организме матери, позволили сохранить достаточно вы-



сокий уровень адаптационных механизмов внутриутробного плода, а в последующем новорожденного.

В III группе при записи КИГ имел место симптом «энергетической» складки у матери и резкое снижение компенсаторно-приспособительных механизмов у плода, что свидетельствовало об энергодефицитном состоянии и угрозе срыва адаптационных механизмов в системе в целом. Клинически данный симптом сочетался с синдромом задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР). Стойкое угнетение симпатoadренальной системы плода сохранялось и в постнатальном периоде, являясь основой для формирования нарушений реактивности организма новорожденного.

Таким образом, истощение адаптационно-приспособительных возможностей организма матери и компенсаторных механизмов фетоплацентарного

комплекса не позволили полностью компенсировать возникшие гомеостатические изменения, и в патологический процесс были вовлечены органы и системы плода.

Полученные результаты исследования по выявлению особенностей корреляции гемодинамики в единой функциональной системе при физиологической беременности отличаются от показателей, выявленных при гестозе. Особенности корреляций гемодинамики у матери, плода и новорожденного при гестозе легкой и средней степени тяжести свидетельствуют о том, что развитие и прогрессированию гестоза предшествуют гемодинамические изменения в фетоплацентарном комплексе, истощение компенсаторно-приспособительных реакций в организме матери, и, как следствие, вовлечение в патологический процесс структурно-функциональных механизмов внутриутробного плода (развитие ЗВУР).

Л.И. ТЕМЕРХАНОВА, М.В. МАЛИН, С.Ю. МАЛИНОВСКАЯ

МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,

г. Кемерово

ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ

Церебральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости. Ежегодно в мире переносят инсульт 6 млн. человек, в России — более 450 тыс. Наблюдается увеличение распространенности инсультов у лиц трудоспособного возраста, до 65 лет. Инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности в нашей стране. Летальность у больных с инсультами во многом зависит от условий лечения в остром периоде: в стационаре она составляет 24,9 %, а у лечившихся дома — 43 % (Веденский Б.С., 1995).

Социальные последствия инсульта весьма тяжелы. После инсульта 70-80 % больных становятся инвалидами, причем примерно 20-30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Тяжелой инвалидности у перенесших инсульт способствуют малое количество экстренно госпитализированных (их число не превышает 15-30 % по России), неадекватный объем помощи в острейший период, недостаточно учитывается необходимость активной реабилитации больных (в реабилитационные отделения переводятся лишь 15-20 % перенесших инсульт по России).

Таким образом, видны огромная роль догоспитального этапа и его резерв (недоработки) в ведении инсультных больных в острейший и реабилитационный периоды

Основными принципами лечения ОНМК на догоспитальном этапе являются экстренность, этапность, интенсивность, патогенетическая направленность, комплексность. Эти положения закреплены в приказе МЗ РФ № 25 от 25.01.99 г. «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения».

Экстренность предусматривает быстрое распознавание признаков начала инсульта, его симптомов, экстренное догоспитальное вмешательство, предельно раннюю госпитализацию больных в специализированное неврологическое отделение (до 4-х часов от начала развития инсульта).

Это требование базируется на современном представлении об инсульте не как об одномоментном событии, а как о процессе, развивающемся во времени и пространстве, с эволюцией очаговой церебральной ишемии — от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга — некроза.

В связи с этим, получила дальнейшее развитие концепция «окна терапевтических возможностей» — периода времени, непосредственно следующего за возникновением инсульта, в течение которого проведение адекватной терапии может уменьшить степень повреждения мозга и улучшить исход инсульта. Основной мишенью воздействия служит оставшееся жизнеспособным



в зоне ишемии мозговое вещество, так называемая область «ишемической полутени» или пенумбры. Формирование большей части инфаркта заканчивается через 3-6 часов с момента появления первых симптомов инсульта.

Приводим некоторые данные работы догоспитального этапа в г. Кемерово с инсультными больными за период 2002-2003 гг. Распределение инсультов по районам города представлено в таблице 1.

За последние 2 года сохраняется тенденция, как в городе, так и в районе обслуживания поликлиники № 5, увеличения общего числа инсультов, но уменьшения случаев геморрагических ОНМК.

В нашем районе обслуживания количество инсультов на 1 тысячу населения больше, чем в других районах города. В 2003 г. — на 1,7 случаев больше, чем в среднем по городу, с тенденцией к увеличению на 0,6 случаев в год, что связано с большим количеством «пожилого» населения в районе обслуживания поликлиники (60 %). Соотношение числа геморрагических и ишемических инсультов благоприятнее, чем по городу.

В нашем районе обслуживания самый высокий процент заболеваемости с инсультами у людей до 60 лет, с самой низкой тенденцией к его снижению.

В районе обслуживания поликлиники № 5 процент госпитализации инсультных больных составляет 52 %, что ниже, чем в среднем по городу, на 3,6 %, но за последний год количество госпитализированных увеличилось на 1,7 % (табл. 2).

В районе поликлиники № 5 только 45,1 % больных вызывают бригаду скорой помощи в течение первых 6 часов с начала развития инсульта, 16,8 % пациентов в поликлинику не обращаются (табл. 3).

Выводы:

1. В районе обслуживания поликлиники № 5 за последние годы идет неуклонный рост числа ОНМК.
2. Пациенты с ОНМК недопустимо поздно обращаются за медицинской помощью, когда

Таблица 1
Распределение инсультов по районам города

	2002				2002			
	Киров.	Центр.	Ленин.	Город	Киров.	Центр.	Ленин.	Город
Геморрагический инсульт	95	148	226	459	65	104	182	351
Ишемический инсульт	914	805	2040	3759	1116	825	2224	4165
ПНМКА	59	118	157	334	62	82	154	298
Всего:	1068	1071	2423	4562	1243	1011	2560	4802

Таблица 2
Процент госпитализированных больных с инсультами

	2002				2002			
	Киров.	Центр.	Ленин.	Город	Киров.	Центр.	Ленин.	Город
Геморрагический инсульт	37,8	44,5	55		53	50	49	
Ишемический инсульт	59,3	61,6	50,5		62,5	63,7	52,7	
ПНМКА	37,3	61,9	39,5		59,7	59,8	43,5	
Всего:	50,2	59,3	50,3	52,3	57,4	62	52	55,6

Таблица 3
Распределение больных по времени обращения на ССМП с момента возникновения инсульта

Время	%
До 4 часов	41,6
До 6 часов	45,08
До 1 суток	62,4
Свыше суток	37,6
Не вызывали СП	16,8

исчерпываются возможности использования «терапевтического окна».

3. Остается низкий уровень госпитализации больных с ОНМК.

Задачи ГКССМП и МУЗ Клиническая поликлиника № 5 на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи больным с инсультами:

1. Продолжить преемственность в работе ГКССМП и МУЗ Клинической поликлиники № 5.
2. Расширить работу по профилактике инсультов:
 - продолжить работу кабинета по первичной и вторичной профилактике инсульта;
 - подбор и обязательный контроль уч. терапевтами базисной терапии больным с артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушением ритма, больным с сахарным диабетом.
3. Проведение широкой разъяснительной работы с населением через школы гипертоников,



больных сахарным диабетом, через средства массовой информации:

- о факторах риска инсультов,
 - о необходимости немедленного вызова бригады СМП при первых симптомах инсульта.
4. Увеличение числа экстренно госпитализированных больных с инсультами.
 5. При категорическом отказе больных от госпитализации, спец. бригадам СМП проводить дифференцированную терапию инсульта, обязательно включая препараты первич-

ной нейропротекции (препараты магния, нифедипин) с целью прерывания быстрых реакций глутамат-кальциевого каскада, свободно-радикальных механизмов. Этот вид нейропротекции следует начинать с первых минут инсульта и активно продолжать в течение 12 часов для уменьшения очага ишемии.

6. Не госпитализированные больные с инсультами должны в ранние сроки начинать лечение в неврологическом стационаре на дому.





**ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ,
НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ**





С.Ю. КОЧЕТКОВ, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН, В.В. ЯРОВОЙ
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Проблема отравлений у детей остается актуальной для г. Кемерово. В течение 2001-2003 годов ежегодно регистрировалось 443-445 вызовов по поводу отравлений, при 83,6 тыс. детского населения. Всего за три года выполнено 1345 вызовов по поводу отравлений различного генеза. Госпитализировано 1132 ребенка (84,3 %).

Специализированные бригады — токсико-реанимационные, БИТ — обслужили 1008 вызовов (75 %), при этом токсико-реанимационная бригада выполнила 672 вызова (54 %).

У 145 детей (10,8 %) факт отравления не нашел достоверного клинического подтверждения, тем не менее, в соответствии с апробированной в ГКССМП практикой, им проводились мероприятия, направленные на удаление предположительно принятого яда.

В течение 2001-2003 гг. в отделении острых отравлений находились на лечении 796 детей с острыми экзогенными отравлениями, интоксикациями. За анализируемый период реанимационной бригадой ГКССМП доставлено 573 ребенка (72 %), другими специализированными бригадами — 63 человека (8 %), линейными бригадами — 160 детей (20 %).

Из 160 детей, доставленных линейными бригадами, полный объем терапии получили 15 детей, у остальных 145 детей в проведенном лечении найдены разного рода дефекты. Из 63 детей, доставленных специализированными бригадами, полный объем терапии был проведен 42 детям. В 21 случае в комплексе проведенного лечения имелись те или иные недостатки: неэффективное промывание желудка, не выполнена катетеризация вены, интубация трахеи.

По данным отделения острых отравлений, только пострадавшие, доставленные реанимационной бригадой (573 чел.), получили адекватный тяжести состояния ребенка объем терапии.

Преимуществом в работе реанимационных бригад ГКССМП и названного отделения достигалась, в значительной степени, за счет максимально полного оказания помощи пострадавшему по месту вызова и при транспортировке (удаление невсосавшегося яда, проведение кате-

теризации вены, интубации трахеи, ИВЛ, инфузионной терапии), а также оповещения врачей отделения об особенностях отравления у данного пострадавшего.

По данным отделения острых отравлений, в 58,9 % случаев причиной отравления у детей явились лекарственные средства, в 7,8 % — препараты бытовой химии, в 20,1 % случаев — алкоголь (табл.).

Таблица
Причины отравлений детей

Название яда	2001 г.		2002 г.		2003 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медикаменты	174	62,6	155	60,8	140	53,2
Средства бытовой химии	16	5,8	12	4,7	34	12,9
Уксусная кислота	18	6,5	11	4,3	8	3,0
Растительные и животные яды	2	0,7	4	1,6	14	5,3
CO ₂	12	4,3	13	5,1	14	5,3
Алкоголь	52	18,7	56	22,0	52	19,8
Опиаты	4	1,4	4	1,6	-	-
Токсикомания	-	-	-	-	1	0,4
Всего:	278	100,0	255	100,0	263	100,0

Среди детей, лечившихся в отделении реанимации, отравления, обусловленные лекарственными препаратами, составили 53-62 %, среди них треть составили отравления клофелином и четверть — отравления седативными препаратами.

Отравления неидентифицированными токсическими веществами составляют 13 %. За анализируемый период остается большой процент детей, поступающих в отделение с отравлением алкоголем (20,1 %).

Для лечения детей с экзогенными интоксикациями, в отделении используются следующие методы удаления яда из организма: промывание желудка, удаление яда из кишечника, форсированный диурез, заменное переливание крови, гемосорбция.

За период 2001-2003 гг. в отделении реанимации умерли трое детей. Причиной смерти явились: в одном случае — отравление клофелином, в одном — средствами бытовой химии, в одном — угарным газом.

При анализе летальных исходов установлено, что двое из них доставлены линейными бригадами, один — реанимационной.



Анализ летальных исходов не установил четких причинно-следственных связей между дефектами в оказании помощи на догоспитальном этапе и летальными исходами в отделении, т.к. во всех случаях отмечена значительная доза токсического вещества и (или) большая экспозиция.

Выводы:

1. Наиболее полный объем экстренной помощи на догоспитальном этапе детям с экзогенными интоксикациями обеспечивают только реанимационные бригады.

2. В целях улучшения качества оказания помощи детям при экзогенных отравлениях, целесообразно обучение врачей педиатрических и линейных бригад методам реанимации и интенсивной терапии.
3. При направлении бригад на вызовы по поводу «отравление» целесообразно строго придерживаться алгоритмов приоритета профильности бригад.
4. В особо тяжелых случаях отравлений уже на догоспитальном этапе целесообразна подготовка ребенка к гемосорбции в отделении.
5. Необходимо усилить борьбу с пьянством в детском и подростковом возрасте.

С.Ю. КОЧЕТКОВ, Э.П. ЗЕМЛЯНУХИН, Н.П. ДАШКИНА,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ В Г. КЕМЕРОВО

Проведен анализ лечения 804 пострадавших с сочетанной и множественной травмой, которым оказана помощь бригадами скорой медицинской помощи (ГКССМП), и госпитализированных в стационары г. Кемерово в течение одного календарного года, что составило 15 % от всех травматологических больных. Из них, 3/4 составили мужчины. В возрасте до 60 лет было около 84 % пострадавших. Общая летальность от сочетанной и множественной травм составила 7,3 %. Причину сочетанной и множественной травм в 52,8 % случаев составили криминальные травмы, в 27,6 % — автодорожные (табл. 1).

Таблица 1
Причины сочетанной и множественной травмы

Причины	Количество случаев	
	абс.	%
Криминальная	425	52,8
Автодорожная	222	27,6
Падение с высоты	75	9,3
Бытовая	64	7,9
Производственная	15	1,8
Железнодорожная	3	0,3
Всего:	804	100,0

В структуре травмы (табл. 2) на первом месте стояли сочетанная травма черепно-мозговая и опорно-двигательного аппарата (52,4 %), на втором месте — сочетанная черепно-мозговая травма

и тупая травма живота (18,8 %), на третьем — травма опорно-двигательной системы и тупая травма живота (11,2 %), на четвертом — множественная травма опорно-двигательной системы (9,9 %).

Таблица 2
Структура сочетанной и множественной травмы

Тип травмы	Количество случаев	
	абс.	%
Черепно-мозговая и травма опорно-двигательной системы	422	59,1
Черепно-мозговая и тупая травма живота	151	21,1
Множественная травма	80	11,2
Черепно-мозговая травма и термическая травма	26	3,6
Торако-абдоминальная травма	23	3,2
Черепно-мозговая травма и травма сердца, легкого	9	1,3
Травма опорно-двигательной системы и термическая травма	3	0,4
Всего:	714	100,0

Среди причин смерти на первом месте стоят шок и острая кровопотеря (55 %), на втором — повреждение и отек головного мозга (30 %) (табл. 3). На месте происшествия до прибытия бригады СМП, при оказании помощи пострадавшему и при транспортировке в стационар погибли около 2/3 пострадавших. Основными причинами смерти



Таблица 3

Структура летальности от сочетанной и множественной травм

Типы травм	Летальность							
	общая		до приезда		при оказании помощи в стационаре			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Черепно-мозговая травма и травма опорно-двигательной системы	25	47,1	9	17	8	15,8	7	13,2
Черепно-мозговая травма и тупая травма живота	4	7,5	1	1,8	2	3,7	1	1,8
Травма опорно-двигательной системы и тупая травма живота	3	5,6	-	-	1	1,8	3	5,6
Торако-абдоминальная травма	2	3,7	2	3,7	1	1,8	-	-
Множественная травма	19	35,8	12	22,6	1	1,8	6	11,3

на этом этапе были шок и острая кровопотеря, черепно-мозговая травма и острая дыхательная недостаточность. Всего летальность составила 53 случая.

Гипердиагностика на догоспитальном этапе при черепно-мозговой травме встречается в 1/6 части случаев, при тупой травме живота — в 10 % случаев.

Для снижения тяжести последствий сочетанной и множественной травм (летальность, инвалидность), на догоспитальном этапе необходим ряд организационных и лечебных мероприятий:

1. Укрепление материальной базы скорой медицинской помощи (обеспечение современным диагностическим и лечебным оборудованием, средствами иммобилизации).
2. Улучшение в снабжении станции скорой помощи медикаментами, плазмозаменителями и т.п.

3. Оснащение ССМП реанемобилиями зарубежного производства, как наиболее соответствующими условиям работы специализированных бригад.

Желательно создать в городе многопрофильную клинику единой медицинской помощи, способную оказывать помощь в полном объеме при всех видах травмы и ее осложнений.

А.Л. КРИЧЕВСКИЙ, И.К. ГАЛЕЕВ, А.П. ТОРГУНАКОВ,
В.И. РУДАЕВ, О.А. КУПРИЕНКО, А.В. САЛЬСКИЙ

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский центр медицины катастроф,
г. Кемерово*

ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

З ападная Сибирь, в которой расположен Кузбасс, относится к региону России, где холоддовая травма зимой может носить массовый характер в связи с низкими температурами, когда столбик ртути опускается до 30–40°C и ниже. Особенностью холоддовой травмы является то обстоятельство, что диапазон наступления необратимых изменений при ней значительно шире. Если при действии высокой температуры необратимые изменения возникают при 55–60°C, то при действии низких температур точных границ гипотермии, при которой возникают необратимые изменения во всех тканях, не определены. Именно это обстоятельство и заставляет рассматривать холоддовую травму, в сравнении с тепловой, как «доброкачественный» вариант ишемической травмы, по сравнению с нормотермической или тепловой.

Взгляд на холоддовую травму, как вариант ишемической, позволяет объяснить эффективность профилактики реперфузионных поражений местного и общего характера, если эти ме-

роприятия начинают проводить в дореактивном периоде отморожения, т.е. в период ишемии, до начала реперфузии. Такой взгляд позволяет трактовать признаки отморожения, как следствие реперфузионного цитолиза неадекватно отогретых тканей периферических сегментов (пальцев, стоп и т.д.), а переохлаждение, с его тяжелыми исходами, как следствие неадекватного отогревания организма, пораженного холодом от уже возникшего реперфузионного цитолиза. В свете изложенных представлений о холоддовой травме, как о варианте ишемической, состоящей из периода ишемии (гипоксии) и реперфузии, во время которого возникает деструкция тканей, воспринимаемая клинически как отморожения и переохлаждения.

Холоддовую травму целесообразно разделить на 4 периода.

1. *Период гипотермии* — длится от появления первых признаков холоддового поражения тканей до прекращения действия холода, т.е. до перемещения пораженного в теплое помеще-



ние. Выделение этого периода обусловлено тем, что в это время происходит ишемизация охлажденных тканей, но их жизнеспособность целиком будет зависеть от условий адекватного восстановления в них кровоснабжения. Поврежденные ткани находятся в, известном в терминологии холодовой травмы, дореактивном периоде, его начале.

2. *Дореактивный период* — продолжительность определяется от момента прекращения действия холода до появления первых признаков неадекватной реперфузии (отека) или отсутствия их (признаков обратимости поражения адекватно перфузируемых тканей).
3. *Ранний реактивный период* — начинается с момента появления первых признаков реперфузии и продолжается до финала реперфузии — образования некроза при глубоких отморожениях или появления эпителизации при поверхностном отморожении.
4. *Поздний реактивный период* — самый длительный. В этот период формируется демаркация некроза, и инфекционных местных осложнений отморожения.

Как и при острой ишемической травме в условиях гипер- и нормотермии, масса ишемизированных тканей при холодовой травме определяет исход поражения. Если масса охлажденных тканей мала и их реперфузия неадекватна — жизни больного такое поражение, как правило, не угрожает, но местные последствия отморожений (некроз, ампутация, ознобление, эндартериит и т.д.) остаются, нередко приводя к инвалидности. Если масса охлажденных тканей велика — чаще это общее переохлаждение, реже поражения крупных сегментов (голень, оба предплечья и т.д.) — то их неадекватная перфузия угрожает жизни пораженного. Главной причиной этого жизнеопасного осложнения, по нашим представлениям, с позиции ишемической травмы, является ишемический эндотоксикоз, как следствие реперфузионного цитолиза большой массы пораженных тканей.

Прогноз последствий ишемии в дореактивном периоде холодовой травмы, применительно к условиям массовых поражений, осуществляется методом уколочной пробы, разработанной сотрудниками медицинской академии и центра медицины катастроф и защищенного патентом.

Характер отделяемого из прокола, как тест состояния кровоснабжения пораженных тканей, по наличию отделяемого из ранки, его цвету, времени образования сгустка и периоду отморожения, имеет следующие разновидности.

1. Алая смешанная кровь в дореактивном периоде, с образованием сгустка через 5-6 минут, позволяет сделать заключение о благоприятном прогнозе в отношении отморожения. У пациента, даже при наличии клинических

признаков ознобления в виде бледности, легкой ригидности в суставах, парестезии, гипостезии кончиков пальцев и холодовой травмы в анамнезе, картина отморожения не развивается.

Больным с такими результатами прокола достаточно провести постепенное согревание охлажденных сегментов путем наложения теплоизолирующей повязки и отправить под амбулаторное наблюдение хирурга без госпитализации. Прогноз благоприятный.

2. Темная венозная кровь из ранки прокола в дореактивном периоде с образованием сгустка в течение 5 мин. свидетельствует о наличии легкого отморожения (I-II ст.) в дореактивном периоде. Наблюдение за течением отморожений с этой разновидностью отделяемого показало, что консервативное лечение в условиях стационара (антикоагулянты, дезагреганты), противовоспалительные средства, спазмолитики, десенсибилизирующие, витамины по обычным схемам, как правило, эффективны. Поврежденные ткани восстанавливаются. Эта группа пораженных требует консервативного лечения в общехирургическом стационаре.
3. Темная венозная кровь, отходящая из ранки с трудом, без образования капли. При надавливании на мягкие ткани вокруг ранки отходят сгустки. Такой результат прокола свидетельствует о тяжелом местном поражении холодом, соответствующем II-III ст. отморожения в реактивном периоде. Больной требует интенсивного консервативного и хирургического лечения в специализированном отделении термотравмы. Сохраняется вероятность благоприятного прогноза в отношении пораженного сегмента.
4. Сукровичное отделяемое из ранки (дна пузыря в раннем реактивном периоде) истекает струйкой, сгустка не образует — признак поражения III степени. Отсутствие сгустка — вероятное свидетельство внутрисосудистого свертывания крови и блока микроциркуляции. Больной требует лечения в специализированном отделении термотравмы. Прогноз в отношении сохранения пораженного сегмента сомнительный или неблагоприятный.
5. Отделяемого из ранки нет, «сухой прокол» или светлая отечная жидкость — признак отморожения IV степени. Прогноз для пораженного сегмента неблагоприятный. Если распространенность поражения значительна (кисть с предплечьем и более), велика вероятность ишемического токсикоза в реактивном периоде. Больной требует наблюдения за признаками ишемического токсикоза (контроль за диурезом, шлаками крови, продуктами цитолиза, массой средних молекул и др.).



Может быть показано не только оказание помощи на месте, но и эфферентная терапия в условиях отделения, где проводится экстракорпоральная детоксикация крови и лимфы.

Объем помощи пораженным 3-й, 4-й и 5-й групп в условиях специализированного отделения термотравмы включает комплекс антикоагулянтов, спазмолитиков, стероидных гормонов, дезагрегантов, фибринолитиков, антиоксидантов, мембранопротекторов, витаминов. Применение этого комплекса до 3-х недель и более, на фоне традиционной местной консервативной терапии, позволяет предупредить или уменьшить тяжесть и распространенность некробиотических процессов и ишемического токсикоза.

Принципиально важным приемом, позволяющим предупредить или значительно ослабить тяжесть реперфузионных осложнений, является восстановление кровотока в ишемизированных тканях, независимо от их принадлежности, в режиме их гипоперфузии. При холодовой травме в периоде гипотермии и дореактивном периоде этот принцип осуществляют медленным отогреванием. Назначение же спазмолитиков, антикоагулянтов и дезагрегантов, как известно, преследует цель создать проходимость микроциркуляторного русла и скорректировать реологические свойства крови. Но этой цели не всегда удается достигнуть из-за повреждения мембран эритроцитов и сосудистой стенки, в силу чего перенос кислорода в пораженные ткани может осуществляться неполноценно.

В связи с этим, значительный научно-практический интерес представляет проблема стабилизации мембран охлажденных тканей с помощью дополнительного введения в сосудистое русло охлажденных тканей, в процессе начала их реперфузии, мембраностабилизатора, свойствами которого обладает, в частности, перфторан (Инструкция Фармкомитета от 24.06.1999 г.). Именно поэтому, еще в 1999 г., мембраностабилизатор был рекомендован нами как компонент для регионарной реанимации через приводящую артерию охлажденного сегмента конечности, находящегося в дореактивном периоде, особенно если, на основании уколочной пробы, прогнозируется отморожение IV-й степени [4].

Смысл внутриапериартериальной инфузии мембраностабилизаторов из группы перфторорганических соединений (ПФОС), в частности перфторана, по нашим представлениям заключается в следующем. В отличие от других мембраностабилизаторов, обладая свойствами переноса кислорода, перфторан в ишемизированных тканях создает запас кислорода, носителем которого являются частицы его эмульсии, во много раз меньшие по размерам, чем эритроцит. И, обладая химической устойчивостью, в отличие от

поврежденного эритроцита, он сохраняет утерянные эритроцитом свойства переноса кислорода, являясь своеобразным временным протезом эритроцита на период своего пребывания в организме — 20–24 часов.

Исследования о влиянии перфторана на динамику реперфузионных осложнений при холодовой травме мы начали в 1998–1999 гг. Предлагая термин «мембраностабилизатор», мы имели в виду, что специалисты осведомлены, что в это понятие включаются не только перфторан, но и другие перфторорганические соединения. Но, не располагая в то время прямыми доказательствами, предложив термин «мембраностабилизатор», куда включаются и перфторуглеродные соединения, мы полагали, что открывать наше предложение без экспериментально-клинической проверки преждевременно.

Но оказалось, что это возможно. В 2003 году В.С. Старых и др. [5] получили патент РФ на способ лечения при отморожениях, включающий вливание в приводящую артерию и под кожу дистального участка обморожения эмульсию перфторана в дозе 10 мл/кг массы конечности. Способ подготовлен к внедрению в условиях любого ЛПУ. Но в упомянутой выше инструкции, утвержденной Фармкомитетом РФ, сведений о возможности подкожного введения перфторана человеку нет. В описании изобретения также никаких сведений о безопасности подкожного введения перфторана человеку авторы не приводят. Поэтому практическому врачу такими рекомендациями воспользоваться будет не просто, т.к. у него законных оснований нет исключить вред подкожного введения перфторана.

Хотя формально авторы закрепили за собой приоритет по подкожному и внутриапериартериальному введению перфторана при отморожениях, считать, что предлагаемый способ подготовлен к внедрению в условиях любого ЛПУ, основания появятся только тогда, когда будут проведены клинические испытания. Но для этого необходимо разрешение Фармкомитета МЗ РФ. Поэтому на данном этапе от рекомендуемого способа выигрывают не столько больной и его лечащий врач, сколько авторы патента, требующего экспериментально-клинической доработки.

Именно этим и заняты авторы статьи, рассматривающие холодовую травму как вариант ишемической с 1991 года. Но авторы патента на эти исследования не ссылаются. Полагаем, что этическую оценку подобного способа получения патента оценить может пока лишь читатель. В то же время, экспериментальные исследования о возможности подкожного введения перфторана, проведенные Е.И. Ардашевой и соавт. в 2002 году [1], показали, что подкожное введение перфторана в дозе 50 мл/кг веса практически без-



вредно, хотя и вызывает временную перегрузку жидкостью мозга, легких и гематомы местно.

В экспериментах на животных, проведенных в 2003-2004 гг. О.А. Куприенко [2], получены следующие результаты.

Проведено 3 серии опытов на 20 лабораторных крысах. Моделирование тяжелой холодовой травмы проводилось по методу И.П. Назарова [3].

I-й группа, контрольная — лечение не проводилось (6 животных). У II-й группы (7 животных) вводился перфторан в дозе 2 мл/кг в паховую область отмороженного сегмента. В III-й группе (7 животных), помимо перфторана в той же дозе, вводились гепарин (500 МЕ/кг), гидрокортизон (2,5 мг/кг), димедрол (10 мг/кг).

Инъекции проводились сразу после нанесения холодовой травмы и через 24 часа. Через 40 часов от начала эксперимента животные выводились из эксперимента. Тазовые конечности ампутировались на уровне паховых складок, и проводилось их взвешивание.

Полученные результаты свидетельствуют о том что у II-й и III-й групп животных вес пораженных конечностей был достоверно меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$, КЗ Т). при этом достоверно наименьший вес конечности был у III-й группы животных.

Полученные результаты позволяют предположить, что уменьшение веса конечностей у II-й и III-й групп животных обусловлено менее выраженным, чем в контрольной группе, отеком реперфузионного происхождения, интенсивность которого «сдерживается» при помощи местного

введения перфторана за счет мембраностабилизирующего действия.

Таким образом, представление о холодовой травме, как о «доброкачественном» варианте острой ишемической травмы, может служить основанием для местного применения кровезаменителей с газопереносящей функцией кислорода с целью «сдерживания» тяжести реперфузионных осложнений. Применение с этой целью перфторана в дореактивном периоде холодовой травмы позволяет уменьшить расстройства микроциркуляции и межклеточный отек тканей при отморожении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Применение перфторана с целью профилактики и уменьшения тяжести реперфузионных осложнений при компрессионной травме мягких тканей /Ардашева Е.И., Бернс С.Ю., Чипижко С.Я. и др. //Матер. всерос. н.-пр. конф. «Настоящее и будущее технологичной медицины». — Ленинск-Кузнецкий, 2002. — С. 33.
2. Куприенко, О.А. Применение ПФОС при тяжелых отморожениях (экспериментальное исследование) /О.А. Куприенко //Матер. межрегион. н.-пр. конф. мол. ученых «Проблемы медицины и биологии». — Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 5-2004. — С. 60.
3. Назаров, И.П. Интенсивная терапия термической травмы /Назаров И.П., Винник Ю.С., Колегова Ж.Н. — Красноярск, 2000. — 364 с.
4. Рудаев, В.И. Острая ишемическая травма мягких тканей в условиях чрезвычайных ситуаций /Рудаев В.И., Кричевский А.Л., Галеев И.К. — Кемерово, 1999. — С. 288-290.
5. Старых, В.С. Способ лечения при обморожении /Старых В.С., Ликстанов М.И. — Патент РФ № 2194498.

А.Б. МУЛЛОВ, Г.И. ГАЛЕЕВ, А.Л. КРИЧЕВСКИЙ, Ю.М. ЯНКИН,
Г.Л. КОЛОСОВ, Е.Ю. ПРОНИЧЕВ, М.В. КОНОВАЛОВА

*Кемеровский областной центр медицины катастроф,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

*МУЗ Станция скорой медицинской помощи,
МУЗ Городская клиническая больница № 1,
МУЗ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк,*

*Отдельный военизированный горноспасательный отряд,
г. Прокопьевск,
МУЗ Городская больница № 5,
г. Киселевск*

ПЕРФТОРАН КАК НОВЫЙ СТАНДАРТ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВЗРЫВАХ В УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Особенности течения физико-химических процессов при взрывах метано-пыле-газовой смеси во влажной среде относи-

тельно закрытого пространства угольных шахт определяют своеобразную комбинацию поражающих факторов. Поражение трахеобронхиаль-



ного дерева раскаленными микрочастицами воды, даже при отсутствии явных признаков ожога дыхательных путей и относительно малой площади термического поражения, в сочетании с баротравмой легких, приводит к раннему поражению системы «легкое — кровь», с развитием обструкции дыхательных путей, гипоксии, дыхательной недостаточности и респираторного дистресс-синдрома (Галеев И.К. и соавт., 2002; Соколовский В.С. и соавт., 2002; Можаяев Г.А., 1995).

По нашим наблюдениям, за период 1997–2002 гг., среди выживших после взрывов шахтеров не было пораженных с баллом тяжести травмы более 22 (по шкалам Брюсова П.Г. и соавт. в модификации Можаяева Г.А. и соавт., 1995). У них регистрировались преимущественно термомеханические и термотоксические поражения. У погибших преобладали комбинированные поражения с баллом тяжести более 23 и термотоксические с концентрацией угарного газа в крови, по данным судебно-медицинских исследований, более 30%. Процент летальных исходов резко возрастал с увеличением продолжительности периода изоляции в часах к разнице максимально возможного и фактического баллов тяжести травмы (по вышеуказанной шкале) (Муллов А.Б. и соавт., 2000).

С 2003 года, при оказании реаниматологической помощи пораженным при взрывах шахтерам, в состав традиционной противошоковой терапии (Можаяев Г.А., 1995; Слепушкин В.Д., 1998) включаем перфторан. За этот период удалось извлечь из шахт 10 пораженных шахтеров с периодом изоляции от 1 ч до 11 ч, которым в составе противошоковой терапии применен перфторан по методикам внутривенных инфузий в дозах 3–5 мл/кг и частичной жидкостной ИВЛ. Двум из них, с баллами тяжести травмы 24 и 26, проведена внутривенная инфузия непосредственно после извлечения из шахты в условиях реанимационно-противошоковой группы и специализированной бригады СМП; остальным, с баллом тяжести травмы от 8 до 14, — в течение первых 12 часов на раннем госпитальном этапе.

Летальных исходов в этой группе шахтеров не было. Часть из них, к началу 2004 года, продолжает восстановительное лечение и впоследствии, возможно, будет переведена на инвалидность.

Эти данные, с одной стороны, подтверждают тяжесть комбинированных поражений при взрывах в шахтах, а с другой, свидетельствуют о необходимости включения перфторана в стандартный объем противошоковой терапии при взрывах метано-пыле-газовой смеси в шахтах с целью сокращения количества жертв.

К.В. ОРЛИКОВ

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
г. Кемерово*

НАРКОМАНИЯ В ПРАКТИКЕ СМП

Наркоманией называется группа заболеваний, которые характеризуются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств, вследствие стойкой психической и физической зависимости от них, с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Основными признаками наркомании являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством, измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, измененная толерантность, изменение первоначального действия наркотика на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства. В России к наркомании относят патологическое пристрастие к веществам, которые, согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденному Минздравом, отнесены к наркотическим средствам.

В 1988 году в СССР на учете состояло 50 тысяч больных наркоманией. С весны 1996 года в РФ стала распространяться эпидемия героиновой наркомании. Россия оказалась на пути перемещения наркотических средств этой группы из Юго-Восточной Азии в Европу. Основная часть этих средств производится в Афганистане и Пакистане.

Проблема передозировки у наркоманов занимает «достойное» место среди общего числа острых отравлений.

По данным статистического отдела ГКССМП г. Кемерово, за период с 1.01.03 г. по 1.01.04 г., бригадами скорой помощи было обслужено 825 вызовов с диагнозом «Острое отравление наркотиками», 54 вызова с диагнозом «Наркотическая абстиненция» (ломка). Из них, соответственно, было госпитализировано в стационар 433 и 8 человек. Среди общего числа больных 97 женщин. Смерть до прибытия бригады СМП составила 91 человек, в присутствии бригады СМП — 6 чел.



Количество вызовов в 2004 году к данной категории граждан заметно увеличилось. Средний возраст вызывающих — 21 год. Наиболее часто употребляемые наркотики: суррогаты опия («ханка»), героин. Диагностика передозировки не сложна: соответствующий анамнез, кома, характерный цианоз кожи и слизистых, резкое угнетение дыхательного центра, вплоть до апноэ, патологический ритм дыхательных движений по типу Чейн-Стокса, резкое сужение зрачков (миоз), наличие на коже следов частых инъекций, рубцов от мелких абсцессов, пигментных пятен после кровоподтеков, в особенности на локтевых сгибах, на бедрах и т.д.

В последние годы, для оказания первой медицинской помощи наркоманам в состоянии острого отравления (передозировки) наркотиками, на станции СП используется налоксон.

Налоксон — конкурентный антагонист опиоидных рецепторов. Устраняет центральное и периферическое действие опиоидов (включая эндотенные эндорфины), в том числе угнетение дыхания и артериальную гипотензию. При передозировке опиоидными анальгетиками, налоксон вводят взрослым в/в, в/м в дозе 400 мкг, детям — 10 мкг/кг. При недостаточном эффекте, через 2-3 мин., введение повторяют в той же дозе.

Антагонизм налоксона — конкурентный, поэтому его эффективность зависит от дозы: чем больше была доза наркотического анальгетика, тем большую дозу налоксона надо ввести. Налоксон препятствует кардиореспираторному угнетению и может привести пациента в сознание в считанные секунды.

Е.Р. ГИНЗБУРГ, В.С. СТАРЫХ, С.В. ЕЛАГИН, А.Г. ЧЕПРОВ
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Под сочетанной черепно-мозговой травмой мы подразумеваем травму головного мозга, как с повреждениями других систем организма (опорно-двигательного аппарата, дыхательной или пищеварительной системы), так и с внечерепными повреждениями нервной системы (спинного мозга или его корешков, нервов конечностей).

В нейрохирургическом отделении многопрофильной больницы города Кемерово, за период с 2002 года по июль 2004 года, с сочетанными черепно-мозговыми травмами находились на лечении 316 больных. Среди пострадавших с травмами головного мозга сочетанные повреждения составили 8,9 %. При исследовании больных, наряду с черепно-мозговой травмой, у 56 % из них выявлены переломы костей конечностей, у 58 % — ребер или других костей грудной клетки, у 6 % — повреждения позвоночника, у 2 % — переломы таза. Шок при госпитализации установлен у 74 % больных. В состоянии комы пострадавшие находились в 1 % случаев. Сдавления головного мозга, потребовавшие оперативного вмешательства, диагностированы у 12 % больных.

Располагая опытом лечения при сочетанных повреждениях, мы убедились, что в организации скорой медицинской помощи, при массовости пострадавших как на месте происшествия, так и в стационаре, на первый план выступает их сортировка для определения первоочередности травматологических, нейрохирургических, реанима-

ционных и т.п. пособий, которую должны осуществлять самые опытные врачи.

При большом числе пострадавших, что бывает после стихийных бедствий, техногенных катастроф или военных конфликтов, первой необходимостью сортировки является выявление и изоляция лиц, представляющих опасность для окружающих. Это пациенты, зараженные радиоактивными или сильно действующими ядовитыми химическими веществами, особо опасными инфекциями, пациенты с агрессивными психическими расстройствами и т.п. Поскольку в основе сортировки лежит выявление поражений и оценка их для определения объема медицинской помощи, очередности и места ее оказания, сортировку осуществляют одновременно с диагностикой.

Пострадавших с сочетанной травмой рационально распределять по группам. В первую группу — нуждающихся в противошоковых и реанимационных пособиях; во вторую — требующих неотложного оперативного вмешательства; в третью — нуждающихся в хирургических операциях, которые временно можно отложить; в четвертую — за кем необходимо постоянное врачебное наблюдение; в пятую — тех, кого можно лечить консервативно; в шестую — нуждающихся в медицинском пособии, но без госпитализации.

Больным первой группы неотложно проводят противошоковые и реанимационные процедуры, продолжая наблюдение за динамикой основной патологии, при этом определяют не только доми-



нирующее повреждение, но, в первую очередь, ведущее расстройство жизненно важных функций организма (Старых В.С., 1970; 2001). Так, например, при тяжелой черепно-мозговой травме с повреждением таза и тазовых органов, ведущим расстройством может быть асфиксия от закупорки дыхательных путей рвотной массой, что требует неотложного восстановления дыхания. Другой пример, при тяжелой черепно-мозговой травме с повреждением органов грудной полости и кровотечением из незначительной раны мягких тканей нижней конечности, первоочередной неотложной помощью будет остановка кровотечения из этой раны.

Во второй группе у больных с наружным или внутренним кровотечением, нарастающим сдавлением головного мозга, продолжающейся ликвореей при ранениях спинного мозга, массивном длительном сдавлении конечности, ранении сердца и в других случаях, угрожающих жизни, производят неотложные хирургические вмешательства. Больных третьей группы с открытыми

травмами без угрожающих жизни расстройств оперируют во вторую очередь. Пострадавших четвертой группы, после проведения необходимых пособий, госпитализируют, наблюдая за динамикой жизненно-важных функций и патологического процесса. Больных пятой группы с травмами, не требующими оперативных вмешательств, госпитализируют и проводят консервативное лечение. В шестой группе оказывают однократную помощь с дальнейшим лечением в амбулаторных условиях.

Оперативное проведение сортировки пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой, с постановкой диагноза, определением очередности оказания помощи, места, объема и характера пособий, может способствовать своевременному оказанию медицинской помощи и улучшить исходы таких повреждений. Четкая этапная сортировка пострадавших является существенным, а может быть и важнейшим, элементом организации специализированной медицинской помощи при сочетанной черепно-мозговой травме.





ОГЛАВЛЕНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Э.П. Землянухин

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Г. КЕМЕРОВО. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК 5

А.В. Алексеев

СТАТИСТИКА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
ЗА 2002-2003 ГГ., ПО ДАННЫМ АСУ ГКССМП 11

Н.М. Годлевская

О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ
КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ГОРОДСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КЕМЕРОВО 12

Н.П. Дашкина, С.Д. Никонович, Э.П. Землянухин

РОЛЬ СМП В ЛИКВИДАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС 14

Т.А. Драчикова

О РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ СМП 15

С.Т. Игнатов, В.Г. Кувачев

ТРАВМАТИЗМ ОТ СРЕДСТВ
ГОРОДСКОГО ДВИЖЕНИЯ 17

С.Т. Игнатов, В.Л. Желудкова

ЛИКВИДАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 18

Н.П. Краснокутский, С.Д. Никонович

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ССМП
В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ
СИСТЕМЫ «МИСС СМП». 20

А.Ф. Муравлев

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН
ГКССМП Г. КЕМЕРОВО 21

С.Д. Никонович, В.Г. Резниченко

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
И ПОЛИКЛИНИК НА ПРИМЕРЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 22

В.Э. Новиков, В.А. Гордеев

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ПРИ ВЕДЕНИИ
ПЕРЕПИСКИ, ОФОРМЛЕНИИ ОТВЕТОВ
НА ЗАПРОСЫ И ДРУГИХ ФОРМАХ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ 23

В.Э. Новиков, В.А. Гордеев

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ
В ПСИХИАТРИИ 26

И.А. Петрова, Н.Т. Китанова

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ
НОВЫХ РЕСУРСОБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ
И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПРОБЛЕМАМИ
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 28

О.В. Постникова, Э.П. Землянухин, С.Д. Никонович

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БРИГАДАМИ СМП ... 30

В.А. Потерина

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ
СИСТЕМ И ТЕХНОЛОГИЙ НА ССМП 32

Л.И. Самойлова, Л.П. Тимошенко

О РАБОТЕ ТРАНСПОРТНЫХ БРИГАД
КЕМЕРОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ СМП 34

В.А. Седько

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ,
ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 35

А.Г. Солодовник, Л.К. Исаков

АНАЛИЗ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ
В РАБОТЕ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УЧАСТКОВОЙ
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С БОЛЬНЫМИ
НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 36

В.Р. Шульц, Т.И. Шульц,

Н.А. Новикова, А.В. Пушкарев
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 38

Ю.М. Янкин, А.В. Барай

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ПРАКТИКЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 42

Ю.М. Янкин, Н.В. Скоб, А.В. Барай

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ И НАРКОТИЧЕСКОМ
ОПЬЯНЕНИИ ИЛИ ОТРАВЛЕНИИ – АКТУАЛЬНАЯ
ПРОБЛЕМА НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ 43

Ю.М. Янкин, Е.В. Ниненко

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЛУЖБЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 45

Ю.М. Янкин

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 46

Ю.М. Янкин, Н.Н. Дербина, Е.В. Ниненко

ПЕРЕВОЗКИ БОЛЬНЫХ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ
ВРАЧЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ 49

Ю.М. Янкин, Э.В. Бухтиярова

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ . 50



Ю.М. Янкин, А.В. Барай, Р.М. Гайнулин О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ	52
Т.А. Баканова, О.Г. Резников, И.М. Сутулина ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ БРИГАДЫ	53
В.С. Бакулин О САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ В ММУ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КЕМЕРОВО	54
В.Н. Белых, И.А. Михайлова, Т.Ю. Просекова АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	55
С.И. Букша, М.В. Макулькина ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА	56
Л.А. Глебова, С.В. Иванов, В.И. Зайцев, В.В. Браиловский ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	56
О.И. Кочемасова, Т.М. Вакулова ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В МУЗ ДКБ № 7	57
О.В. Постникова, С.Д. Никонович ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДРАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	58
Л.И. Темерханова, С.Д. Никонович, О.Л. Кульшев, С.В. Малиновский ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5 И ГКССМП Г. КЕМЕРОВО	59
Э.М. Шпилянский, И.С. Янец, Е.И. Куракина ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ	60

НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

Е.В. Горбунова, О.М. Поликутина, И.А. Кудрявцева, С.А. Макаров, С.А. Бернс, О.Л. Барбараш ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОПАНОРМА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	65
Е.В. Горбунова, С.А. Макаров, Т.А. Усольцева, О.М. Поликутина, О.А. Трушина ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОПАНОРМА	65
А.Д. Карнилов, Э.П. Землянухин ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	66
А.Н. Коков, Н.И. Тарасов, Л.С. Барбараш ДИНАМИКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПО ДАННЫМ НИЗКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ	68
А.Н. Рюмшин, А.П. Демко, Н.И. Тарасов ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ИЗ УДАЛЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР	68
Н.И. Тарасов, М.Н. Гзогян, А.Т. Тепляков АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА КАРВЕДИЛОЛА И ИНГИБИТОРА-АПФ КВИНАПРИЛА НА ФОНЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	69
Н.И. Тарасов, Ю.А. Сергеев, Е.Ю. Ровда, Д.С. Кривоносов ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	70
Н.И. Тарасов, Н.М. Зайцев, О.В. Баховудинова ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	70
Н.И. Тарасов, А.П. Демко, М.Н. Гзогян, А.Т. Тепляков ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС	71



<i>Н.И. Тарасов, Н.В. Терентьева, Н.Л. Воронцова, Л.С. Барбараш</i> ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДАЛЬТЕПАРИНОМ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ72	<i>Л.Э. Кузина, Л.И. Кочуганова</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ89
<i>Е.П. Юркин, Э.П. Землянухин</i> ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ73	<i>Д.В. Курбатова, С.В. Малиновский, А.Г. Осипов, Е.А. Вострикова, Л.О. Багрова, М.И. Ликстанов</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОДУАЛА НА ССМП91
<i>Ю.М. Янкин, А.В. Барай, Р.М. Гайнулин</i> ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ76	<i>И.А. Михайлова, Т.Ю. Просекова, В.Н. Белых</i> ПРИМЕНЕНИЕ ДИКЛОФЕНАКА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ92
<i>А.М. Даниленко, К.Ю. Джавадов, В.М. Родионов, О.Е. Шуба</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНГИНОЗНОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА78	<i>А.Ф. Муравлев, В.Н. Ремига</i> ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ93
<i>А.М. Даниленко, О.Е. Шуба, В.Е. Мохов, И.В. Лутошкина</i> ПОДХОД К СИНДРОМУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (САГ) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ79	<i>А.Г. Осипов, М.И. Ликстанов, В.И. Костин, Е.А. Вострикова, Л.О. Багрова</i> БАЗИСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ...95
<i>А.М. Даниленко, К.Ю. Джавадов, В.М. Родионов, С.А. Каредва</i> ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ...80	<i>А.Г. Осипов, М.И. Ликстанов, Е.А. Вострикова, В.Н. Белых, Е.А. Лобанова</i> АНАЛИЗ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ96
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	<i>Е.А. Попова, И.А. Скоробогатова, С.В. Орлов, А.Ю. Скоробогатов, А.А. Попов, Д.В. Фокин</i> ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ97
<i>Т.М. Бобер, С.Д. Никонович</i> ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ85	<i>Е.Г. Просина</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ98
<i>С.А. Вингерт, О.А. Камышникова, Т.П. Шкляева, Л.А. Загорская, О.Г. Кошелева</i> О СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ ПОЛИКЛИНИКИ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ86	<i>А.В. Селифанов</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА АПФ КАПТОПРИЛА И В-БЛОКАТОРА АНАПРИЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ99
<i>Т.И. Данилина</i> КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПО ПОВОДУ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО87	<i>О.К. Сикорская, К.А. Ямщиков</i> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ101
<i>А.В. Коваленко, О.А. Ковалкина, Е.М. Грибова, Ю.Н. Халимов</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОНМК В УСЛОВИЯХ ПИТ88	<i>А.М. Сухоруков, А.А. Дударев, Е.А. Попова, А.А. Попов, А.Е. Попов, В.Н. Большаков, Д.В. Фокин</i> СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ102



<i>А.Н. Цветиков, В.В. Волокитин</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	<i>С.Ю. Кочетков, Э.П. Землянухин, Н.П. Дашкина,</i> ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ В Г. КЕМЕРОВО
103	112
<i>Ю.В. Васютинская, Л.А. Кубасова,</i> <i>Н.Т. Чернова, Ю.В. Рец</i> КАРДИОИНТРЕВАЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	<i>А.Л. Кричевский, И.К. Галеев,</i> <i>А.П. Торгунаков, В.И. Рудаев,</i> <i>О.А. Куприенко, А.В. Сальский</i> ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
104	113
<i>Л.А. Кубасова, Ю.В. Васютинская,</i> <i>Н.Т. Чернова, Ю.В. Рец</i> ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЕСТОЗЕ В СИСТЕМЕ МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД – НОВОРОЖДЕННЫЙ	<i>А.Б. Муллов, Г.И. Галеев,</i> <i>А.Л. Кричевский, Ю.М. Янкин, Г.Л. Колосов,</i> <i>Е.Ю. Проничев, М.В. Коновалова</i> ПЕРФТОРАН КАК НОВЫЙ СТАНДАРТ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВЗРЫВАХ В УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ
105	116
<i>Л.И. Темерханова, М.В. Малин, С.Ю. Малиновская</i> ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ	<i>К.В. Орликов</i> НАРКОМАНИЯ В ПРАКТИКЕ СМП
106	117
ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ, НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ	<i>Е.Р. Гинзбург, В.С. Старых,</i> <i>С.В. Елагин, А.Г. Чепров</i> НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
<i>С.Ю. Кочетков, Э.П. Землянухин, В.В. Яровой</i> ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ	118
111	





ДЛЯ ЗАМЕТОК