

Скорая

медицинская

помощь



Российский
научно-практический журнал

Том 4
№ 3 2003

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

3/2003

Основан в 2000 году

Учредители

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе
НП «Общество работников скорой медицинской помощи»

При поддержке

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Президент: В.А. Михайлович

Вице-президент: С.А. Селезнев

Главный редактор: А.Г. Мирошниченко

Заместители

главного редактора: С.Ф. Багненко,
В.В. Руксин

Редакционная коллегия:

Н.А. Беляков	К.М. Крылов
А.Е. Борисов	Г.А. Ливанов
В.А. Ваневский	В.И. Мазуров
Б.С. Виленский	И.П. Миннуллин
Ю.Д. Игнатов	Ю.С. Полушин
В.И. Ковальчук	Ю.Б. Шапот

Ответственный секретарь: О.Г. Изотова

Редакционный совет:

М.М. Абакумов (Москва)
В.В. Афанасьев (Санкт-Петербург)
А.А. Бойков (Санкт-Петербург)
Т.Н. Богницкая (Москва)
В.Р. Вебер (Новгород)

Ю. Дробнис (Вильнюс)
Е.А. Евдокимов (Москва)
А.С. Ермолов (Москва)
В.А. Замятина (г. Вологда)
А.П. Зильбер (г. Петрозаводск)
Л.И. Кательнишкая (г. Ростов-на-Дону)
А.А. Курыгин (Санкт-Петербург)
Л.А. Мыльникова (Москва)
А.Р. Мойстус (Таллинн)
А.Н. Осипов (г. Челябинск)
В.Л. Радушкевич (г. Воронеж)
В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)
С.Н. Хунафин (Уфа)
С. Штрих (Рига)
И.С. Элькис (Москва)
Ю.М. Янкин (г. Новокузнецк)
G.B. Green (США)
E. Krenzelok (США)
K.A. Norberg (Швеция)

Журнал включен в перечень периодических изданий, в которых ВАК рекомендует публиковать результаты диссертаций.

Журнал ежеквартально публикует материалы по актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе, имеющие выраженную практическую направленность, подготовленные и оформленные в полном соответствии с существующими требованиями.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов опубликованных материалов.

Редакция не несет ответственности за последствия, связанные с неправильным использованием информации.

Наш адрес: 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Медицинская академия последипломного образования, редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».

Тел./факс: (812) 588 43 11.

Электронная почта: mapo@mail.lanck.net

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИЯ

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ <i>Е.А.Лужников, Ю.С.Гольдфарб</i>	4
МАТЕРИАЛЫ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 80-ЛЕТИЮ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА	
РОЛЬ ИНСТИТУТА СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ.Н.В.СКЛИФОВСКОГО В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНЕ <i>А.С.Ермолов, Т.Н.Богницкая</i>	12
ДВУХЭТАПНАЯ СИСТЕМА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ <i>М.А.Кириченко, В.А.Фялко, А.В.Бушуев</i>	15
СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» КАК ВИД ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ИСТОЩЕННОСТИ И РЕДУЦИРОВАННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>М.Д.Петраш, А.А.Бойков, П.Н.Федоров</i>	17
ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ ПОВТОРНОГО ОБРАЩЕНИЯ НА ГОРОДСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ТОЛЬЯТТИ <i>О.В.Савельев, А.В.Реснянский, С.Ю.Хабидулин</i>	20
ШИЗОФРЕНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР <i>И.В.Макаров</i>	25
ИЗМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>А.Ю.Корж</i>	29
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ <i>А.Г.Альмамбетов</i>	31
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ <i>А.Г.Альмамбетов</i>	32
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА <i>А.С.Багдасарян, И.Д.Мирошников, А.Н.Редько</i>	32
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В г. САМАРКАНДЕ <i>С.С.Бакиев, Р.А.Садиков, Т.Я.Сидиков</i>	33
СТРУКТУРА КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.С.Бакиев, Р.А.Садиков, Т.Я.Сидиков</i>	34
15 ЛЕТ СЛУЖБЕ ОПОВЕЩЕНИЯ О ГЕЛИОГЕОМАГНИТНОЙ ОБСТАНОВКЕ В г. СВЕРДЛОВСКЕ (ЕКАТЕРИНБУРГЕ) <i>В.И.Белокриницкий, Р.Г.Бикмухаметова, В.А.Фялко, Е.Д.Рождественская, О.П.Пыльская</i>	34
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ <i>А.А.Бойков, А.З.Хинин</i>	35
ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОДИН ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ВАРИАНТОВ МНОГЭТАПНОЙ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ <i>А.В.Бушуев, В.А.Фялко, В.И.Белокриницкий</i>	36
ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Н.М.Гадлевская, О.Л.Рытенкова</i>	37
НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА <i>С.Т.Игнатов</i>	38
АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>П.С.Капустин, Е.А.Бенкоас, К.М.Брусин</i>	39
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ <i>М.М.Мальгина, В.И.Белокриницкий, А.Д.Николаев</i>	40
ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Т.П.Мельникова, А.Н.Андреев, В.И.Белокриницкий</i>	41
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ МЕТОДОМ РАННЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ <i>Н.В.Мензорова, А.И.Цветков, Н.Л.Кузнецова</i>	41
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ <i>Л.Л.Немытова, О.В.Колясников</i>	42

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Н.В.Ножкина, А.В.Бушуев</i>	43
ИТОГИ РАБОТЫ ПРОГРАММЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ» В ЕКАТЕРИНБУРГЕ ЗА 2000–2002 гг. И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>А.С.Пономарев, И.В.Лещенко, А.В.Бушуев</i>	44
ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ЭТАПНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.П.Попов, О.В.Колесников, Ю.В.Трушников, Л.П.Рогожина</i>	45
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП <i>Р.А.Садыков, Э.Н.Ташкенбаева</i>	46
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>В.Б.Салеев</i>	46
ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ТОКСИКОЛОГИИ И СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА ПО ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ <i>В.Г.Сенцов, К.М.Брусин, О.В.Новикова, А.В.Бушуев</i>	47
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИНОАТРИАЛЬНОЙ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ В ТОКСИКОГЕННОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ НО-ШПОЙ <i>В.Г.Сенцов, Н.И.Вениченко, К.М.Брусин</i>	48
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ПОЛУЧАВШИХ ЭНТЕРАЛЬНУЮ НУТРИТИВНУЮ ПОДДЕРЖКУ <i>В.Г.Сенцов, И.Н.Лейдерман, С.В.Воронцов</i>	49
К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Н.М.Сидоров, А.В.Лабубов, И.Г.Серова</i>	49
УШИБЫ СЕРДЦА ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ <i>Е.А.Скородумова, Ю.П.Махара, А.М.Жирков</i>	50
КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>В.А.Соколов</i>	52
ПРОБЛЕМЫ ТАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ИХ РЕШЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.А.Фялко</i>	52
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ТАКТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.А.Фялко, И.В.Халикин, Е.Е.Лаврова</i>	53
15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ <i>С.Н.Хунафин, И.И.Миронов, А.Ф.Власов, Ю.А.Лаврентьев, Г.А.Абдуллина</i>	54
СИСТЕМА НЕОТЛОЖНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА ПРИМЕРЕ МЕДСАНЧАСТИ ОАО «УРАЛЭЛЕКТРОТЯЖМАШ» <i>А.И.Цветков, Н.Л.Кузнецова</i>	56
К ВОПРОСУ О ДОДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» <i>С.В.Цвиренко, В.И.Белокрыничкин</i>	56
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПАРОКСИЗМОВ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ <i>В.М.Шайтор, А.И.Муханова</i>	57

ИНФОРМАЦИЯ

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» <i>А.С.Ермолов</i>	59
РЕЗОЛЮЦИЯ ЧЕТВЕРТОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2003»	63

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ AMBU INTERNATIONAL A/S	65
ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>В.Ю.Пиковский</i>	76

ЮБИЛЕЙ

СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА АСТРАХАНИ – 100 ЛЕТ	78
---	----

НЕКРОЛОГ

ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ АРХИПОВ	79
-------------------------------	----

ЛЕКЦИЯ

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Е.А.Лужников, Ю.С.Гольдфарб

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© Е.А.Лужников, Ю.С.Гольдфарб, 2003 г.

Распространение

Острые отравления часто связаны с использованием лекарственных средств для самолечения и с суицидной целью и занимают в настоящее время ведущее место среди бытовых «химических болезней» в большинстве стран мира.

Наибольшее количество отравлений вызывают различные препараты психотропного действия, в частности барбитураты, бензодиазепины, фенотиазины и т.д. За последние годы заметно увеличилось количество отравлений трициклическими антидепрессантами (амитриптилином), лепонексом, финлепсином и др. Кроме того, значительную группу составляют отравления наркотическими и холинолитическими препаратами. Большинство видов лекарственных отравлений, особенно препаратами фенотиазинового и бензодиазепинового ряда, связано с широким их применением во внестационарной лечебной практике. Чаще всего имеют место сочетанные отравления вследствие случайного приема или приема с суицидной целью сразу нескольких лекарств.

Типичными представителями лекарственных средств психотропного действия являются барбитураты.

Отравления барбитуратами

Острые отравления барбитуратами (производными барбитуровой кислоты) впервые были зарегистрированы в начале XX в. в Германии. В настоящее время 10–15% пациентов центров по лечению отравлений составляют больные с отравлениями барбитуратами (включая случаи сочетанных отравлений). Летальность при тяжелых отравлениях барбитуратами с развитием коматозного состояния достигает 10–15%.

Барбитураты оказывают избирательное наркотическое воздействие на ЦНС, приводящее к угнетению ее основных функций. Различают длительно действующие (8–12 ч) барбитураты: фенобарбитал (люминал), барбитал (веронал), барбитал-натрий (мединал); барбитураты со средней продолжительностью действия (6–8 ч): амитал (эстимал) и короткого действия (4–6 ч): этаминал-натрий (нембутал) и гексобарбитал. Кроме того, барбитураты содержатся в тардиле, реладорме, белласпоне, веродоне, бромитале, андипале, дипасалине, камфатале и других препаратах.

Барбитураты — белого или желтого цвета кристаллические вещества, малорастворимые в воде и хорошо растворимые в жирах; их натриевые соли обладают противоположными свойствами. Легко всасываются в пищеварительном тракте, значительно быстрее — в присутствии алкоголя. Наивысшая их концентра-

ция в плазме крови достигается через 4–18 ч. Однако ослабление перистальтики кишечника в глубоком коматозном состоянии может вызывать задержку барбитуратов в желудке до нескольких суток.

Барбитураты связываются с белками плазмы крови следующим образом: этаминал-натрий — 50–55%; фенобарбитал — 15%, барбитал — 5% от общего количества принятого препарата. Ослабление связи токсикантов с белком облегчает их выведение с мочой в неизмененном виде.

Токсической считается одномоментно принятая внутрь доза барбитуратов, составляющая около 10 разовых лечебных доз каждого из препаратов или их смеси с большими индивидуальными различиями (фенобарбитал — 2 г, этаминал-натрий — 1 г).

Клиническая картина. Психоневрологические расстройства при данных отравлениях характеризуются определенной стадийностью: вначале оглушение и сопорозный глубокий сон (I стадия — легкие отравления), затем поверхностная кома с повышением или снижением сухожильных рефлексов и реакции зрачков на свет (II стадия — среднетяжелые отравления) и, наконец, глубокая кома с арефлексией и отсутствием реакции на болевое раздражение (III стадия — тяжелые отравления), протекающая с выраженными нарушениями дыхания и кровообращения. Характерен миоз. Заметная динамика неврологических симптомов отравления и отсутствие стойкой очаговой симптоматики помогают отличать эти коматозные состояния от ком, вызванных нарушением мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмой. Существенную помощь в дифференциальной диагностике в таких случаях могут оказать данные электроэнцефалографического исследования, отражающие изменения электрической активности мозга, характерные для каждой стадии отравления.

Нарушения внешнего дыхания (у 11% больных) являются наиболее частыми и грозными осложнениями коматозных состояний и требуют незамедлительного проведения дыхательной реанимации.

Аспирационно-обтурационная форма нарушений дыхания вызывается механической асфиксией вследствие бронхореи и гиперсаливации, западения языка, ларингоспазма или аспирации при неправильном промывании желудка в коматозном состоянии. *Центральная форма* нарушений дыхания проявляется в виде гиповентиляции при свободной проходимости

дыхательных путей и вызвана прямым угнетающим действием барбитуратов и других снотворных средств на продолговатый мозг.

Наиболее длительные и тяжелые расстройства дыхания отмечаются при сочетании обтурационных и центральных дыхательных нарушений, чаще при глубоком коматозном состоянии. После ликвидации указанных выше нарушений дыхания основной причиной дыхательной недостаточности становятся воспалительные процессы — пневмонии и трахеобронхиты.

Нарушения внешнего дыхания сопровождаются отчетливым изменением параметров кислотно-основного состояния крови, которое в значительной мере обуславливает тяжелое состояние больных и купируется при восстановлении проходимости дыхательных путей и проведении искусственного аппаратного дыхания.

Нарушения функции сердечно-сосудистой системы проявляются тахикардией и гипотензией. Наиболее типичные изменения ЭКГ — синусовая тахикардия, снижение сегмента *ST* ниже изолинии, отрицательные зубцы *T*. Указанные изменения отражают дистрофические процессы в миокарде, наиболее часто отмечаются при глубоком коматозном состоянии и полностью обратимы в случаях выздоровления больных.

Нередко, особенно при экспозиции яда в организме более 12 ч, при отравлениях снотворными препаратами возникают трофические расстройства в виде буллезного дерматита и некротического дерматомиозита, протекающие по типу быстро развивающихся пролежней (покраснение кожи, появление пузырей, отек и уплотнение мягких тканей). Это связано с местными расстройствами кровообращения и снижением трофических функций нервной системы, возникающими на фоне коматозного состояния и позиционного давления на пораженные участки массы тела больного.

Нарушение функций почек при данной патологии в основном связано с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности (коллапс) с олигурией вследствие резкого нарушения почечного кровообращения.

При проведении дифференциальной диагностики большое значение имеет определение количественного содержания барбитуратов в крови методом спектрофотометрии, что позволяет отметить определенную зависимость развития коматозного состояния от концентрации их в крови. Так, поверхностная кома (II стадия отравления) наблюдается при содержании нембутала в крови

около 10 мкг/мл, барбитала — около 30 мкг/мл, а фенобарбитала — более 50 мкг/мл. Концентрация барбитуратов в цереброспинальной жидкости примерно соответствует их содержанию в крови, а в моче значительно выше, но не зависит от глубины коматозного состояния. Количественное определение барбитуратов значительно облегчает дифференциальную диагностику отравлений при коме неясной этиологии.

Отравления производными фенотиазина

Препараты: аминазин, пропазин, тизерцин, терален, френолон, трифтазин, мажептил, неуптил.

Детоксикация фенотиазиновых препаратов происходит преимущественно в печени. Токсическая доза более 500 мг, смертельная — 5–10 г. Токсическая концентрация в крови составляет 1–2 мг/л, смертельная — 3–12 мг/л.

Избирательное токсическое действие препаратов — психотропное и нейротоксическое, обусловлено угнетением ретикулярной формации мозга, а также их ганглиолитическим и адренолитическим свойствами.

Клинические признаки. Наблюдаются резкая слабость, головокружение, сухость во рту, тошнота, возможны появление судорог, потеря сознания (состояние поверхностной комы), сухожильные рефлексы повышены, зрачки сужены. Отмечаются учащение пульса, снижение (без цианоза) артериального давления, особенно ортостатического характера, кожные аллергические реакции. После выхода из комы возможны явления паркинсонизма. При разжевывании драже аминазина возникают гиперемия и отек слизистой оболочки рта, у детей отмечается выраженное раздражающее действие на слизистую оболочку пищеварительного тракта.

Отравления трициклическими антидепрессантами

Препараты: амитриптилин (триптизол), имизин (мелипрамин, имипрамин, тофранил). Быстро всасываются в желудочно-кишечном тракте, связываются с белками плазмы крови, частично биотрансформируются в печени, выделяются с мочой в течение 1–4 суток. Токсическая доза 500 мг, смертельная — 1200 мг. Токсическая концентрация в крови составляет 400 мкг/л, смертельная — 10–20 мг/л.

Избирательное токсическое действие — психотропное, нейро- и кардиотоксическое — обусловлено стимуляцией адренергических процес-

сов в мозге, блокированием холинорецепторов, прямым токсическим влиянием на проводящие пути сердца и миокард.

Клинические признаки. В легких случаях наблюдаются сухость во рту, нарушение зрения, психомоторное возбуждение, ослабление перистальтики кишечника, задержка мочи, мышечные подергивания и гиперкинезы; при тяжелых отравлениях (прием 1000 мг и более): спутанность сознания вплоть до глубокой комы, приступы клонико-тонических судорог по типу эпилептиформных. Развиваются расстройства сердечной деятельности (бради- и тахикардии, внутрисердечная блокада — расширение комплекса QRS более чем до 0,1 с, фибрилляция желудочков), острая сердечно-сосудистая недостаточность (коллапс). Возможно развитие токсической дистрофии печени, гипергликемии, пареза кишечника.

Отравления производными бензодиазепа

Препараты: хлорид (элениум, хлордиазепоксид, либриум), сибазон (диазепам, седуксен, валиум, реланиум), нозепам (оксазепам, тазепам), нитразепам (эуноктин, радедорм).

Всасываются в желудке и тонкой кишке, связываются с белками плазмы крови, детоксикация — в печени, выведение — с мочой и калом. Смертельная доза 1–2 г (большие индивидуальные различия). Токсическая концентрация в крови 5–20 мг/л, смертельная — более 50 мг/л.

Избирательное токсическое действие — психотропное, нейротоксическое, обусловлено торможением ЦНС, ослаблением процессов возбуждения подкорковых образований, торможением вставочных нейронов спинного мозга и таламуса (центральная миорелаксация).

Клинические признаки отравления сходны с таковыми при отравлении барбитуратами и фенотиазинами, однако отсутствуют миоз, специфические изменения влажности слизистых оболочек и бронхорея.

Отравления морфином и другими наркотическими анальгетиками группы опия

Препараты: опий, героин, дионин, кодеин, морфин.

Быстро всасываются из желудочно-кишечного тракта при приеме внутрь, детоксикация происходит в печени путем конъюгации с глюкуроновой кислотой (до 90%), 75% препаратов выводится с мочой в 1-е сутки в виде конъюгатов. Смертельная доза морфина при энтеральном введении 0,5–1,0 г, при внутривенном — 0,2 г.

Смертельная концентрация в крови составляет 0,1–4,0 мг/л. Особенно высокотоксичны эти препараты для детей младших возрастных групп. Смертельная доза кодеина для детей до 3 лет составляет 400 мг, героина — 20 мг.

Избирательное токсическое действие — психотропное, нейротоксическое, обусловлено наркотическим воздействием на ЦНС, угнетающим влиянием на таламические области, понижением возбудимости дыхательного и кашлевого центров, возбуждением центра блуждающих нервов.

Клинические признаки. При приеме внутрь или парентеральном введении токсических доз препаратов развивается коматозное состояние, для которого характерны значительное сужение зрачков с ослаблением реакции на свет, гиперемия кожи, гипертонус мышц, иногда клонико-тонические судороги. В тяжелых случаях часто наблюдаются нарушение дыхания и асфиксия: резкий цианоз слизистых оболочек, расширение зрачков, брадикардия, коллапс, гипотермия. При тяжелых отравлениях кодеином возможны нарушения дыхания при сохраненном сознании больного, а также значительное снижение артериального давления.

Отравления атропином (белладонна, белена, дурман)

Препарат быстро всасывается через слизистые оболочки и кожу, гидролизуются в печени. Выводится с мочой, частично в неизменном виде, в течение 14 ч.

Избирательное токсическое действие — блокада холинергических рецепторов центральной и периферической нервной системы.

Клинические признаки. Отмечаются сухость во рту и глотке, расстройства речи и глотания, нарушение ближнего зрения, диплопия, светобоязнь, сердцебиение, одышка, головная боль. Кожа красная, сухая, нередко наблюдается субфебрильная температура тела, пульс частый, зрачки расширены, на свет не реагируют. Психическое и двигательное возбуждение, зрительные галлюцинации, бред, эпилептиформные судороги с последующей потерей сознания и развитием комы с выраженным холинолитическим синдромом.

Помимо клинических признаков, для диагностики отравлений психотропными и снотворными средствами очень важно определение их количественного содержания в крови, что позволяет выявить определенную зависимость глубины коматозного состояния от концентрации этих препаратов в крови и тем самым значительно об-

легчает дифференциальную диагностику отравлений при коме неясной этиологии. Кроме того, отсутствие стойкой очаговой симптоматики и положительная неврологическая динамика в ответ на детоксикационные мероприятия отличают эти коматозные состояния от ком, вызванных нарушением мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмой.

Вместе с тем для уточнения диагноза отравления на догоспитальном этапе большое значение имеет тщательный сбор анамнеза: вид или название принятого токсичного вещества, время его приема, принятая доза и путь поступления яда в организм. При наличии на месте происшествия «прощальных» записок, остатков токсичного вещества или упаковок из-под него их необходимо доставить в стационар по месту госпитализации больного в качестве вещественных доказательств.

Неотложная помощь. Лечение острых отравлений снотворными и седативными средствами начинается с догоспитального этапа, и прежде всего с реанимационных мероприятий и симптоматической терапии, направленных на восстановление и поддержание функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем, профилактику и лечение инфекционных осложнений и трофических расстройств. Эти мероприятия включают в себя интубацию больных в коматозном состоянии, которую следует проводить перед транспортировкой больных в стационар, или трахеостомию при длительности комы более 1,5 суток, искусственное аппаратное дыхание при центральной гиповентиляции, оксигенотерапию. При выраженном снижении артериального давления уже на месте происшествия следует начинать внутривенную инфузию полиглюкина, а также реополиглюкина, растворов натрия бикарбоната, глюкозы и электролитов, применение сердечно-сосудистых средств (норадреналина, допамина) и гормонов. При наличии пневмонии или риска ее развития применяют антибактериальную терапию, при гипотермии согревают тело пациента.

Следует особо отметить, что используемый ранее метод интенсивной стимулирующей терапии большими дозами аналептиков (камфора, кордиамин, кофеин, эфедрин) оказался неэффективным при глубокой осложненной коме в условиях длительного поступления снотворных препаратов из желудочно-кишечного тракта и, более того, опасным вследствие возможного развития судорожных состояний и осложнений со стороны дыхательной системы и ЦНС. Поэто-

му применение аналептиков возможно только в терапевтических дозах при поверхностной коме, причем оно наиболее целесообразно у пациентов пожилого возраста.

Для лечения гипоксического повреждения ЦНС после проведения первичных реанимационных мероприятий назначают до 8–10 мл 5% раствора витаминов В₁ и В₆, витамин В₁₂ до 800 мкг/сут внутримышечно; до 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно.

При паркинсонизме вследствие приема фенотиазиновых препаратов назначают внутрь по 50–75 мг/сут мелипрамина. При тахикардии, вызванной отравлением трициклическими антидепрессантами, вводят 1 мл 0,05% раствора прозерина или 1 мл 0,05% раствора эзерина подкожно, повторно через 1 ч до урежения ЧСС (60–70 уд./мин), 400 мл 5–10% раствора натрия лактата, 100 мг (1 мл 10% раствора) лидокаина, 1–5 мл 0,1% раствора индерала внутривенно. При развитии кардиотоксического эффекта применяют токоферол, унитиол, глюкокортикоиды; при брадикардии — 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата подкожно или внутривенно повторно через 1 ч. При судорогах и возбуждении, связанных с отравлением трициклическими антидепрессантами и атропином, назначают 5–10 мг диазепама внутривенно или внутримышечно либо по 2 мл 2,5% раствора амиазины внутримышечно, 1% раствора промедола подкожно.

При резкой гипертермии, наиболее часто наступающей при отравлениях атропином, вводят 10–20 мл 4% раствора амидопирина внутримышечно, прикладывают пузыри со льдом к голове и паховой области, проводят обертывание влажной простыней и обдувание вентилятором.

Важнейшей частью лечебных мероприятий на догоспитальном этапе является антидотная терапия. При отравлениях бензодиазепинами используется анексат (флюмазенил) — по 300 мкг внутривенно, повторно до 2 мг/сут. При отравлениях препаратами группы опия вводят 1–2 мл 0,5% раствора налорфина внутривенно, повторно через 10–15 мин по показаниям, в пределах 8 мл 0,5% раствора либо налоксон (нарканти) — 1–2 мл (0,4–0,8 мг) внутривенно, повторно через 3–5 мин, в пределах 25 мл (10 мг) — до появления сознания и восстановления спонтанного дыхания. При использовании данных антидотов чрезвычайно важно обеспечить нормальную проходимость верхних дыхательных путей, так как в против-

ном случае антидотная терапия может привести к резкому ухудшению состояния больного. Вместе с тем отсутствие эффекта от введения антидотов может свидетельствовать о другой причине отравления, не связанной с действием опиоидов. При развитии выраженных симптомов отравления атропином в качестве антидотной терапии прибегают к введению 1 мл 0,05% раствора эзерина подкожно или 1 мл 0,1% раствора аминостигмина внутримышечно, внутривенно, в случае необходимости повторно.

Устранение угнетающего действия снотворных препаратов достигается детоксикационными мероприятиями — промыванием желудка, стимуляцией диуреза или, в тяжелых случаях, с помощью методов искусственной детоксикации (гемосорбции, гемо- и перитонеального диализа), а также промыванием кишечника при использовании зондового кишечного лаважа.

При сохраненном сознании промывание желудка производится зондом, обильно смазанным вазелиновым маслом, в положении больного на боку. Для адекватного оттока через зонд промывных вод при выполнении указанной процедуры пациента следует укладывать на поверхность (кушетку, диван и т. п.), находящуюся на высоте не менее 1 м от пола. После окончания промывания в желудок через зонд вводится энтеросорбент (активированные угли СКТ-6А, СКН, карбамид, карболен и др.) — 80–100 г вместе с водой (100–150 мл) в виде жидкой взвеси.

Зондовое промывание желудка при развитии глубокого сопорозного или коматозного состояния проводится только после интубации трахеи трубкой с раздувной манжеткой. Это позволяет предупредить опасную для жизни аспирацию промывных вод в верхние дыхательные пути, что, в свою очередь, обычно влечет за собой быстрое развитие крайне неблагоприятно протекающей пневмонии. Следует особо отметить, что при невозможности интубации трахеи от промывания желудка необходимо отказаться и ограничиться транспортировкой больного в стационар, обеспечив при этом проходимость верхних дыхательных путей за счет введения в ротовую полость воздуховода и отсасывания из них секрета с помощью известных устройств. В ходе стационарного лечения существенное значение имеет повторное промывание желудка, особенно при отравлениях трициклическими антидепрессантами и препаратами группы опия, в последнем случае — даже при их парентеральном поступлении в организм.

Для очищения крови от яда в стационаре наиболее широко используется метод *форсированного диуреза* с помощью мочевины, маннитола или лазикса. При этом наблюдается быстрое снижение концентрации барбитуратов в крови, сопровождающееся положительной динамикой клинического состояния. В легких случаях бывает достаточным обильное питье (2–3 л жидкости в сутки).

При II–III стадиях отравления, особенно при высокой концентрации в крови барбитуратов длительного действия, наиболее эффективен метод *гемодиализа* аппаратом «искусственная почка».

Однако наивысшая скорость снижения концентрации барбитуратов в крови и более быстрая положительная динамика клинических данных отмечается при использовании метода *гемосорбции*. Кроме того, гемосорбция эффективна при отравлениях другими психотропными средствами небарбитурового ряда, которые плохо выводятся из организма при гемодиализе, например фенотиазинами, бензодиазепинами и др.

При выраженной гипотензии и экзотоксическом шоке более выгоден метод *перитонеального диализа*, который уступает указанным выше методам по скорости выведения из организма некоторых барбитуратов, но показан при наиболее тяжелых отравлениях с низким артериальным давлением.

При приеме внутрь большого количества препаратов, особенно небарбитурового ряда, в комплексное лечение коматозных состояний включается *кишечный лаваж* (30 л и более специального солевого раствора), с помощью которого эффективно ликвидируется депо яда в кишечнике. Проведение кишечного лаважа наиболее эффективно при отравлениях трициклическими антидепрессантами и лепонексом. В менее тяжелых случаях в стационаре используют слабительные средства: при отравлениях водорастворимыми барбитуратами, морфином и трициклическими антидепрессантами — солевые (50 г натрия сульфата в 100 мл воды), при отравлениях жирорастворимыми фенотиазинами, бензодиазепинами и лепонексом — жировые (вазелиновое масло 100–150 мл). Для очищения кишечника с успехом применяется также его фармакологическая стимуляция. Кроме того, для связывания яда в кишечнике прибегают к *энтеросорбции* путем введения внутрь активированного угля (15–20 г 3–4 раза в сутки).

В последние годы при различных отравлениях, в том числе и при отравлениях препаратами психотропного действия, активно используется физиогемотерапия — магнитная (МГТ), лазерная (ЛГТ) и ультрафиолетовая (УФГТ), а также химиогемотерапия (ХГТ) — непрямо электрохимическое окисление токсикантов с помощью внутривенной инфузии растворов натрия гипохлорита (НГХ). Это позволяет добиться эффективной коррекции нарушенных показателей гомеостаза, ускорить биотрансформацию и выведение из организма экзо- и эндогенных токсикантов и тем самым значительно улучшить результаты лечения. Следует отметить, что для лечения отравлений препаратами группы опия ХГТ имеет самостоятельное значение, так как ввиду кратковременности пребывания этой группы ядов в крови гемосорбция, для начала которой требуется определенное время (в пределах 30 мин — 1 ч), оказывается неэффективной. Сходная ситуация отмечается также при отравлениях атропином.

После ошелачивания крови 400 мл 0,06% раствора НГХ вводят внутривенно капельно через катетер, установленный в одну из магистральных вен (подключичную, бедренную и др.), во избежание развития воспалительного процесса в периферических сосудах. Важно, что введение НГХ может быть предпринято и на догоспитальном этапе.

В целом существует два примерно равноценных варианта комплексной детоксикационной терапии (рисунок). По первому варианту базовый детоксикационный комплекс в составе МГТ, служащей для коррекции гемореологических и профилактики гемодинамических нарушений, эфферентных методов детоксикации — сорбционно-диализных и кишечного лаважа и УФГТ, направленной на улучшение иммунного статуса, усиливается с помощью ХГТ; по второму варианту он расширяется за счет отсроченной на 6–12 ч лазерной гемотерапии (ЛГТ), обладающей в значительной мере выраженными свойствами как МГТ, так и УФГТ или гораздо более эффективной (особенно при чрезвычайно опасных отравлениях лепонексом) — сочетанной лазерно-ультрафиолетовой гемотерапии (ЛУФГТ). Такой подход к комплексному лечению способствует наиболее заметному ускорению детоксикационного процесса, что сопровождается существенным снижением летальности и частоты развития пневмонии при указанной патологии — в 1,2–2,6 раза.



Рисунок. Варианты комплексной детоксикационной терапии. Пояснения в тексте.

Другие наиболее распространенные лекарственные отравления

Отравления клонидином (гемитон, катапресан, клофелин)

Быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, биотрансформируется в печени, выводится с мочой. Токсическая доза около 0,5 мг.

Избирательное токсическое действие — психотропное и кардиотоксическое, обусловлено влиянием на адренореактивные системы.

Клинические признаки. Головокружение, слабость, оглушение с расстройством ориентации и памяти. Миоз. Сухость во рту. Снижение артериального давления, нередко после его временного повышения в течение нескольких часов. Выраженная брадикардия.

Неотложная помощь. Промывание желудка, внутрь активированный уголь, слабительные средства. Форсированный диурез.

Для снятия брадикардии — 1–2 мл 0,1% раствора атропина сульфата подкожно повторно.

Сердечно-сосудистые средства, постельный режим.

Отравления парацетамолом

Препараты: эффералган, панадол, тайленол.

Быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, достигая пика концентрации в крови через 30–120 мин. Более 95% принятой дозы подвергается биотрансформации в печени с последующей конъюгацией с глюкуроновой кислотой и выводится почками. Однако некоторые продукты окисления (ацетилбензохинонимин) токсичны для печени и вызывают некроз гепатоцитов. При длительном применении (в течение нескольких суток) образуются реактивные метаболиты, также оказывающие гепатотоксическое действие.

Смертельная доза составляет около 150 мг/кг (8–10 г), смертельная концентрация в крови 200–400 мг/л.

Избирательное токсическое действие — гепатотропное и нефротропное, связано с развитием токсической дистрофии печени и почек.

Клинические признаки. Различают 3 стадии острого отравления парацетамолом:

— I стадия развивается через 2–12 ч после отравления, когда возникают тошнота, рвота, боли в животе, диарея;

— II стадия — через 24–48 ч, после короткого периода облегчения отмечаются увеличение печени, повышение концентрации в сыворотке крови печеночных ферментов и билирубина;

— III стадия соответствует развитию печеночной недостаточности (через 3–4 сут), когда развиваются желтуха и явления гепатаргии, к которым присоединяются признаки почечной недостаточности (олигурия, азотемия).

Неотложная помощь. Промывание желудка, энтеросорбция, солевое слабительное. Форсированный диурез с ошелачиванием крови. В тяжелых случаях — гемосорбция, гемодиализ.

Специфическая фармакотерапия — ацетилцистеин внутрь: 140 мг/кг с фруктовым соком, затем по 70 мг/кг 4 раза в сутки в течение 1–2 сут или внутривенно 20% раствор, 150 мг/кг с 5% раствором глюкозы, затем 50 мг/кг через 4 ч в 1 л 5% раствора глюкозы 4 раза в сутки.

Лечение печеночно-почечной недостаточности.

Отравления амлодипином

Препарат — норваск.

Медленно всасывается в желудочно-кишечном тракте, пик концентрации в крови наблюдается через 6–10 ч. На 97% связывается с протеинами плазмы крови и биотрансформируется в печени до неактивных соединений, удаляемых почками. Период полувыведения препаратов составляет 36–48 ч. Токсическая доза около 100 мг, для других препаратов также 10-кратная разовая.

Токсический эффект — сердечно-сосудистый. Амлодипин и другие препараты этой группы замедляют поступление ионов кальция через мембрану в гладкомышечные клетки миокарда и кровеносных сосудов, вызывая расслабление периферических артерий и снижение общего периферического сопротивления.

Клинические признаки. Резкое снижение артериального давления — первичный токсикогенный коллапс. Развиваются синусовая брадикардия, нарушения внутрижелудочковой проводимости, возможна остановка сердца. Одновременно отмечаются оглушение, сопор, судороги,

кома с остановкой дыхания. Иногда наступают парез кишечника и олигурия.

Неотложная помощь. Промывание желудка, энтеросорбция, кишечный лаваж. 400 мл 0,06% раствора НГХ внутривенно, гемосорбция. Форсированный диурез малоэффективен.

10 мл 10% раствора кальция глюконата или кальция хлорида внутривенно повторно через 20–30 мин до повышения артериального давления.

Лечение токсикогенного коллапса — допамин по схеме, норадреналин, глюкагон внутривенно капельно, при нарушении проводимости сердца — добутамин. Введение атропина малоэффективно.

Отравления периндоприлом (престариум)

Препарат — престариум.

Препараты этой группы — ингибиторы ангиотензинконвертирующего фермента, их преимущественно сердечно-сосудистое токсическое действие связано с устранением сосудосуживающего влияния ангиотензина II на артерии и стимуляции им секреции альдостерона.

При пероральном приеме происходит быстрое всасывание препарата с достижением пика концентрации в крови через 1–2 ч. В процессе биотрансформации в печени 20–30% препарата трансформируется в еще более активный метаболит — периндоприлат, который обладает способностью к энтерогепатической циркуляции. Остальные метаболиты неактивны и свободно выделяются почками. Период полувыведения пре-

парата 3–5 ч. Токсической является 10-кратная разовая доза, для периндоприла — 40 мг.

Клинические признаки. Снижение артериального давления — первичный токсикогенный коллапс. Брадикардия, состояние оглушения, олигурия.

Неотложная помощь. Промывание желудка, энтеросорбция, солевое слабительное, кишечный лаваж. Форсированный диурез с ощелачиванием крови, гемодиализ.

Лечение токсикогенного коллапса (см. Отравления амлодипином).

Таким образом, для рационального выбора детоксикационных и других лечебных мероприятий при отравлениях лекарственными препаратами необходимо учитывать их физико-химические свойства (молекулярную массу, растворимость в воде и т. д.), избирательную токсичность и характер токсикокинетики, прежде всего длительность нахождения в крови в токсических концентрациях. Особое значение для успешного лечения имеет раннее начало оказания специализированной медицинской помощи, направленной на скорейшее очищение организма от яда, что позволяет предотвратить развитие необратимых, предопределяющих неблагоприятный исход изменений в органах и тканях, когда усилия медицинского персонала, к сожалению, в значительной степени становятся лишь формальными. Правильная организация работы на догоспитальном этапе в таких случаях чрезвычайно важна.

МАТЕРИАЛЫ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 80-ЛЕТИЮ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА

РОЛЬ ИНСТИТУТА СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ.Н.В.СКЛИФОВСКОГО В СТАНОВЛЕНИИ И РАЗВИТИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНЕ

А.С.Ермолов, Т.Н.Богницкая

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© А.С.Ермолов, Т.Н.Богницкая, 2003 г.

Проследить развитие скорой медицинской помощи (СМП) в стране помогло изучение материалов государственных архивов [1] и различных источников литературы.

Организация службы СМП является одним из выдающихся достижений советского здравоохранения. С самого начала она строилась на основе принципов государственности, бесплатности и общедоступности, тесной связи практической деятельности с достижениями медицинской науки. Эти принципы соблюдаются и до настоящего времени, хотя организационные формы, структура и содержание работы учреждений СМП изменялись.

В своем становлении и развитии служба СМП прошла несколько этапов, каждый из которых способствовал ее эволюционному развитию. В истории ее формирования и становления активно участвовали выдающиеся ученые и практики, которые стояли у истоков различных направлений деятельности института и создали прочный научный фундамент неотложной медицины во всем ее многообразии. Это А.С.Пучков, В.А.Красинцев, С.С.Юдин, Б.А.Петров, П.Н.Обросов, А.Н.Крюков, В.В.Гориневская, Б.В.Нифонтов, М.М.Тарасов, И.И.Соколов, М.С.Александров и многие другие.

О том, что представляла собой СМП в старой Москве, образно повествует в своих воспоминаниях Н.А.Семашко: «До революции в Москве кроме старых колымаг да нескольких лошадей, едва влачивших ноги, не было ничего для оказания скорой медицинской помощи. Дореволюционные станции скорой помощи в Москве были при полицейских участках и содержались на случайные средства частных благотворителей. В годы Первой мировой войны даже и такой вид «скорой по-

мощи» прекратил свое существование». В 1919 г. коллегия врачебно-санитарного отдела Московского Совета под председательством Н.А.Семашко приняла решение организовать станцию СМП при Шереметевской больнице.

Первый организационный период (1919–1927 гг.) проходил при полном отсутствии нормативных актов, организационных форм и методов работы. Первым руководителем Шереметевской больницы был популярный в Москве хирург Г.М.Герштейн, руководство станцией было возложено на врача В.П.Поморцева, которого в 1923 г. сменил А.С.Пучков, оставшийся на этом посту на протяжении 30 лет. Московская станция СМП входила в структуру института и только летом 1940 г. была выделена в самостоятельное учреждение с непосредственным подчинением Мосгорздравотделу. Однако все последующие годы А.С.Пучков был постоянным членом ученого совета института и не терял с ним научных и практических связей.

На первом этапе организаторам СМП все пришлось создавать заново, накапливать опыт и на его основе совершенствовать свою работу. В этот период были заложены основы организации СМП и неотложной хирургии, которые стали главными направлениями научной деятельности института на все последующие годы.

В 1924 г. хирургическую службу в института возглавил профессор В.А.Красинцев — ученик Н.В.Склифосовского, который стал родоначальником экстренной хирургической помощи в столице. При нем были заложены основные принципы службы: квалифицированное оперативное пособие в любое время суток, участие в диагностике рентгенологов и специалистов клинической

лаборатории, введение утренних конференций с сообщением итогов работы за истекшие сутки, соблюдение «часовой» срочности вмешательства, единообразие тактики оперативных пособий [2].

Коллектив Шереметевской больницы одним из первых в стране приступил к разработке теории и практики оказания СМП, организации врачебной помощи на дому, перевозке больных, учету и распределению коечного фонда города.

В 1927 г. при участии специалистов института в лечебном отделе Наркомздрава РСФСР был разработан приказ, в котором впервые была регламентирована деятельность станции СМП (структура, штаты, задачи, объем и порядок работы, оснащение) [3].

Стационар института (директор П.Н.Обросов) с момента организации СМП тоже начал работать по-особому. Сюда поступали больные и пострадавшие практически со всей Москвы, здесь выполнялось большое количество круглосуточных экстренных операций. Должность врача скорой медицинской помощи была престижной, так как штаты врачей «скорой» и стационара были едиными. После дежурства на «скорой» ординаторы обязаны были работать в клинике [4]. Энтузиасты своего дела А.С.Пучков и П.Н.Обросов на заседании Моссовета в октябре 1928 г. изложили собственное видение работы станции скорой помощи и института, которые актуальны и сегодня [5].

По инициативе А.С.Пучкова периодически проводились республиканские и всесоюзные совещания, которые способствовали организации СМП в крупных городах и союзных республиках. На станцию СМП приезжали десятки делегаций. Образцом для организации СМП в городах, промышленных центрах и новостройках страны Наркомздрав СССР признал Московскую станцию СМП [6].

На 1-м Всероссийском совещании по СМП 11–15 марта 1935 г. в Москве ставился вопрос о необходимости производства санитарных машин и плановом снабжении ими станций СМП. На совещании было разработано положение о работе СМП в городах и промышленных центрах (для городов с населением до 100 000 человек, предполагая возможным разработку особого статуса для станций СМП Москвы и Ленинграда и других крупных городов). Это положение было принято Наркомздравом РСФСР 17 марта 1935 г. [7].

Обеспечение населения СМП ставилось на широкую государственную основу. Продолжалась работа над уточнением статуса СМП. Созванная

институтом 1-я Всесоюзная конференция по СМП обсудила новое положение статуса станций СМП для городов разных категорий, в том числе и для станций СМП в городах и поселках с населением менее 50 000 человек [8]. С 1939 г. вводились категории станций СМП с учетом численности населения городов, утверждались нормативы кадрового обеспечения [9]. Продолжала расширяться сеть станций СМП. В сборнике приказов и инструкций Наркомздрава СССР, вышедшем в 1942 г. [10], регламентировались все моменты организации, оснащения и порядок работы станций. Принятием этого документа заканчивается 2-й период развития СМП в стране.

3-й период (1941–1945 гг.) явился серьезным испытанием для службы СМП, проверкой ее готовности, умения работать в экстренных условиях. Служба выдержала эту проверку.

4-й период (1945–1961 гг.) характеризовался восстановлением службы СМП. Велись активные поиски новых форм организации и методов работы СМП. В Приказе Минздрава СССР № 525 от 14.08.1946 г. впервые указывалось на необходимость ежегодного анализа состояния СМП. Новые задачи возлагались на Московский городской НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Этот период ознаменовался переходом от своевременной транспортировки пострадавшего в ближайшую больницу к оказанию экстренной квалифицированной помощи на месте происшествия и в пути следования в стационар. С 1955 г. началась организация специализированных бригад СМП, методическое руководство которыми осуществляли клиники и кафедры медицинских и научно-исследовательских институтов. На станциях СМП в столицах союзных республик, областных центрах создаются специализированные бригады: кардиологические, неврологические, травматологические, токсикологические и др. В городах с населением 200 000 человек и меньше создаются бригады интенсивной терапии.

В 1955–1958 гг. проведен ряд совещаний главных врачей станций СМП крупных городов, на которых был обсужден проект нового положения, утвержденного Минздравом СССР 13 мая 1958 г. [11]. Были расширены функции и задачи СМП, узаконены необходимость организации специализированных бригад, новые штатные нормативы, обеспечение станций СМП санитарными автомашинами из расчета 1 круглосуточно работающая машина на 10 000 населения (норма, действующая и ныне).

До 70-х годов существовали две формы оказания экстренной медицинской помощи населению крупных городов и промышленных центров: служба СМП и служба неотложной помощи при поликлиниках, что приводило к распылению сил и средств. С 1970 г. начался новый организационный период — объединение скорой и неотложной помощи в единую службу, в развитии которого основополагающую роль также сыграл НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Новой организационной формой экстренной медицинской помощи явилось создание больниц скорой помощи, объединенных со станцией СМП. В этот период остро ощущалась необходимость в техническом перевооружении службы СМП, изменении системы управления и руководства. В научном плане система организации СМП была недостаточно разработанной проблемой. Отсутствовали крупные обобщающие работы. Требовались поиск путей, направленных на повышение качества работы СМП, научное их обоснование, определение главных научных направлений, проведение комплексных исследований. Резко возросла роль науки в деле оптимизации работы и перспективного планирования всех звеньев службы скорой и неотложной помощи.

Для объединения интересов всех учреждений, участвующих в оказании экстренной помощи населению, Министерство здравоохранения СССР в 1976 г. организовало на базе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского научно-практическое объединение «Скорая и неотложная медицинская помощь», на которое были возложены функции всесоюзного научно-методического центра по организации скорой и неотложной медицинской помощи в стране.

Приказом МЗ РСФСР № 175 в 1976 г. при Минздраве был создан Научный совет по скорой помощи, и институт был определен головным по разработке научных рекомендаций, касающихся всех разделов службы скорой помощи и подготовки кадров в России. Постановлением Президиума АМН СССР № 95 от 20 марта 1978 г. был создан Межведомственный научный совет по проблемам скорой медицинской помощи. Головным институтом был определен НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, который, как

и Республиканский Научный совет по СМП, проводил активную работу по координации НИР, готовил научно обоснованные предложения по улучшению организации и практики оказания скорой медицинской помощи населению СССР.

В 1981–1983 гг. в институте была разработана и выполнена Государственная программа по решению научно-технической проблемы «Скорая помощь и реанимация при неотложных состояниях и травме». Программу выполняли 42 научно-практических учреждения Советского Союза. Была создана научная основа для формулирования современной доктрины СМП, обоснована концепция медицинского регионирования сети станций СМП и создания на их базе региональных функционально-организационных центров скорой и неотложной медицинской помощи.

Институт принимал активное участие в подготовке важных документов по совершенствованию службы СМП, которые рассматривались на коллегиях союзного и республиканского министерств здравоохранения, а также на коллегиях Главного управления здравоохранения Москвы. Специалистами института была обоснована необходимость введения специальности «Врач скорой помощи», которая была узаконена Приказом МЗ СССР № 40 в 1976 г. В институте разработана унифицированная программа подготовки врачей и фельдшеров СМП, накоплен огромный опыт работы по вопросам организации СМП, который изложен Б.Д.Комаровым и соавт. в ряде монографий (1979, 1981, 1986) [12–14], ставших научно-методической основой организации СМП в стране.

Согласно Приказам МЗ СССР № 6777 от 6.06.1976 г. и № 1110 от 24.11.1976 г., институт проводил семинары ВОЗ «Скорая медицинская помощь», координировал англо-советское сотрудничество по проблемам СМП и травматологии, проводил рабочие совещания специалистов социалистических стран по вопросам организации СМП. Многие страны заимствовали прогрессивные формы работы службы СМП, разработанные в нашей стране.

За выдающиеся успехи и вклад в развитие неотложной медицины в XX столетии НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского в 2000 г. получил высшую общественную награду — «Российский национальный Олимп».

ЛИТЕРАТУРА

1. Фонд Наркомздрава РСФСР до 1936 г. ЦГА РСФСР ф. 482; с 1936 г. — фонд Наркомздрава СССР и затем Минздрава СССР ЦГАОР, ф. 8009.

2. Петров Б.А. // Хирургия. — 1959. — № 5. — С. 128–129.
3. Бюлл. Наркомздрава РСФСР. — 1927. — № 24. — С. 39–45.
4. Пермяков Н.К. В.А.Петров. — М.: Медицина, 1982. — С. 37.
5. ЦГАМО, ф. 66, оп. 11, д. 7935, л. 5.
6. Приказ № 155 от 10.03 1935 г. в ознаменование 10-летия со дня организации НИИ им. Н.В.Склифосовского и 15-летия работы Московской станции скорой помощи. — ЦГА РСФСР ф. 482, оп. 1, д. 706, л. 233.
7. ЦГА РСФСР ф. 482, оп. 24, д. 660, л. 1–5.
8. Положение о скорой медицинской помощи. — М., 1938.
9. Приказ НКЗ СССР от 19 августа 1939 г. № 518 «О введении единой номенклатуры учреждений здравоохранения и должностей в них» // Бюлл. Наркомздрава РСФСР. — 1939. — № 11–12. — С. 7–24.
10. Сборник приказов и инструкций Наркомздрава СССР. — 1942. — № 2. — С. 31–46.
11. Положение о станции скорой помощи. — М., 1958.
12. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) / Под ред. Б.Д.Комарова. — М.: Медицина, 1979. — С. 221.
13. Основы организации экстренной стационарной медицинской помощи / Под ред. Б.Д.Комарова. — М.: Медицина, 1981. — С. 237.
14. Основы организации экстренной специализированной медицинской помощи / Под ред. Б.Д.Комарова. — М.: Медицина, 1986. — С. 270.

ДВУХЭТАПНАЯ СИСТЕМА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

М.А.Кириченко, В.А.Фиалко, А.В.Бушуев

Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Повсеместное возрождение интереса к скорой медицинской помощи на протяжении ближайших 5 лет как со стороны организаторов здравоохранения, так и клиницистов, связанных с urgentной медициной, обусловлено обостренной потребностью преобразований службы СМП в современных условиях. Это второй «ренессанс» за последние 45 лет (первый имел место в конце 50-х годов XX столетия и длился 10 лет). Преобразования в системе СМП немыслимы без параллельного совершенствования организации двух этапов оказания экстренной медицинской помощи: догоспитального (ДГЭ) и госпитального, без их преемственной и взаимоотерпимой работы.

Целью настоящей работы является попытка проанализировать не только первые итоги проводимой реформы службы СМП, но и некоторые тенденции, влияющие (одни напрямую, другие подспудно) на формирование эффективного взаимодействия двух основных структур системы экстренной медицинской помощи (ЭМП), как специализированной, так и неспециализированной.

Подведены итоги I периода реформы СМП, начатой в 1999 г. и более всего коснувшейся ДГЭ.

Определены основные позиции и направления дальнейшего развития службы ЭМП, нашед-

шие отражение в решениях четырех всероссийских конференций СМП (2000–2003) и в Решении Коллегии МЗ РФ от 24.12.2002 г. Выдвинута концепция об экстренной медицинской помощи как «едином специфическом организационно-технологическом комплексе», включающем в себя два этапа: догоспитальный и госпитальный [1–3]. Намечились и основные тенденции развития двухэтапной системы оказания СМП.

Положительные тенденции: сближение двух этапов и объединение их усилий в решении лечебно-диагностических и тактических задач на основе обобщения опыта; разработка новой концепции «больницы скорой медицинской помощи» (БСМП) с учетом прошлых ошибок; концентрация в специализированных центрах ЭМП больных с тяжелой urgentной патологией; организация управления потоками госпитализации больных в неотложном порядке; возврат к неотложной профилактике на ДГЭ [4, 5].

Из отрицательных тенденций заслуживают внимания три взаимосвязанных явления: увеличение частоты вызовов фельдшеров на врачебные вызовы с оказанием неотложной помощи в ограниченном (фельдшерском) объеме (по данным разных авторов с 10% до 30% и 50% в крупных

городах); возрастание доли госпитализированных пациентов по неотложным показаниям в 3 раза и увеличение нагрузки на медперсонал приемных отделений БСМП [2, 3], причем за счет гипердиагностики: в 25–32% случаев (при хирургических заболеваниях) [6] и в 12–14% случаев у больных терапевтического профиля. В то же время, по нашим данным, прослеживается и другая тенденция: увеличение количества выездов на повторные вызовы к пациентам, получившим отказ в госпитализации, и повторная их доставка в те же стационары (в 63,8% случаев).

Среди факторов, препятствующих эффективному взаимодействию двух основных структур ЭМП, помимо финансово-экономических трудностей и организационных помех, выделяется приверженность к некоторым предрассудкам.

Одним из таких живучих предрассудков является так называемый доминантный синдром (ДС) — наш термин (от лат. *dominans* — господствующий, главенствующий): взгляд на первичность (первостепенность) госпитального этапа и вторичность (второстепенность) догоспитального звена [7].

Исторически ДС обусловлен тем, что первая станция СМП (1881 г., Вена) появилась на много веков позднее, чем первые больницы. Таким образом, историческое и хронологическое первенство принадлежит госпитальному этапу (что является «питательной средой» для чувства превосходства).

Не исключено, что здесь кроются причины до сих пор неразрешенных проблем двухэтапной системы СМП, неизученность особенностей экстренной медицинской помощи (ЭМП) на ДГЭ и ошибки в реорганизации, допущенные ранее (многократная реорганизация «неотложной» помощи, объединение станций и больниц СМП в крупных городах и др.).

Несостоятельность и вредность предрассудка стала очевидной, когда устоявшуюся традицию «первичности» стационарного звена нарушил проф. Б.П.Кушелевский. Начав реорганизацию устаревшей системы оказания экстренной медицинской помощи больным с инфарктом миокар-

да, он впервые в мировой практике выдвинул идею создания специализированных кардиологических бригад на ДГЭ (1956), организованных в Санкт-Петербурге (Ленинграде) в 1958 г., в Свердловске в 1960 г., в Москве в 1961 г., а затем и в других промышленных центрах.

Так был создан прецедент двухэтапной пре-емственной системы специализированной ЭМП. По этой схеме: вначале специализированные бригады СМП, а затем специализированные отделения стационара, ставшей классической, в Екатеринбурге и других крупных городах были организованы все профильные центры ЭМП.

В настоящее время в Екатеринбурге функционирует двухэтапная система ЭМП (как специализированная, так и неспециализированная) со следующей структурой. Догоспитальный этап: выездные бригады — 81, из них 19 специализированных. Госпитальный этап: многопрофильные стационары — 12, из них 5 детских и 7 «взрослых», выполняющих роль БСМП.

Госпитализация больных, нуждающихся в специализированной ЭМП, осуществляется в 17 центров (из них 3 детских). В 2002 г. удельный вес больных, доставляемых в стационары бригадами СМП, составил 36,7% от общего количества вызовов (без перевозок). В специализированных центрах СМП сосредоточено от 72% до 100% больных с тяжелой ургентной патологией. Управление потоками госпитализации с 1995 г. осуществляет бюро госпитализации СМП. Накоплен опыт взаимодействия станции СМП не только с госпитальной базой и поликлиниками, но и с научно-клиническими учреждениями и некоторыми промышленными предприятиями, выпускающими медицинскую аппаратуру (при координирующей роли кафедры токсикологии и СМП УГМА), что приобрело форму своеобразного научно-практического и организационно методического объединения [8].

Таким образом, анализ наметившихся преобразований СМП и опыта оказания ЭМП в Екатеринбурге свидетельствует о перспективности выбранного направления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решение Коллегии МЗ РФ от 24.12.2002 // Скорая медицинская помощь. — 2003. — Т. 4, № 1. — С. 68–70.
2. Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В. Экстренная медицина как специализированный вид медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 7–8.
3. Хальфин Р.А., Мыльникова Л.А. Скорая медицинская помощь в Российской Федерации: состояние, проблемы, пути решения // Скорая медицинская помощь. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 4–7.

4. Руксин В.В. Роль врача скорой медицинской помощи в профилактике возникновения неотложных состояний и их осложнений // Скорая медицинская помощь. — 2002. — Т. 3, № 2. — С. 41–42.
5. Фиалко В.А. Проблемы тактики на догоспитальном этапе. Диагностические и тактические ошибки. — Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 1996. — 189 с.
6. Козлов В.А., Ханкишиев Э.А., Зеленцов И.В. и др. Гипердиагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Преемственность в оказании экстренной медицинской помощи на до- и госпитальном этапах: Сб. мат. науч.-практ. конф. — Екатеринбург, 2002. — С. 52.
7. Фиалко В.А. Догоспитальный и госпитальный этапы экстренной медицинской помощи: преодоление «доминантного синдрома» (к истории вопроса): Сб. мат. науч.-практ. конф. — Екатеринбург, 2002. — С. 5–8.
8. Бушуев А.В., Фиалко В.А. Организация научно-практического объединения «Скорая медицинская помощь» как один из перспективных вариантов совершенствования многоэтапной экстренной специализированной помощи в крупном промышленном городе // Специализированная скорая медицинская помощь: Уроки, реальность, перспективы: Сб. мат. науч.-практ. конф. — Екатеринбург, 2000. — С. 42–45.

СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» КАК ВИД ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ИСТОЩЕННОСТИ И РЕДУЦИРОВАННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА СКОРОЙ ПОМОЩИ

М.Д.Петраш, А.А.Бойков, П.Н.Федоров

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Сегодня с уверенностью можно сказать, что мы живем в стрессогенном обществе. Каждый из нас ежедневно, в той или иной мере, подвергается воздействию стрессовых факторов, порой даже совершенно незаметных на первый взгляд. Но если учесть, что большую часть своей жизни мы проводим на работе, то можно сказать, что и работаем мы, подвергаясь стрессовому воздействию окружающей среды.

Если говорить о персонале Городской станции скорой медицинской помощи (СМП) Санкт-Петербурга, то ни для кого ни новость, что ему приходится работать в экстремальном режиме. Особенности данной деятельности требуют от сотрудников высокой ответственности и наличия развитых профессиональных навыков.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Сотрудникам СМП приходится работать при жестком дефиците времени с максимальной психической нагрузкой, работа требует готовности к немедленным и организованным действиям в исключительно быстром темпе. Сказываются длительное пребывание в режиме ожидания вызова и напряжение, связанное с элементом неопределенности (неизвестно, что ждет в следующий момент) [1].

Сотрудникам СМП необходимо быстро распознать заболевание, принять ответственное реше-

ние (иногда единственно правильное), четко и быстро выполнять неотложные лечебные и диагностические процедуры в «полевых» условиях. Высокая степень ответственности за жизнь больного, свойственная всем отраслям неотложной медицины, усугубляется тем, что, в отличие от персонала других лечебных учреждений, сотрудник СМП лишен возможности посоветоваться, проконсультироваться и вынужден принимать решения самостоятельно [2].

Более того, в условиях сосредоточения внимания на основной деятельности профессионал СМП в процессе работы «забывает», а часто и лишен возможности принять меры, обеспечивающие личную безопасность, хотя знает о возможных последствиях.

Типичным для персонала СМП является неравномерное, нерегулируемое распределение нагрузки в процессе работы, обусловленное поступлением вызовов, что делает невозможным формирование полноценного временного рабочего стереотипа. При этом суточные дежурства, которые являются наиболее распространенным графиком работы персонала скорой помощи, как всякая ночная работа, могут быть причиной существенных нарушений периодики физиологических функций и накладывают отпечаток на психику человека.

Значительные нервно-эмоциональные нагрузки повышают вероятность развития негативных изменений функционального состояния медпер-

сонала СМП, которые проявляются в снижении уровня или срывах психической и психофизиологической адаптации.

Истощение функциональных резервов может сопровождаться формированием синдрома «эмоционального выгорания», который представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще профессионального поведения. Одно из проявлений «эмоционального выгорания» выражается в стремлении максимально экономить усилия, что со стороны может выглядеть как проявление эгоизма и может проявляться в эмоциональном истощении, деперсонализации и редуцировании (упрощении) личностных достижений [3].

Естественно, следует предположить, что существует опасность профессиональной деформации личности, которая может снизить качество работы.

Цель данной работы состоит в том, чтобы оценить результаты исследования феномена профессионального «выгорания», проведенного на подстанции СМП Санкт-Петербурга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задачами исследования было изучение показателей удовлетворенности профессиональной деятельностью, степени формирования эмоционального выгорания у персонала скорой медицинской помощи, а также определения стресс-реагирования.

Для оценки степени выраженности синдрома «эмоционального выгорания» была использована методика К.Маслач МВІ [4]. Опросник имеет три шкалы:

— «эмоциональное истощение», которое проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, истощенности своих эмоциональных ресурсов;

— «деперсонализация», которая связана с возникновением равнодушного и даже негативного отношения к людям (пациентам);

— «редукция личных достижений» — негативное восприятие себя как профессионала.

Для изучения удовлетворенности профессиональной деятельностью и эмоционального отношения к профессии медперсонала СМП нами была разработана специальная анкета.

Учитывая, что стресс вызывается множеством требований (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятельности, чувство контроля над происходящим, может иметь решающее значение. Поэтому в исследовании было решено затронуть

тему формирования поведенческих реакций человека в ситуации фрустрации. Фрустрация — психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели.

Для определения стресс-реагирования, связанного с профессиональной принадлежностью человека, и особенностей поведения в стрессе использовалась проективная методика «Фрустрационный тест С.Розенцвейга». Само название теста свидетельствует о том, что основным в нем является понятие фрустрации. Согласно С.Розенцвейгу, к фрустрирующим ситуациям относятся любые вмешательства, ограничения, неожиданно происходящие события, которые нарушают самоощущение и жизнедеятельность человека [5]. Необходимо отметить, что с помощью данной методики оценивается только один из компонентов профессиональных умений — тактика и характер действия человека в стрессе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Профессиональное «выгорание», или «синдром выгорания» — это состояние, которое наблюдается в течение нескольких лет среди широкого круга профессионалов, работающих в сфере оказания помощи. Деятельность этих профессионалов весьма различна, но всех их объединяет близкий контакт с людьми, который, с эмоциональной точки зрения, часто очень сложно поддерживать продолжительное время [6].

В исследовании приняли участие 53 сотрудника одной из подстанций СМП, в том числе 10 врачей и 43 средних медицинских работника в возрасте от 20 до 50 лет, со стажем работы от 3 до 30 лет.

Анализ полученных данных показал, что большинство персонала подстанции СМП (88%) сознательно выбрали свою профессию, но в процессе профессиональной деятельности практически у каждого второго сотрудника отношение к ней ухудшилось. Удовлетворенности профессиональной деятельностью в полной мере не обнаружено ни у одного из работников СМП. Только у 15% отмечалось позитивное отношение к профессии, у других 15% оно было выражено негативным, т.е. можно говорить о разочарованности в выбранной специальности. В 70% случаев данный показатель несколько ниже среднего значения, т.е. выбранная специальность не оправдала профессиональные ожидания в полной мере.

Среди факторов, снижающих показатель удовлетворенности профессиональной деятельностью,

отмечаются материальная и социальная незащищенность; потеря уважения со стороны населения; обслуживание специфического контингента (асоциальные личности), т.е. то, что служба СМП превращается в социальную службу. Поэтому большинство сотрудников СМП оценивают свое нынешнее положение как неудовлетворительное.

Необходимо отметить, что ухудшение отношения к профессии связано с эмоциональным истощением, одним из показателей синдрома «эмоционального выгорания» (выявлена значимая отрицательная корреляция), т.е. при низкой удовлетворенности профессиональной деятельностью увеличивается показатель эмоционального истощения персонала. При эмоциональном истощении человек чувствует, что не может отдаваться работе с таким же воодушевлением, желанием, как раньше. Среди персонала подстанции эмоциональное истощение наблюдается в 21% случаев. Выявлена прямая зависимость эмоционального истощения от стажа и возраста. Это означает, что по мере увеличения стажа и возраста работника накапливается усталость, нарастают тревожные переживания и т.д., что ведет к формированию синдрома «эмоционального выгорания» в виде эмоциональной истощенности.

Кроме того, выявлена положительная корреляция между эмоциональным истощением и вероятностью ухода с работы, т.е. чем выше показатель эмоционального истощения, тем больше вероятность того, что сотрудник сменит работу.

Настораживает тот факт, что эмоциональное истощение как фаза синдрома «эмоционального выгорания» наблюдается уже в первые годы работы медперсонала.

В процессе определения степени выраженности синдрома «эмоционального выгорания» среди медперсонала подстанции можно сказать, что максимальные изменения отмечались по шкале «редукция личных достижений». Это говорит о том, что сотрудники СМП недовольны собой, негативно относятся к себе как к личности, снижаются самооценка своей компетенции, рабочая продуктивность. Такое отношение к себе как к профессионалу связано со снижением престижа профессии, материальной и социальной незащищенностью.

С точки зрения определения стрессовой теории Ганса Селье [7] (стадии тревоги, резистенции, истощения), выгорание можно приравнять к третьей стадии, которой предшествует стойкое и не поддающееся контролю возбуждение.

В результате проведенного анализа среднegrupповых значений можно сказать, что специфи-

ка стресс-реагирования персонала подстанции СМП характеризуется способностью конструктивно воспринимать фрустратор, идти на компромиссы, разрешать межличностные конфликты. Необходимо отметить, что у женщин значение данного параметра преобладает, но у мужчин вместе с тем проявляются манипулятивные характеристики, т.е. стремление управлять. Вместе с тем у медперсонала СМП отсутствует излишняя эмоциональная включенность в проблему, они склонны не обращать внимание на происходящее, рационально подходить к сложившейся ситуации и адекватно разрешать проблемы. В то же время, несмотря на то, что персонал СМП способен конструктивно разрешать профессиональные проблемы, ему совершенно не свойственно брать ответственность в стрессовых ситуациях на себя. Обычно это бывает связано с включением механизма психологической защиты личности. Защитные механизмы являются врожденными, они запускаются в экстремальной ситуации. Цель психологической защиты — снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики в целом.

В случае чрезмерной фиксации на защите своего «Я» осложняется взаимодействие с окружающими в связи с наличием защитных и компенсаторных механизмов (игнорирование препятствия).

Полученные данные свидетельствуют о существовании серьезной предпосылки к профессиональной фрустрированности, которая напрямую связана с экстремальностью работы, т.е. повседневным стрессом, который, в свою очередь, является результатом профессиональной деятельности.

ВЫВОДЫ

Работа персонала СМП носит экстремальный характер, а следовательно наносит определенный вред здоровью. Кроме того, ее можно не без основания отнести в разряд опасных профессий. Мнение С.Сaplan о том, что «индивиды могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического и соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку» [8], подкрепляется растущим количеством данных, которые демонстрируют убедительную связь между эффективной социальной поддержкой и улучшением психического здоровья. На практике это означает воспитание в обществе более уважительного отношения, принятие человеческой природы работника скорой медицин-

ской помощи и такой его жизни за пределами работы, чтобы собственные потребности удовлетворялись наряду с потребностями больных [9]. Необходимо повышение материальной заинтересованности сотрудников СМП в результатах труда.

Целесообразно создание системы реабилитационных мероприятий для сотрудников СМП,

направленных на улучшение их психического здоровья, улучшение условий труда.

Не следует забывать, что использование дифференцированной системы поощрений со стороны администрации станции СМП создает возможность для сохранения высококвалифицированных кадров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине: Уч. пос. — М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. — 272 с.
2. Донская Л.В., Линчевский Э.Э. Психофизиологические аспекты труда работников сферы обслуживания. — Л.: Медицина, 1979. — 168 с., ил.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. — М.: Филинъ, 1996. — 472 с.
4. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С.Никифорова. — СПб.: СПбГУ, 2000. — С. 443–463.
5. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест С.Розенцвейга: Методическое руководство. — СПб.: ГП «ИМАТОН», 2001.
6. Maslach Ch., Leiter M.P. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. Published by JOSSEY-BASS. — San Francisco, 1997. — P. 186.
7. Селье Г. Стресс без дистресса. — М., 1979.
8. Caplan C. Mastery of stress: psychosocial aspects // Amer. J. Psychiat. — 1981. — Vol. 138. — P. 413–420.
9. Roberts G.A. Prevention of burnout // Advances in Psychiatric Treatment. — 1997. — Vol. 3. — P. 282–289.

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ ПОВТОРНОГО ОБРАЩЕНИЯ НА ГОРОДСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ТОЛЬЯТТИ

О.В.Савельев, А.В.Реснянский, С.Ю.Хабибуллин

Городская станция скорой медицинской помощи, Центр экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей, г. Тольятти, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

ВВЕДЕНИЕ

Включение службы скорой медицинской помощи (СМП) Самарской области в Территориальную программу ОМС создало предпосылки для пересмотра подходов к проблеме оценки качества медицинской помощи, которое теперь рассматривается как важный аспект прав пациента на получение необходимой ему медицинской помощи достаточного качества. Государственные гарантии медицинской помощи застрахованному населению должны обеспечивать рациональное использование выделенных на оказание качественной медицинской помощи средств. Очевидно, что это возможно только при условии проведения постоянной экспертизы качества медицинской помощи.

Департаментом здравоохранения мэрии г. Тольятти создана система управления качест-

вом медицинской помощи, в которой объединены усилия участников ОМС. Важную роль в координации действий ЛПУ в этом направлении призвано выполнять некоммерческое партнерство «Центр экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей», функционирующее с 1997 г.

Результатам совместной работы Городской станции СМП (ГССМП) с этим учреждением посвящается настоящая статья.

Целью исследования являлась разработка мероприятий для улучшения качества оказания СМП на основании изучения качества медицинской помощи в случаях повторного обращения на ГССМП г. Тольятти.

В задачи работы входило следующее:

- 1) оценить качество медицинской помощи, оказываемой пациентам с повторным обращением на ГССМП;

2) определить факторы, приводящие к ухудшению качества оказания медицинской помощи в случаях с повторным обращением;

3) провести сравнительный анализ качества оказания скорой медицинской помощи бригадами подстанций ГССМП при различных заболеваниях;

4) разработать проект управленческого решения по улучшению качества медицинской помощи больным и пострадавшим и снижению количества повторных вызовов;

5) запланировать мероприятия по контролю эффективности управленческого решения и определить направления дальнейшего улучшения качества медицинской помощи больным и пострадавшим этой группы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии со структурой больных и пострадавших и поставленными задачами в выборку вошли случаи оказания скорой медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся на ГССМП повторно, а также случаи оказания СМП этим пациентам при первичном обращении.

Период экспертного исследования — июнь 2002 г.

В исследование включено 145 случаев оказания СМП больным и пострадавшим, повторно обратившимся на Городскую станцию скорой медицинской помощи, что составило 46% от всех повторно обратившихся на ГССМП за июнь 2002 г.

Экспертиза проведена с применением автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП) (Свидетельство МЗ РФ № 008 от 08.04.1998 г.). Обработка экспертных протоколов для получения обобщенных данных о качестве медицинской помощи осуществлялась автоматически с применением специальных программ MS Excel, методов вариационной статистики и статистического управления качеством (Q7).

АТЭ КМП — это компьютерная программа, применение которой подчиняется строго определенным правилам. Пользуясь АТЭ КМП, эксперт последовательно оценивает деятельность врача, который независимо от повода и места оказания СМП обязан выполнить 4 этапа врачебного процесса: собрать информацию о больном, установить диагноз, выбрать и провести лечение, обеспечить преемственность со следующим этапом медицинской помощи. На каждом из пе-

речисленных этапов врач может допустить ошибки, которые выявляются экспертом КМП в ходе анализа медицинского документа. После выявления врачебных ошибок эксперт должен их обосновать, т.е. изложить свое мнение об их реальных и возможных последствиях.

Неотъемлемой частью АТЭ КМП является формализованный язык описания и обоснования врачебных ошибок, унифицированные фразы которого позволяют адекватно выразить весь возможный спектр мнений эксперта. Каждое суждение формализованного языка имеет четко определенный смысл, отраженный в словаре терминов и понятий, который входит в состав АТЭ КМП и доступен для оперативного вызова на экран дисплея в любой момент проведения экспертизы. Наличие семантического словаря исключает неоднозначное толкование мнения эксперта.

Завершив анализ случая оказания медицинской помощи и составив протокол экспертизы качества медицинской помощи, эксперт формулирует экспертное заключение, в котором отражаются наиболее значимые врачебные ошибки и их последствия. Затем он оформляет экспертные выводы, где дает ответы на поставленные вопросы и составляет рекомендации, в которых отражает свое мнение по предотвращению выявленных врачебных ошибок в будущем.

Карты вызовов СМП отбирались на экспертизу с учетом методических рекомендаций Федерального фонда ОМС «Порядок организации экспертизы качества медицинской помощи с применением автоматизированной технологии экспертизы и использование ее результатов для ранжирования лечебно-профилактических учреждений в зависимости от состояния качества медицинской помощи» (1999) и рекомендаций разработчика Автоматизированной технологии экспертизы КМП — ООО «Центр качества и квалификации» (Санкт-Петербург).

В состав экспертной группы вошли 3 врача-эксперта — врачи СМП I квалификационной категории, прошедшие подготовку по АТЭ КМП.

Метаэкспертизе было подвергнуто 20% случаев. Значимых расхождений во мнениях экспертов обнаружено не было.

В процессе анализа информации о состоянии КМП осуществлялась стратификация по трем признакам: первичность или повторность вызова, подстанции Городской станции скорой медицинской помощи, нозологические группы заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты экспертизы показали (рис. 1), что среди 145 проанализированных случаев в 29% врачебные ошибки отсутствовали, т.е. качество медицинской помощи было надлежащим; в 20% наблюдений выявленные ошибки не повлияли на состояние компонентов качества медицинской помощи (I класс ненадлежащего КМП).



Рис. 1. Структура качества медицинской помощи.

В 20% случаев наиболее значимым следствием ошибок руководителей бригад СМП было негативное влияние на оптимальность использования ресурсов и процесс оказания помощи (II класс ненадлежащего КМП); в 27% — негативное влияние на состояние пациентов (IV класс ненадлежащего КМП).

Не было отмечено ошибок, связанных с риском ухудшения состояния пациентов (III класс ненадлежащего КМП) и с риском социально значимого ухудшения состояния пациентов (инвалидизация, смерть), не связанных с неоптимальным использованием ресурсов (V класс ненадлежащего КМП).

В 1% наблюдений была отмечена высокая вероятность социально значимых последствий ошибок руководителей бригад СМП (VI класс ненадлежащего КМП).

Распределение ошибок руководителей бригад СМП представлено на рис. 2.

Среди ошибок сбора информации 72% приходится на непосредственное исследование, 9% — на инструментальную диагностику и 19% — на описание эффекта лечения.

Из ошибок непосредственного исследования чаще всего эксперты высказывали замечания по сбору жалоб (неполное описание характера и условий возникновения) и анамнеза болезни (неполное описание развития болезни, предшествующего лечения и его эффекта), что затрудняет правильную постановку диагноза и его оценку.

Для ошибок инструментальной диагностики характерно неполное использование реально су-

ществующих возможностей (снятие ЭКГ). Ошибка по перерасходу ресурсов инструментальной диагностики не наблюдалась.

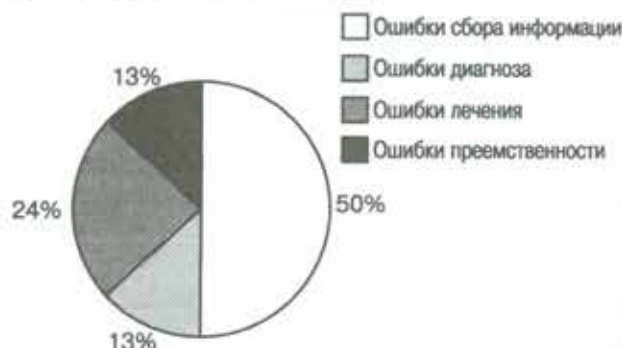


Рис. 2. Структура ошибок руководителей бригад скорой медицинской помощи.

В 13 случаях отмечено отсутствие описания эффекта лечения.

Среди ошибок диагноза подавляющее количество замечаний (91%) относилось к содержанию диагноза, и из них 42% — к содержанию основного диагноза.

Ошибки содержания диагноза, как правило, были связаны с необоснованностью диагноза объективными данными и несоответствием диагноза принятой классификации.

Среди ошибок лечения большинство замечаний экспертов связано с фармакотерапией (89%).

Из них 91% относились к замечаниям по выбору препаратов (приблизительно поровну случаев, когда препараты были назначены, но не нужны, и случаев, когда препараты были нужны, но не назначены). В прочих ошибках оказались лечебные манипуляции (6%), связанные с тем, что не была проведена оксигенотерапия и не использовался небулайзер, а также ошибки транспортировки (не использовалась показанная транспортировка на носилках).

Среди ошибок преемственности 78% были связаны с необходимостью госпитализации пациента и 22% — с отсутствием назначения активного вызова участкового терапевта.

Типичные врачебные ошибки перечислены ниже.

1. Неполный сбор анамнеза (течение заболевания), предшествующего лечению и его эффекта, недостаточное описание жалоб больных, а именно характера и условий их возникновения. Эти ошибки негативно влияют на оказание помощи (в части выбора и оценки лечения).

2. Врачами не используется такой инструментальный метод исследования, как регистрация ЭКГ, для обоснования диагноза, лечения и преемственности.

3. После оказания медицинской помощи не фиксируется ее эффект.

4. Неверно формулируются основной и сопутствующий диагнозы.

5. При проведении лечения используются не показанные препараты.

6. Не назначаются показанные больному препараты.

7. Не используются для лечения пациентов с бронхиальной астмой небулайзерная терапия, при дыхательной недостаточности — оксигенотерапия.

8. При наличии показаний не предлагается экстренная госпитализация.

9. При наличии показаний не назначается активный вызов участкового врача.

Анализ характера причинно-следственных связей врачебных ошибок показал, что количество логически связанных ошибок (сбор информации → диагноз → лечение → преемственность) незначительно (0,1 на 1 случай). Среди них преобладают связанные ошибки двух этапов врачебного процесса, главным образом ошибки сбора информации и диагноза, ошибки сбора информации и лечения. Логически связанных ошибок трех этапов врачебного процесса (сбор информации, диагноз, лечение или преемственность) зарегистрировано не было.

Сравнительный анализ состояния качества медицинской помощи на разных подстанциях ГССМП (рис. 3) показал, что надлежащее КМП было наибольшим на подстанции № 3 (54%), а наименьшим — на подстанции № 2 (17%).

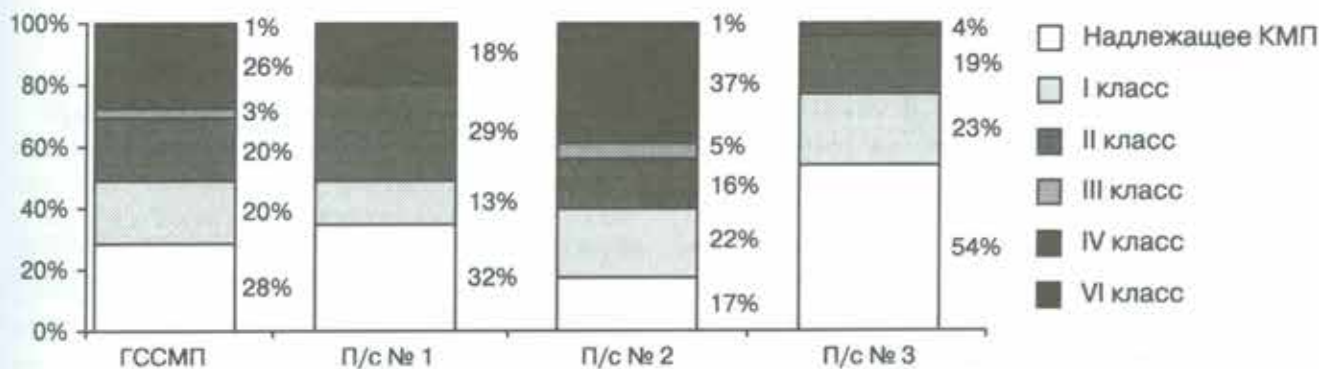


Рис. 3. Структура качества медицинской помощи случаев с повторным обращением по подстанциям станции скорой медицинской помощи г. Тольятти.

Среди случаев ненадлежащего КМП на подстанции № 1 наибольшая доля пришлась на II класс (негативное влияние на оптимальность использования ресурсов и процесс оказания помощи — 29%), на подстанции № 2 — на IV класс (ошибки, влияющие на состояние пациентов —

37%), а на подстанции № 3 — на I класс КМП (ошибки не повлияли на состояние компонентов КМП — 23%).

На подстанции № 2 зафиксирован 1 случай социально значимых последствий ошибок — VI класс ненадлежащего КМП.

Сравнительный анализ КМП на различных подстанциях ГССМП приведен в табл. 1.

Для сравнительного анализа по нозологическому принципу все случаи с повторным вызовом бригады СМП были разбиты на следующие нозологические группы: «Ишемическая болезнь сердца (ИБС)»; «Гипертоническая болезнь»; «Другие заболевания сердечно-сосудистой системы»; «Сосудистые поражения головного мозга»; «Заболевания легких»; «Прочие заболевания и несчастные случаи».

Сравнительный анализ состояния КМП в отдельных нозологических группах показал, что среди 145 проанализированных случаев наибольшая доля надлежащего качества СМП отмечена в группах «Гипертоническая болезнь» — 39%, «Прочие заболевания и несчастные случаи» — 34%, «ИБС» — 28%.

Случаи, когда наиболее значимым следствием ошибок руководителей бригад было негативное влияние на состояние пациентов и оптимальность использования ресурсов и процесс оказания помощи (III–IV классы ненадлежащего КМП), по группам заболеваний распределились в следующем порядке: «Другие заболевания сердечно-сосудистой системы» — 44%, «Сосудистые поражения головного мозга» — 38%, «Про-

чие заболевания и несчастные случаи» — 31%, «ИБС» — 26%.

В одном случае у пациента с ИБС была отмечена высокая вероятность социально значимых последствий ошибок руководителей бригад СМП (VI класс ненадлежащего КМП).

Таблица 1

Количественные показатели состояния качества медицинской помощи в случаях с повторным обращением на Городскую станцию скорой медицинской помощи г. Тольятти по подстанциям

Компоненты качества медицинской помощи	Подстанции ГССМП		
	№ 1	№ 2	№ 3
Риск возникновения врачебных ошибок	2,61	2,52	1,38
Риск ухудшения состояния пациента	0,29	0,63	0,04
Риск социально значимого ухудшения состояния пациента	—	0,01	—
Риск неоптимального использования ресурсов	0,71	0,91	0,31

Что касается показателей состояния компонентов КМП (табл. 2), то наибольший риск возникновения врачебных ошибок (среднее количество ошибок на один случай оказания СМП) был отмечен при оказании помощи больным с сосудистыми поражениями головного мозга (3,25), заболеваниями легких (3,07) и прочими заболеваниями и несчастными случаями (2,72). Риск ухудшения состояния пациентов был наибольшим при оказании помощи больным с сосудистыми поражениями головного мозга (1,00)

был применен один из методов статистического контроля качества — диаграмма Парето.

Несмотря на то, что количественные показатели состояния КМП были худшими в группе сосудистых поражений головного мозга, наибольший вклад в ненадлежащее КМП по ГССМП вносят показатели КМП больным с ИБС, прочими заболеваниями и несчастными случаями и заболеваниями легких (их совокупный вклад составляет 83%). Следовательно, при улучшении КМП в этих трех нозологических группах можно по-

Таблица 2

Количественные показатели состояния качества медицинской помощи по нозологическим формам в случаях с повторным обращением на Городскую станцию скорой медицинской помощи г. Тольятти

Компоненты качества медицинской помощи	Ишемическая болезнь сердца	Гипертензивная болезнь	Заболевания легких	Острое нарушение мозгового кровообращения	Другие заболевания сердечно-сосудистой системы	Прочие заболевания и несчастные случаи
Риск возникновения врачебных ошибок	1,91	1,52	3,07	3,25	2,22	2,72
Риск ухудшения состояния пациента	0,40	0,30	0,28	1,00	0,44	0,59
Риск социально значимого ухудшения состояния пациента	0,02	—	—	—	—	—
Риск неоптимального использования ресурсов	0,70	0,39	0,97	1,50	0,44	0,79

и прочими заболеваниями и несчастными случаями (0,59). Риск социально значимого ухудшения состояния пациентов был отмечен только при оказании помощи больным с ИБС и составлял 0,02. Риск неоптимального использования ресурсов был наибольшим в группах сосудистых поражений головного мозга (1,50) и заболеваний легких (0,97), а в остальных группах различался незначительно.

Для того чтобы определить, какая из нозологических форм заболеваний вносит наиболее значимый вклад в ненадлежащее КМП по ГССМП с учетом ее доли в общей структуре пациентов,

высчитать качество медицинской помощи пациентам, обратившимся на городскую станцию СМП повторно, на 83%.

ВЫВОДЫ

Результаты экспертизы качества медицинской помощи случаев оказания СМП больным и пострадавшим, обратившимся на ГССМП г. Тольятти повторно в июне 2002 г., позволяют сделать следующие выводы.

1. Основным фактором, влияющим на состояние КМП больным и пострадавшим, повторно обратившимся на ГССМП, является работа руко-

водителей выездных бригад. Подавляющее большинство ошибок связано не с невозможностью проведения тех или иных диагностических и лечебных мероприятий, а с невостребованностью реально существующих ресурсов медицинского учреждения.

2. Анализ показателей качества лечебно-диагностического процесса позволяет утверждать, что наилучшие показатели выявляются на подстанции № 3, а наихудшие — на подстанции № 2.

3. Ошибки при оказании помощи в трех нозологических группах («ИБС», «Прочие заболевания и несчастные случаи», «Заболевания легких») на 83% определяют ненадлежащее КМП больным и пострадавшим, повторно обратившимся на ГССМП.

4. Типичными ошибками являются небрежное ведение медицинской документации в части описания анамнеза заболевания, результатов лечения, нерациональное (как правило, неполное) использование средств инструментальной диагностики. Указанные ошибки не оказывают значимого влияния на течение и исход заболевания,

но приводят к неоптимальному использованию ресурсов и создают основания для предъявления претензий со стороны потребителей (пациентов и страховых медицинских организаций) по возмещению материального вреда.

5. Мероприятия по улучшению КМП больным и пострадавшим, повторно обратившимся на ГССМП, в первую очередь должны быть направлены на совершенствование помощи, оказываемой руководителями бригад подстанции № 2 ГССМП; оказываемой группам больных с ИБС, прочими заболеваниями и несчастными случаями и заболеваниями легких.

На основании результатов исследования руководством ГССМП был разработан приказ, в котором предусматривались конкретные меры, направленные на улучшение качества медицинской помощи и снижение количества повторных обращений. Один из пунктов приказа предусматривает повторное проведение экспертизы КМП по этой же методике через определенный период для контроля эффективности управленческих решений и их коррекции при необходимости.

ШИЗОФРЕНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР

И.В.Макаров

*Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия*

© И.В.Макаров, 2003 г.

Клинические варианты шизофрении у детей и подростков достаточно разнообразны и неоднократно описывались различными авторами [1–5]. Далеко не всегда наблюдающаяся у ребенка клиническая картина заболевания требует неотложной госпитализации в психиатрический стационар. Однако отмечаются варианты, когда госпитализация необходима, а помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, уже недостаточна. В этих случаях наиболее целесообразной является экстренная госпитализация больного, в том числе и бригадой скорой психиатрической помощи.

Целью данной работы стала типология клинических вариантов детского типа шизофрении, когда больных направляли в детский психиатрический стационар по экстренным показаниям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным методом было клинико-психопатологическое обследование больного. Для проведения дифференциальной диагностики дополнительно использовались психологическое тестирование, осмотр неврологом, педиатром, окулистом, логопедом, проводились параклинические исследования в условиях стационара. Нами были обследованы 148 больных данной группы в возрасте от 4 до 15 лет, как мальчиков, так и девочек, а также проведен клинический анализ 302 историй болезни (медицинских карт стационарного больного) детей того же возраста, где заключительными клиническими диагнозами были «Шизофрения, детский тип» или «Ранняя детская шизофрения». Данные пациенты находились в стационарных отделениях Центра вос-

становительного лечения «Детская психиатрия» в разное время в течение десятилетнего периода с 1992 по 2001 гг. Согласно МКБ-10, код диагноза соответствовал рубрикам F20.8063, F20.8143, F20.8263 и F20.8963.

Таким образом, зарегистрированы непрерывный тип течения, эпизодический со стабильным дефектом и эпизодический с нарастающим дефектом. Средний возраст начала развития данного типа психоза составил $5,5 \pm 0,9$ года.

Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 5.0» на персональном компьютере.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было выделено шесть основных клинических вариантов детского типа психоза, характеристика которых приведена ниже.

Вариант с полиморфной симптоматикой

В клинической картине заболевания у этих больных отмечаются нарастающая замкнутость, потеря друзей, они становятся безынициативными, часто «кривляются» в школе (детском саду) и дома, появляется нелепый смех, идеи отношения или отрывочные идеи преследования со стороны родных или знакомых, реже незнакомых людей. Могут наблюдаться также транзиторные кататонические явления в виде мимолетных застываний в однообразной позе, своеобразной прыгающей походки, нелепых гримас, внезапных и беспричинных приступов психомоторного возбуждения со стереотипными движениями, эхосимптомами (повтор как слов, так и действий окружающих).

Отмечаются также эпизоды галлюцинаторных переживаний: чаще слуховые или зрительные псевдогаллюцинации, реже истинные зрительные, слуховые, обонятельные и иные виды галлюцинаций. Галлюцинаторные эпизоды практически всегда оказываются нестойкими, быстро исчезают, часто вскоре сменяются новыми, уже другими, такими же транзиторными. Так, например, больной утверждает, что у него в голове «бьется зайчик», который «кричит, приказывает думать». Можно было бы ожидать развития галлюцинаторно-бредового синдрома, однако, уже через три дня мальчик с облегчением замечает, что «зайчика больше нет, он разможился». В некоторых случаях наблюдается факультативная (дополнительная) симптоматика в виде деперсонализационных переживаний,

имеющих нестойкий характер: больной утверждает, что он «раздвоился», «одна половина черная, какая-то словно не моя», при этом две недели спустя говорит о том, что этого «не было, а может, забыл».

Клинический вариант детского типа психоза, протекающий с преобладанием полиморфной симптоматики, является, как правило, злокачественным, так как в дальнейшем быстро формируется выраженный дефект, когда на первый план в клинической картине заболевания выступают снижение интеллекта, грубые эмоционально-волевые расстройства, приступы психомоторного возбуждения.

Вариант с преобладанием негативной симптоматики и снижением интеллекта

В клинической картине данного варианта психоза на первый план выступают нарастающая замкнутость, отгороженность от окружающих, утрата интереса к игрушкам, книгам, быстрое снижение интеллекта, приступы психомоторного возбуждения, агрессия. Грубые эмоционально-волевые расстройства и олигофреноподобный дефект формируются обычно в течение 1–2 лет. Начало заболевания приходится на дошкольный возраст: по нашим данным, средний возраст начала развития психоза равен $3,7 \pm 0,6$ года. В ряде случаев такие больные наблюдаются с диагнозом «Умственная отсталость», в связи с чем требуется внимательный анализ данных анамнеза и психического состояния ребенка на момент обследования.

Одной из разновидностей данного варианта детского типа психоза является подвариант, когда к негативной симптоматике и интеллектуальному снижению присоединяются нелепые, труднообъяснимые поступки и (или) избирательная немотивированная жестокость по отношению к отдельным членам семьи или домашним животным. Проявления жестокости связаны преимущественно с нарушением влечений и склонны к повторению в том или ином виде и в дальнейшем.

Вариант с преобладанием в клинической картине нелепых страхов

У больных с данным вариантом детского типа психоза наряду с общими для всей группы симптомами наблюдаются различные как дневные, так и ночные страхи. От этих детей можно услышать, что им постоянно снятся «страшные сны», «вещие и неприятные сны», они боятся

«чего-то в голове», того, что на них «что-то напирает». Так, один из пациентов заявил, что ему часто бывает страшно из-за того, что у него «всезиженная болезнь»; другая больная наряду с жалобами на «плохие сны» рассказала о том, что боится колготок, так как сама же называет их «човлочками», а также боится II и IV пальцев на руках, так как каждый из пальцев называется «бетончек». Следует отметить, что для больных этой группы характерно использование достаточно большого количества неологизмов и высказываний, когда смысл понятен лишь самому ребенку. Часто при этом дети боятся придуманных ими слов или словосочетаний.

Наблюдается также обратная картина, когда свои страхи больные называют по-особому и в дальнейшем боятся этих названий. В ряде случаев дети боятся собственных фантазий, причем, как правило, фантазировать не прекращают. В подобных случаях речь идет о достаточно ярких визуализированных и вербализированных представлениях у больных с выраженными эйдектическими способностями. При утрате контроля над собственными фантазиями можно говорить о возникновении галлюцинаций воображения Дюпре, носящих по преимуществу устрашающий характер.

Вариант с преобладанием патологических увлечений и фантазий

Для данного варианта детского типа шизофрении характерно наличие в клинической картине заболевания (наряду с общей симптоматикой) различных увлечений (хобби), которые полностью овладевают больным, требуя значительных затрат сил и времени. Как правило, подобные увлечения оказываются оторванными от реальности, не приводят к каким-либо школьным или иным успехам, а наоборот, ведут к ухудшению успеваемости и снижению продуктивности в других видах деятельности. Такие больные могут часами и днями вычерчивать схемы городов, маршрутов транспорта, составлять географические карты, атласы, различные меню или расписания предстоящих театральных премьер.

Подобные хобби сопровождаются массивным фантазированием, поглощающим почти все мысли больного. Одновременно с этим, как и при других вариантах детского типа шизофрении, с той или иной частотой в клинической картине заболевания наблюдаются дурашливость, отдельные отрывочные обманы восприятия, приступы психомоторного возбуждения. Нарас-

тают эмоционально-волевые расстройства, аутистические проявления.

Как правило, указанные патологические увлечения и фантазии имеют сверхценный характер. В ряде случаев можно говорить о бредоподобном характере увлечений такого ребенка, так как наряду с полным отсутствием критики, охваченностью (одержимостью) увлечением, поведение становится подчиненным преобладающей идее, а само увлечение отличается нелепостью, заметной для всех окружающих.

Вариант с преобладанием игровых перевоплощений

Для больных данной группы характерно наличие в клинической картине заболевания утверждений, что они являются каким-либо животным, сказочным персонажем или, реже, неодушевленным предметом. Еще более редким вариантом является перевоплощение в другого человека (мы наблюдали это в одном случае). Так, девочка 10 лет стала говорить о том, что теперь она — это не она, а «Тим Яковлевич Мебель», просила называть ее именно так, по имени-отчеству. Объяснений произошедшим с ней переменам не давала, отметила лишь, что она изменилась навсегда. Подобная симптоматика наблюдалась нами в течение нескольких месяцев и затем редуцировалась под влиянием проводимой нейрорелептической терапии, когда больная стала вновь называть себя своим именем.

Наиболее частым вариантом игровых перевоплощений является «превращение» ребенка в одно из домашних животных: собаку, кошку, черепаху, домашнюю птицу. При этом больной начинает вести себя соответственно произошедшим «переменам» лаять, мяукать, бегать на четвереньках, шипеть, есть из миски и т.д. Попытки родителей наказать такого ребенка или заставить его вести себя «правильно» не дают результата, а наоборот, вызывают агрессию, возбуждение, иногда — усиление симптомов перевоплощения. В случае перевоплощения в неодушевленный предмет больной заявляет, что он — это кресло, стол, табурет (как правило, предметы мебели). Один из наших пациентов утверждал, что отныне он — торшер, а источником света являются его глаза, если надавить ему в область носа.

На наш взгляд, подобная симптоматика является скорее не деперсонализационной, а бредоподобной, так как соответствует по своим параметрам основным критериям бреда и, соответственно, во всех случаях не приходится наблюдать

критического отношения самого больного и характерных для деперсонализации субъективных переживаний. Вероятно, в подобных случаях можно говорить о бредовой (бредоподобной) деперсонализации как особом варианте деперсонализационного синдрома в детском возрасте.

Вариант с преобладанием явлений кататонической симптоматики

У больных данной группы наряду с явлениями дурашливости, снижением интеллекта в случае раннего начала шизофренического процесса, различных страхов или отдельных обманов восприятия, структурных нарушений мышления наблюдается преобладание кататонической симптоматики в клинической картине заболевания. У таких детей отмечаются внезапные приступы стереотипного и беспричинного двигательного возбуждения, они начинают хлопать в ладоши, бегать по кругу, рвать и разбрасывать бумагу, вещи, хлопают себя руками по телу. Наблюдаются также элементы восковой гибкости, больной может застыть в однообразной позе на несколько минут, повторяет слова и действия окружающих, однообразно выкрикивает одни и те же слова.

При данном варианте детского типа шизофрении кататоническая симптоматика у одних детей наблюдается в течение нескольких дней и затем исчезает, повторяясь вновь через какое-то время, у других — нескольких недель, являясь явно преобладающим симптомокомплексом на все время своего существования. При исчезновении кататонических симптомов на первый план выступают грубые эмоционально-волевые рас-

стройства и, как правило, снижение интеллекта (олигофреноподобный дефект).

ВЫВОДЫ

Может быть выделено шесть основных клинических вариантов детского типа шизофрении, когда еще на догоспитальном этапе необходимо решение вопроса о направлении больного в стационар. В случае выраженных проявлений клинической картины любого из указанных вариантов ребенок должен быть госпитализирован по экстренным показаниям:

- 1) вариант с преобладанием в клинической картине полиморфной симптоматики;
- 2) вариант с преобладанием в клинической картине негативной симптоматики и снижением интеллекта;
- 3) вариант с преобладанием в клинической картине нелепых страхов (в том числе ночных);
- 4) вариант с преобладанием в клинической картине патологических увлечений и фантазий;
- 5) вариант с преобладанием в клинической картине игровых перевоплощений;
- 6) вариант с преобладанием явлений кататонической симптоматики.

Конечно, выделенные клинические варианты детского типа шизофрении не являются совершенно статичными. Наблюдаются смешанные подтипы или переход одного клинического варианта в другой. Тем не менее проведенная систематика детского типа шизофрении позволяет врачу определить как тактику действий еще на догоспитальном этапе, так и дальнейшую лечебно-реабилитационную стратегию в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1989. — 256 с.
2. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. Особенности клиники и течения. — М.: Медицина, 1971. — 128 с.
3. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина, 1989. — 216 с.
4. Мамцева В.Н. Шизофрения // Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1979. — С. 330–376.
5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — Т. 1. — М.: Медгиз, 1955. — С. 360–397.

ИЗМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БРИГАДАМИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

А.Ю.Корк

Станция скорой медицинской помощи, Лаборатория «Медленноволновые процессы гемодинамики»,
ЮУНЦ РАМН, г. Челябинск, Россия

© А.Ю.Корк, 2003 г.

В последние годы в Челябинске увеличивается количество вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП), а также число больных и пострадавших, находящихся в тяжелом состоянии. Возросла летальность, в том числе досрочная в стационарах. За 3 года в Металлургическом районе г. Челябинска из всех госпитализированных бригадами СМП пациентов, скончавшихся к исходу первых суток, от 20% до 28% умерли в течение первого часа после поступления в стационар. У значительной части этих пациентов до госпитализации отмечались стабильные показатели гемодинамики.

Транспортировка — это эмоциональный стресс, вибрация, перекалывание, ортостатические нагрузки, воздействие холодового фактора, поэтому она не может не отягощать состояние пациентов. В литературе отсутствуют сведения о влиянии процесса транспортировки на изменения показателей гемодинамики.

Мониторирование показателей гемодинамики является единственно возможным методом объективной оценки и непрерывного контроля состояния пациента. Нарушения регуляции кровообращения проявляются раньше клинических маркеров ухудшения состояния пациентов, поэтому прогностически очень ценны [1].

Снижение ударного объема сердца (УО) является независимым фактором ухудшения состояния пациента. Снижение УО — один из первых признаков гиповолемии и недостаточного венозного возврата крови к сердцу. При этом центральная пульсация тесно связана с периферической, снижение которой также является фактором риска развития синдрома полиорганной недостаточности и даже смерти [2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На станции СМП г. Челябинска с помощью технологии «Кентавр» проведено исследование системной гемодинамики у 61 больного при транспортировке в стационар. Исследовали величину УО, минутного объема кровообращения (МОК), фракции выброса (ФВ), амплитуду магистрального и капиллярного кровотока, артери-

альное давление, ЧСС; сравнивали как абсолютные значения показателей, так и результаты их спектрального анализа. Средний возраст больных составил 59,5 года. Исследование проводили не менее двух раз: исходно, после медикаментозной подготовки больного к транспортировке и в приемных отделениях стационаров.

При сортировке больных по ведущему клиническому синдрому было сформировано 4 группы.

1-ю группу составили 24 больных с острой левожелудочковой недостаточностью, вызванной инфарктом миокарда, нарушениями сердечного ритма, пороками сердца и другими причинами.

Во 2-ю группу вошли 13 больных с гиповолемией, обусловленной острой кровопотерей, эксикозом.

3-ю группу составили больные с острой дыхательной недостаточностью II–III степени, вызванной бронхообструктивным синдромом, асфиксией, аспирацией, травмой грудной клетки. 4 больным проводилась искусственная или вспомогательная вентиляция легких.

4-я группа была сформирована из 12 больных с поражением ЦНС (ЧМТ, постгипоксическая энцефалопатия, менингит, отравление психотропными ядами), 5 из них находились в коме.

Все больные до транспортировки получали лечение, транспортировку осуществляли на носилках, среднее время транспортировки составило 17,5 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ изменений показателей гемодинамики у обследуемых пациентов выявил общие закономерности.

Исходно низкий УО в ходе транспортировки продолжал достоверно снижаться. Спектральный анализ Фурье показал смещение спектра УО в медленную сторону (F_m 0,22 Гц), что свидетельствовало об опасном истощении резервов объемной регуляции. В ходе транспортировки не наступало положительных сдвигов объемной регуляции, и частота середины спектра УО достоверно уменьшалась до 0,19 Гц.

Исходное состояние барорегуляции характеризовалось выраженным напряжением (мощность спектра АД [Power] — 89,36; середина спектра АД [Fm] — 0,068 Гц). Регуляция фракций выброса, ритма сердца и периферической пульсации также характеризовалась напряжением регуляторных систем.

Больные с сердечной недостаточностью исходно отличались значительным напряжением регуляции ФВ по мощности спектра колебаний, смещением спектра колебаний УО и ФВ в сторону гуморально-метаболического диапазона, напряжением регуляции ЧСС, которая в ходе транспортировки сохраняла тенденцию к увеличению. В процессе транспортировки отмечалось достоверное увеличение артериального давления, уменьшение УО и МОК, снижение амплитуды центральной и периферической объемной пульсации крови.

У больных с гиповолемией исходные показатели УО были снижены, отмечалось истощение регуляции ОЦК (однонаправленное снижение мощности и середины спектра). Помимо восполнения ОЦК до и во время транспортировки, наблюдалось увеличение УО и общей мощности спектра. У этой категории больных, в отличие от остальных, удавалось обеспечить увеличение амплитуды периферической пульсации, в остальных группах отмечалось усугубление централизации кровообращения. Одновременно с этим происходило перераспределение мощности колебаний из гуморально-метаболического диапазона в сторону объемной и барорегуляции фракций выброса, ЧСС, УО, центральной и периферической пульсации.

У больных с расстройствами дыхания в процессе транспортировки на 43% уменьшился

УО. Снижались исходно низкие показатели периферической пульсации. Пациенты с ОДН заметно выделялись напряжением барорегуляции по увеличению мощности спектра и смещению середины спектра АД в медленную сторону, а также более значительным напряжением ритма сердца.

В группе пациентов с патологией ЦНС наблюдали сдвиг середины спектра УО в медленную сторону, что свидетельствовало о значительном истощении регуляции объема.

ВЫВОДЫ

1. Транспортировка больных с сердечной недостаточностью неблагоприятно влияет на регуляцию сократимости миокарда и сердечного ритма, достоверно уменьшает ударный и минутный объем, амплитуду центральной и периферической объемной пульсации. Этой группе больных требуется проведение инотропной поддержки во время транспортировки.
2. Транспортировка больных с дыхательными расстройствами проходит при чрезвычайном напряжении барорегуляторных механизмов, сопровождается снижением производительности сердца, амплитуды центральной и периферической пульсации и требует активной респираторной поддержки на догоспитальном этапе.
3. При гиповолемии, которая сопровождается истощением объемной регуляции, адекватная инфузионная терапия позволяет сохранить и даже улучшить показатели производительности сердца, периферической перфузии, благоприятно влияя на регуляцию объема.
4. Состояние объемной регуляции и барорегуляции могут являться объективными маркерами тяжести состояния пациентов и эффективности проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов А.А. Физиологические основы биоимпедансного мониторинга гемодинамики в анестезиологии (с помощью системы «Кентавр»): В 2 тт. — Челябинск, 1996.
2. Астахов А.А. Медленноволновые процессы гемодинамики // Колебательные процессы гемодинамики. Пульсация и флуктуация сердечно-сосудистой системы: Сб. науч. тр. Первого Всероссийского симпозиума. — Миасс, 2000.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А.Г.Альмамбетов

Алматинская многопрофильная клиническая больница, Казахстан

© А.Г.Альмамбетов, 2003 г.

Целью исследования явилось изучение содержания гемоглобина, карбоксигемоглобина (HbCO), метгемоглобина (MetHb) и конечного продукта оксида азота — нитритов — в крови пациентов группы риска развития рецидива кровотечения.

Основную группу составили 56 больных, которым выполнены хирургические вмешательства, из них 17 (30,4%) были оперированы в 1-е сутки от момента поступления на фоне продолжающегося язвенного кровотечения. Вследствие неэффективности консервативной гемостатической и противоязвенной терапии и высокого риска рецидива язвенного кровотечения или по поводу рецидива язвенного кровотечения на фоне проводимой консервативной терапии 39 (69,6%) больных были оперированы на 1–3-и сутки от момента поступления. У данной группы больных исследования крови проводились на 2-е, 4-е и 7-е сутки от момента поступления.

Группу риска составил 61 больной, которому на момент поступления оперативное вмешательство не было показано. В данной группе кровь исследовали на момент поступления в стационар, однако следует отметить, что 21 (34,4%) пациент впоследствии был оперирован по срочным показаниям. Для выяснения характера и последовательности изменения содержания нитритов в зависимости от концентрации HbCO и MetHb нами проведена оценка данных по сравнению с контрольной группой.

Использовались спектрофотометрические методы определения содержания HbCO, MetHb, нитритов.

В крови больных группы риска отмечено снижение содержания гемоглобина на 8% ($p < 0,05$), увеличение концентрации HbCO до $4,2 \pm 0,21\%$ ($p < 0,05$) и MetHb — на 43% ($p < 0,01$).

После операции на 2-е сутки установлено достоверное снижение содержания гемоглобина на 58% ($p < 0,001$), при этом концентрация HbCO

возросла в 2 раза ($p < 0,001$) по сравнению с показателями контрольной группы.

Возрастание концентрации MetHb обуславливает, в дополнение к другим осложнениям, существенные затруднения с кислородным обеспечением тканей. Кроме того, нарушение образования NO (о чем свидетельствует увеличение концентрации MetHb) сказывается на секреторной функции желудка, на возникновении и заживлении эрозий и язв.

На 4-е сутки концентрация гемоглобина достоверно возросла на 11% ($p < 0,05$) по сравнению с установленной на 2-е сутки, но в сравнении с данными контрольной группы этот показатель был снижен в 2 раза.

В содержании нитритов на 4-е сутки достоверных различий в сравнении с показателями 2-х суток не выявлено, хотя по отношению к данным контрольной группы оно было выше на 36%.

На 7-е сутки концентрация гемоглобина повысилась до $87,5 \pm 4,5\%$; содержание HbCO снизилось до $4,6 \pm 0,3\%$. Выявлено снижение концентрации MetHb. Содержание нитритов составило $2,3 \pm 0,05$ мкг/мл, превышая на 7-е сутки контрольные значения на 21%.

Таким образом, у больных после операции по поводу желудочного кровотечения наблюдается избыточное накопление карбокси- и метгемоглобина, повышенное содержание нитритов. Частичное восстановление этих показателей происходит на 7-е сутки.

Как известно, кровотечения, наблюдающиеся у этих больных, могут объясняться многими причинами, в том числе повреждением сосудистой стенки. Патологическим стимулом, способным нарушить метаболическую функцию эндотелия, может быть увеличение содержания карбокси- и метгемоглобина, а также нитритов.

Для профилактики рецидива кровотечения, а также в раннем послеоперационном периоде в комплексную терапию необходимо включать антиоксиданты и антигипоксанты.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А.Г.Альмамбетов

Алматинская многопрофильная клиническая больница, Казахстан

© А.Г.Альмамбетов, 2003 г.

Язвенное кровотечение изучалось на материале 714 историй болезней, из них рецидив кровотечения отмечен у 58 (8,1%) больных. По экстренным и срочным показаниям выполнено 370 (51,8%) оперативных вмешательств. Общая летальность составила 10,1%, послеоперационная летальность — 14,1%. При рецидиве кровотечения после операций умерли 27,6% больных.

Для статистической обработки случаев язвенного кровотечения нами была разработана анкета, состоящая из 38 вопросов, включающая в себя анамнез, клиническую картину язвенного кровотечения, лечебную тактику и исход заболевания.

Для прогнозирования риска развития рецидива кровотечения была предпринята попытка построить его регрессионную модель.

Уравнение множественной линейной регрессии риска развития рецидива язвенного кровотечения:

$$r = 0,04 - 0,033x_1 + 0,013x_2 + 0,121x_3 - 0,026x_4 - 0,018x_5 - 0,013x_6,$$

или

$$r = 3 - 2,5x_1 + x_2 + 9x_3 - 2x_4 - 1,3x_5 - x_6,$$

где r — риск развития рецидива кровотечения; x_1 — возраст; x_2 — анемия; x_3 — характер язвенного кровотечения; x_4 — глубина язвы; x_5 — сопутствующие заболевания; x_6 — срок поступления.

Наименьший риск развития рецидива кровотечения при $r = 5,0$, высоким риском развития рецидива кровотечения будет считаться приближение значения коэффициента r к 24,7.

Значение полученного при вычислении коэффициента r характеризует прогноз риска развития рецидива кровотечения, что в конечном итоге определяет лечебную тактику и влияет на результаты хирургического лечения.

Применение математического моделирования для создания индивидуального прогноза риска развития рецидива язвенного кровотечения является вполне оправданным и в достаточной мере объективным. Отличительной особенностью данного метода является исключение возможности произвольной трактовки данных о тяжести состояния больного.

Объективный подход к оценке тяжести состояния больного, осуществляемый в ходе математического моделирования, позволяет более дифференцированно подойти к выбору лечебной тактики при остром гастродуоденальном кровотечении. Предлагаемая формула индивидуального прогнозирования проста и удобна в применении, требует минимального обследования, значительно сокращает время для определения лечебной тактики.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

А.С.Багдасарьян, И.Д.Мирошников, А.Н.Редько

Краснодарский городской центр скорой медицинской помощи,
Кубанская государственная медицинская академия, г. Краснодар, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Процесс становления новых социально-экономических отношений в Российской Федерации привел к значительному ухудшению состояния здоровья населения. Особенно резко негативные процессы отразились на материальном благосостоянии и системе социального и медицинского обеспечения жителей села.

Это особенно важно для таких регионов, как Краснодарский край. В настоящее время в крае насчитывается 47 административных территорий, на которых проживают 5044,8 тыс. человек. И если в Российской Федерации в целом количество сельского населения составляет 26%, то в крае — свыше 47%.

Изменение условий оказания медицинской помощи отразилось и на организации скорой медицинской помощи (СМП). Сокращение объемных и качественных показателей работы амбулаторно-поликлинической службы в результате действия широкого круга факторов привело к росту среднекраевого показателя количества вызовов бригад СМП на 1000 населения за 1999–2001 гг. на 33,3% (с 318,6 до 424,8; $p < 0,001$). При этом количество госпитализаций увеличилось на 6,8% (с 210,6 до 225,0; $p < 0,001$). Служба СМП края насчитывает 14 станций и 33 «головных» отделения СМП, на которых круглосуточно работают 131 врачебная, 53 специализированных и 297 фельдшерских бригад, осуществляющих ежегодно свыше 2 млн вызовов.

Вопросы организации СМП населению региона неоднократно обсуждались на коллегиях департамента здравоохранения Краснодарского края, и в 2001 г. для совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению было принято решение о разработке организационно-методического обеспечения системы управления службой СМП края. В соответствии с этим решением был организован краевой организационно-методический отдел «Скорая медицинская помощь». Этот отдел, созданный на базе Краснодарского городского Центра СМП, объединившего городскую станцию СМП и стационар СМП на 1085 коек, стал «стержнем» создаваемой

системы управления службой. За непродолжительное время удалось получить большое количество необходимой информации и детально проанализировать состояние службы СМП в крае.

В 2002–2003 гг. были проведены краевые совещания-семинары представителей служб СМП. В 2001 г. при кафедре поликлинической терапии Кубанской медицинской академии был создан курс «Скорая медицинская помощь», на котором повышают свою квалификацию врачи станций (отделений) СМП края. В 2002 г. нами был разработан и издан «Классификатор краткий справочник причин обращения населения за скорой медицинской помощью» — адаптированный вариант МКБ 10-го пересмотра. Адаптированы и внедрены на территориях 2 варианта «карты вызова» — для городов и сельских районов; критерии, методики расчетов основных показателей и оценки работы линейных бригад СМП.

К сожалению, в работе службы СМП края еще имеется большое количество нерешенных проблем. Крайне низок материально-технический уровень. На 15 территориях, где проживает 35,7% населения края, в службе СМП работают только фельдшерские бригады. На 14 территориях (20,8% населения) количество вызовов на 1000 населения составляет от 500 до 777, что, по всей видимости, не отражает истинной потребности в оказании СМП и нуждается в дальнейшем углубленном изучении.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В г. САМАРКАНДЕ

С.С.Бакиев, Р.А.Содилов, Т.Я.Сидиков

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

© Коллектив авторов, 2003 г.

За прошедшие десятилетия в Узбекистане организационные формы, структура и содержание работы учреждений СМП изменялись и совершенствовались. Согласно Указу Президента Республики Узбекистан, в 2002 г. впервые на базе Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи создано новое отделение — координационно-диспетчерская служба (КДС).

При анализе работы СМП отмечено, что больше всего вызовов наблюдалось в первых кварталах 2002 и 2003 гг. (22 346 и 18 600 соответственно при населении г. Самарканда 504,5 тыс. человек).

Больше всего безрезультатных вызовов (16,9%) наблюдалось во II квартале 2002 г., меньше всего — в I квартале 2003 г. (11,6%).

Задержка направления бригад СМП во II квартале 2002 г. составила 6,3%, а в I квартале 2003 г. — 0,3%.

С созданием КДС количество повторных вызовов снизилось с 2% в 2002 г. до 0,9% в I квартале 2003 г.

Частота случаев экстренной госпитализации после организации КДС увеличилась в I квартале 2003 г. до 24,6% по сравнению с 14,2–20% в 2002 г.

Частота случаев проведения лечебных мероприятий на догоспитальном этапе после создания КДС возросла с 81,3–86,4% в 2002 г. до 91,7% в I квартале 2003 г.

Таким образом, создание КДС повысило качество работы службы СМП.

СТРУКТУРА КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.С.Бакиев, Р.А.Содилов, Т.Я.Сидиков

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

© Коллектив авторов, 2003 г.

За последние годы органы здравоохранения Узбекистана осуществили ряд мероприятий по совершенствованию и дальнейшему развитию службы скорой медицинской помощи (СМП). Значительно расширена сеть станций СМП, проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы. Однако состояние службы СМП в г. Самарканде диктует необходимость ее дальнейшего технического перевооружения, подготовки кадров и повышения их квалификации, изменения системы управления. Ощущается острая потребность в новых научно обоснованных рекомендациях по рациональной организации работы и перспективному планированию всех звеньев СМП.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 10.11.1998 г. № УП 2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» в 1999 г. созданы Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его филиалы во всех областях Республики Узбекистан. В соответствии с приложением № 8 к Указу в 2002 г. на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП создано новое отделение — координационно-диспетчерская служба (КДС).

Целью создания координационно-диспетчерской службы является организация и координация работы в сфере оказания экстренной медицинской помощи населению.

Задачами КДС являются сокращение времени прибытия бригад; уменьшение количества необоснованных вызовов; повышение качества предоставляемой помощи; централизация управления; обеспечение преемственности в лечении больных; автоматизация обработки вызовов.

В состав КДС входят подстанции скорой медицинской помощи, диспетчерская СМП и санитарной авиации, штаб по чрезвычайным ситуациям (ЧС), служба специализированных бригад СМП, медицинский склад ЧС.

За деятельность КДС отвечает заведующий, который подчиняется директору Центра и заместителю директора по СМП и санитарной авиации. Заведующему КДС подчиняются контрольно-линейная служба и склад ЧС. На складе ЧС имеется необходимый запас медикаментов, перевязочных материалов и медицинских упаковок (противошоковый, травматологический, ожоговый и т.д.). Контрольно-линейная служба осуществляет контроль выезда и качества работы линейных и специализированных бригад СМП. Заведующий КДС руководит деятельностью подстанции СМП, диспетчерской СМП, диспетчерской санитарной авиации и специализированных бригад.

Созданная служба КДС позволила централизовать управление работой служб экстренной медицинской помощи.

15 ЛЕТ СЛУЖБЕ ОПОВЕЩЕНИЯ О ГЕЛИОГЕОМАГНИТНОЙ ОБСТАНОВКЕ В г. СВЕРДЛОВСКЕ (ЕКАТЕРИНБУРГЕ)

В.И.Белокриницкий, Р.Г.Бикмухаметова, В.А.Фиалко, Е.Д.Рожественская, О.П.Пыльская

Городская станция скорой медицинской помощи, Уральская государственная медицинская академия, Уральский государственный университет, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Научные исследования, проводимые в области гелиобиологии, свидетельствуют о большой экологической роли гелиогеофизических факторов.

Получены убедительные данные, дающие основания полагать, что слабые геомагнитные возмущения с 27-дневной цикличностью играют роль генератора биологических ритмов, а спора-

дически возникающие магнитные бури, следующие за вспышками на Солнце, следует рассматривать как помехи, которые нарушают регуляцию физиологических процессов.

Здоровый человек, писал А.Л.Чижевский, обычно не чувствует действия солнечных излучений. Но помимо его воли физиологические ме-

ханизмы реагируют на некоторые эти влияния изменением реактивности нервной или сердечно-сосудистой системы.

В Екатеринбурге эти исследования начались с работ профессора Е.Д.Рожественской в начале 70-х годов прошлого столетия.

Данные, полученные на клиническом материале, затем были дополнены за счет обширного банка данных станции скорой медицинской помощи (СМП).

Анализ 2000 карт вызова специализированных бригад СМП позволил выявить корреляционную зависимость между среднедневным показателем (СДП) частоты развития острых инфарктов миокарда (ИМ) и данными о геомагнитных возмущениях. Наибольшее количество случаев ИМ приходилось на первые трое суток от момента развития бури.

Оказалось, что больные с наиболее тяжелыми вариантами течения ИМ преобладали в последней декаде марта — 58%, против 34% в последней декаде сентября. Количество осложнений ИМ составило 50,2% в марте и 42% — в сентябре.

Среднедневной показатель ИМ в зоне магнитной бури составил 0,47 против 0,11 в «магнито-

спокойные» дни. Отек легких наблюдался с частотой соответственно 0,60 и 0,30.

В результате анализа полученных данных стала очевидной целесообразность организации службы оповещения о неблагоприятной гелиогеомагнитной обстановке не только медицинских учреждений, но и населения. Впервые в стране такая информация стала регулярно публиковаться с января 1986 г. В дни с повышенным риском больным рекомендуется не пропускать прием медикаментов, избегать излишней физической и эмоциональной активности.

С 1983 г. диспетчерская Городской станции СМП перешла на использование системы ADIS. Это дает возможность несколько раз в течение суток получать оперативную информацию, необходимую для четкой работы службы СМП.

Таким образом, вслед за резкой сменой гелиогеомагнитной обстановки у больных в зависимости от степени нарушения системы адаптации происходит либо усугубление патологических сдвигов — вплоть до развития неотложных состояний, либо имеет место предельная мобилизация адаптационных механизмов.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

А.А.Бойков, А.З.Ханин

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

© А.А.Бойков, А.З.Ханин, 2003 г.

В Приказе Минздрава Российской Федерации от 14.08.2002 г. № 265 говорится: «Организационно-методический отдел является структурным подразделением станции скорой медицинской помощи административного центра (республика, край, область, округ) субъекта Российской Федерации» (приложение 1). Соответствующим распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга на оргметодотдел Городской станции скорой медицинской помощи возложены функции организационно-методической работы со станциями и отделениями скорой медицинской помощи всех административных районов Санкт-Петербурга.

Основываясь на результатах многолетней практики, мы определили необходимость организационно-методической работы по следующим направлениям:

1. Разработка концепции развития службы скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.
2. Разработка городских целевых программ («Совершенствование службы скорой медицинской помощи на период до...», «Оперативная связь», проекты по телемедицине и т.п.).
3. Получение и анализ статистических данных, составление справок и отчетов.
4. Разработка нормативных документов (положений, инструкций).
5. Подготовка приказов и распоряжений.
6. Участие в проектировании и совершенствовании автоматизированной системы обработки вызовов (АСОВ-03).
7. Разработка оснащения бригад скорой медицинской помощи (требования к автомобилям скорой медицинской помощи и их оснащению).

8. Разработка системы контроля качества скорой медицинской помощи.
9. Подготовка заседаний и совещаний.
10. Планирование работы станции скорой медицинской помощи. Составление годового и месячных планов.
11. Планирование и осуществление повышения квалификации медицинских работников.
12. Обобщение опыта работы.
13. Подготовка и участие в научно-практических конференциях.
14. Создание учебных пособий.
15. Учет и разбор жалоб, подготовка проектов ответов.
16. Участие в работе клинико-экспертной комиссии.
17. Посещение станций, подстанций и отделений СМП.
18. Участие в комплексных проверках станций, подстанций, отделений СМП.
19. Внесение предложений по совершенствованию деятельности службы скорой медицинской помощи.
20. Участие в работе Координационного совета по скорой помощи при Комитете по здравоохранению.

21. Участие в работе проблемной комиссии № 3 НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе.

22. Взаимодействие с научным отделом организации скорой помощи НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе и с кафедрой неотложной медицины СПбМАПО.

23. Под руководством Комитета по здравоохранению нашим отделом осуществляется организационно-методическая помощь отделениям СМП при поликлиниках и пригородным станциям СМП.

Мы полагаем, что организационно-методическую работу на всей территории субъекта Российской Федерации возможно осуществлять при следующих условиях:

— наличие нормативных документов, определяющих функции, права и обязанности оргметодотдела;

— наличие необходимого штата сотрудников оргметодотдела Станции скорой медицинской помощи административного центра субъекта Российской Федерации;

— наличие действенной системы связи между оргметодотделом и станциями (отделениями) скорой медицинской помощи административных районов.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ОДИН ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ВАРИАНТОВ МНОГОЭТАПНОЙ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

А.В.Бушуев, В.А.Фиалко, В.И.Белокриницкий

Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Отличительной особенностью специализированной службы скорой медицинской помощи (СМП) Екатеринбурга с начала ее организации в 1960 г. были поиски самостоятельных путей развития. Наиболее значимыми были следующие направления:

- 1) улучшение результатов оказания СМП, предупреждение развития осложнений;
- 2) проведение научно-практических исследований по СМП;
- 3) подготовка кадров СМП;
- 4) создание специализированных бригад, потенцирующих организацию соответствующих отделений в стационарах.

В 1997–1998 гг. на Городской станции СМП Екатеринбурга была проведена реорганизация специализированных бригад.

Были созданы два анестезиолого-реанимационных отделения: АРО-1 — для оказания помощи больным с острыми сердечно-сосудистыми нарушениями; АРО-2 — для оказания помощи больным и пострадавшим, которым требуется протезирование жизненно важных функций организма, детоксикация.

Была организована служба экспертизы терминальных состояний.

Следующим этапом развития специализированной службы СМП может стать создание науч-

но-производственного объединения (НПО), состоящего из организационно-методического отдела, специализированных служб СМП, специализированных стационарных центров, кафедр Уральской государственной медицинской акаде-

мии, предприятий города, выпускающих медицинскую аппаратуру.

Организацию НПО СМП следует рассматривать как новый этап развития специализированной скорой медицинской помощи.

ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.М.Годлевская, О.Л.Рытенкова

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Россия

© Н.М.Годлевская, О.Л.Рытенкова, 2003 г.

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.03.1999 г. № 100 наряду с организацией оказания своевременной медицинской помощи заболевшим, находящимся вне лечебных учреждений, одной из основных функций станции (отделения) скорой медицинской помощи (СМП) является транспортировка больных, нуждающихся в экстренной госпитализации (ЭГ).

В Кемеровской области за последние 5 лет потребность в СМП сохраняется на высоком уровне (обращаемость на 1000 населения в 2002 г. составила 322). Ежегодно за СМП обращается в среднем каждый третий житель Кузбасса, каждый двенадцатый пациент направляется на госпитализацию по экстренным показаниям, госпитализируются до 90% от общего числа пациентов.

По результатам анализа ЭГ в течение 5 лет прослеживается увеличение числа как направленных на ЭГ, так и госпитализированных пациентов. Так, если в 1998 г. на ЭГ направляли 17% больных, то в 2002 г. — 25%. Это связано с увеличением как количества случаев заболеваний, требующих ЭГ, так и числа несчастных случаев, при которых высок процент ЭГ. Если в 1998 г. доля несчастных случаев в структуре вызовов СМП составляла 12%, то в 2002 г. — 14%; травм и отравлений в 2002 г. было зарегистрировано на 30% больше, чем в 1998 г., количество травм и повреждений, связанных с дорожно-транспортными происшествиями, возросло на 10%.

При проведении анализа ЭГ бригадами СМП учитывались причина отказов в ЭГ и случаи расхождения диагнозов.

Частота отказа в ЭГ на протяжении 5 лет остается стабильной и составляет 10% от числа направленных больных.

Ведущее место (55%) занимают отказы в ЭГ после исключения ЧМТ, острой коронарной и хирургической патологии. 30% отказов в ЭГ связано с направлением больных на амбулаторное лечение после оказания медицинской помощи. Среди других причин отказа в ЭГ госпитализация не по профилю, отсутствие показаний к ЭГ и проч. (15%).

Расхождение диагноза бригады СМП и стационара зарегистрировано в 6600 (4%) случаях. В подавляющем большинстве (84%) это связано с гипердиагностикой, что объясняется специфичкой лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе, отсутствием средств для лабораторной экспресс-диагностики.

Таким образом, для оптимизации работы СМП и снижения обращаемости необходимо проведение комплексного анализа состояния организации оказания СМП больным и пострадавшим.

Увеличение доли больных, направленных и госпитализированных по экстренным показаниям, свидетельствует о необходимости технологического единства лечебно-диагностического процесса на догоспитальном и стационарном этапе.

Анализ ЭГ должен проводиться на всех подразделениях СМП для разработки мероприятий, направленных на улучшение преемственности оказания скорой медицинской помощи.

НАСТАВНИЧЕСТВО КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

С.Т.Игнатов

Городская станция скорой медицинской помощи, г. Прокопьевск, Россия

© С.Т.Игнатов, 2003 г.

Деятельность фельдшера скорой медицинской помощи (СМП) сложна и многообразна. Выполняя свою основную функцию по круглосуточному оказанию своевременной и качественной скорой медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебного учреждения, фельдшер сталкивается с многочисленными стрессовыми ситуациями, обусловленными различными причинами. Они возникают в процессе взаимоотношения с больным и его родственниками, посторонними людьми, коллегами по работе, персоналом приемных отделений стационаров и др. Особенно подвержены влиянию психоэмоциональных и физических нагрузок молодые специалисты.

Только эмоционально зрелая личность в состоянии справиться с объемом выполняемых работ.

Для более ранней адаптации молодых специалистов к работе на СМП, формирования у них эмоциональной прочности и удовлетворенности избранной профессией на станции СМП г. Прокопьевска большое внимание уделяется наставничеству.

Надо отметить, что костяком среднего медицинского персонала на нашей станции СМП, как и всей службы в целом, являются фельдшеры со стажем работы от 11 до 30 лет, в возрасте от 22 до 50 лет; 80% которых составляют женщины. Молодые фельдшеры составляют 20%. Стаж работы до 3 лет имеют 15 человек, от 3 до 5 лет — 6 человек. Квалификационные категории имеют 68%. Фельдшерами СМП выполняется 65% вызовов.

Прежде чем избрать наставника, молодой специалист заполняет анкету, где он должен отразить основные 10 качеств наставника. На основании анкеты ему подбирают наставника. Как правило, на первое место молодые специалисты ставят грамотность, затем следуют вниматель-

ность, уважение, серьезность, доброта, чуткость, терпеливость, интуиция, увлеченность работой, чувство юмора.

Представление наставника проводится в торжественной обстановке, в присутствии всего коллектива станции, с участием представителей Иоанно-Предтеченской церкви. Молодые специалисты произносят клятву Гиппократова, им вручается трудовой паспорт, справочник фельдшера СМП, наставнику — удостоверение наставника. Молодой специалист, как правило, работает в одной смене с наставником и в любой момент может обратиться к нему за помощью.

При поступлении на работу молодых специалистов прежде всего знакомят с вопросами тактики, деонтологии, взаимоотношений с коллегами.

Приоритетным направлением считается воспитание у каждого сотрудника уважения к труду, высокой организованности и инициативы.

По данным исследований, проведенных на станции СМП г. Челябинска [Скорая медицинская помощь. — 2001. — Т. 2, № 3], у каждого третьего сотрудника отношение к профессии в последние годы ухудшилось. По данным опроса молодых специалистов, проведенного в 2002 г. Прокопьевским медицинским училищем, 80% сотрудников нашей станции СМП удовлетворительно оценивают взаимоотношения с коллегами, администрацией, пациентами и условия профессиональной деятельности. По нашим данным, этот показатель составляет 96%.

Комплекс мер воспитательного характера, наставничество и систематическое повышение профессиональных знаний, проводимые на станции СМП, позволяют молодым специалистам работать на должном уровне. Так, коэффициент качества лечения у них равен 0,95. Расхождение диагнозов составляет 7,0%.

АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

П.С.Капустин, Е.А.Бенихис, К.М.Брусин

Городская станция скорой медицинской помощи, Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Количество вызовов скорой помощи при острых отравлениях опиатами увеличивалось с 579 в 1993 г. до 4377 в 2000 г. В последующие годы наметился существенный спад количества отравлений опиатами, однако смертность среди этой категории больных остается высокой.

Обследование больных с острым отравлением героином проводилось на догоспитальном этапе, при поступлении в стационар и в процессе стационарного лечения. Сознание оценивали по шкале Глазго. На догоспитальном этапе обследованы 68 больных — 51 мужчина и 17 женщин. Средний возраст больных составил $20,9 \pm 0,5$ года, «стаж» героинового наркотизации — $18,5 \pm 2,2$ мес, во всех случаях причиной отравления был героин; доза, как правило, неизвестна; экспозиция — $24,3 \pm 1,0$ мин. При осмотре врачом СМП средняя оценка сознания по шкале Глазго была $4,6 \pm 0,3$ балла. При этом SatO_2 в среднем по группе составила $54,1 \pm 0,03\%$.

На догоспитальном этапе использовались 2 схемы лечения.

Налоксон в средней дозе $0,81 \pm 0,02$ мг применяли у 41 больного. После введения налоксона оценка сознания по шкале Глазго увеличилась с $4,6 \pm 0,4$ до $11,0 \pm 0,5$ балла ($p < 0,001$). У 11 из 41 больного купировался миоз. Частота дыхательных движений при осмотре врачом СМП была у 6 больных меньше 3 в 1 мин, у 34 пациентов — от 3 до 10 в мин и у 1 больного — больше 10. После введения антидота у 3 больных сохранялось брадикардия менее 10 в 1 мин, у 38 — более 10 в 1 мин. SatO_2 увеличилась с $55,6 \pm 0,04$ до $82,4 \pm 0,03\%$ ($p < 0,001$). Частота сердечных сокращений возросла с 106 ± 5 уд./мин до 117 ± 2 уд./мин ($p < 0,05$), а артериальное давление практически не изменилось. У 6 больных антидотная терапия сопровождалась ИВЛ (в 1 случае — объемной ИВЛ, в 5 случаях — ВЧ ИВЛ), у 3 больных проводилась инфузионная терапия.

Без введения налоксона лечение проводили с применением ИВЛ. Она использовалась у 26 больных (у 9 — объемная, у 17 — ВЧ ИВЛ). У 20 больных проводили инфузионную терапию (рас-

творы глюкозы 5% и Рингера) в среднем объеме 374 ± 14 мл. Группа больных, которым не вводили налоксон, отличалась достоверно большей экспозицией — $27,8 \pm 1,5$ мин ($p < 0,01$) и более тяжелым течением отравления. Альтернативный путь неотложной помощи был избран ввиду выраженной гипоксии. Через 15 мин после начала ИВЛ балльная оценка сознания по шкале Глазго поднялась с $4,8 \pm 0,5$ до $8,9 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). Миоз сохранялся у 24 из 26 больных (у 1 больного до начала ИВЛ зрачок был расширен).

Для изучения токсического поражения сердца больным с острыми отравлениями опиатами на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар регистрировали ЭКГ, оценивали вариабельность сердечного ритма, центральную гемодинамику и фазовую структуру систолы левого желудочка. Исследование повторяли после введения налоксона.

У 48,6% (37) больных на ЭКГ, зарегистрированной на догоспитальном этапе, были желудочковые экстрасистолы, в том числе эпизоды би- и тригмении. У 46,6% (17) пациентов наблюдалась синусовая аритмия. Наблюдалось выраженное увеличение вариабельности сердечного ритма, о чем свидетельствовали высокие показатели вариационного размаха и среднего квадратического отклонения. При анализе автокорреляционной функции и волновой структуры спектра у 67,7% больных выявлено превалирование центрального контура регуляции с высоким содержанием в спектре медленных волн ($49,9 \pm 4,5\%$). Такая высокая амплитуда колебаний низкой частоты (медленных волн) является показателем дезадаптации и выраженного напряжения регуляторных систем.

Центральная гемодинамика и фазовая структура систолы левого желудочка исследованы у 41 больного при поступлении в стационар. Синдром гипердинамии миокарда отмечен в 24,4% случаев, синдром гиподинамии миокарда — в 19,5% случаев.

После введения налоксона в дозе 0,8 мг у больных купировались нарушения сердечно-

го ритма, значительно снизилась амплитуда колебаний длительности кардиоинтервалов, т.е., несмотря на повышение централизации регуляторных механизмов, исчезла дисрегуля-

ция сердечного ритма. Показатели гемодинамики и фазовой структуры систолы левого желудочка после введения налоксона значимо не изменились.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ

М.М.Малыгина, В.И.Белокриницкий, А.Д.Николаев

Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Политравма — сборное понятие, в которое входят множественные и сочетанные повреждения, имеющие много сходных черт в этиологии, клинической картине и лечении. Для персонала скорой медицинской помощи (СМП), приемных и реанимационных отделений больниц этот термин является сигналом опасности, толчком к началу экстренных диагностических и лечебных мероприятий. В общей структуре больных травматологического профиля политравма занимает небольшое, но постоянное место (по данным АСУ станции СМП). При этом за последние годы (2000–2002 гг.) наметился некоторый рост количества политравм как в абсолютных числах (1265–1575), так и в процентном соотношении в группе всех травматологических вызовов (3,5–4,4%).

Стоит обратить внимание на то, что процент осложнений среди всех травматологических вызовов наиболее высок именно при политравме (это в основном шок и нарушение сознания, требующие проведения адекватной аналгезии, и решения вопроса о переводе больного на ИВЛ). Показатели догоспитальной летальности при политравме по отношению к общему количеству политравм имеют тенденцию к уменьшению (15,7–14,1%).

Данная работа посвящена изучению качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, а также дефектов, допускаемых бригадами СМП при оказании неотложной помощи больным с политравмами.

Было проанализировано 100 карт вызова СМП в период с 18.11.2002 г. по 20.12.2002 г. с диагнозом «Политравма». Из 100 больных 61% составили мужчины. Наибольшее число пострадавших были в возрасте от 25 до 54 лет, что

свидетельствует о социально-экономическом значении политравмы. Наиболее частой причиной политравм (51% случаев) являются дорожно-транспортные происшествия, на втором месте — криминальные травмы (31% случаев). Каждый третий пострадавший в момент получения политравмы был в состоянии алкогольного опьянения.

Наиболее частыми составляющими политравмы являются черепно-мозговая и скелетная травма (50% случаев); следующее место занимает сочетание черепно-мозговой, скелетной и абдоминальной травмы (7% случаев). Процент осложнений (шок, кома) значительно выше при политравме, в которой задействованы три системы (57%), чем при повреждении двух систем (25%). В 43 случаях из 100 помощь, оказанная бригадой СМП пострадавшему с политравмой, была вполне адекватной. В 36 случаях терапия оказалась недостаточной (в 28 из них помощь оказывали врачи линейных бригад).

Таким образом, за последние годы наметилось некоторое увеличение количества политравм как в абсолютных числах, так и в процентном соотношении.

Показатели догоспитальной летальности в процентном соотношении к общему количеству случаев политравмы имеют тенденцию к уменьшению, что напрямую связано с использованием АСУ, рациональным распределением реанимационных бригад по подстанциям, совершенствованием алгоритмов оказания помощи, улучшением оснащения реанимационных бригад.

Необходимо усилить контроль применения принятых стандартов оказания помощи при политравме врачами линейных бригад СМП.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Т.П.Мельникова, А.Н.Андреев, В.И.Белокриницкий

Уральская государственная медицинская академия,
Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

В 2001 г. обращения за скорой медицинской помощью (СМП) в связи с повышением артериального давления составили 9,6% от общего числа вызовов.

По классификации, предложенной В.В.Руксиним (2000), при остром повышении артериального давления следует выделять ухудшение течения гипертонической болезни (ГБУТ), компенсаторные артериальные гипертензии (КАГ), гипертензивные кризы (ГК), острые артериальные гипертензии (ОАГ), угрожающие жизни. Согласно существующим на станции СМП стандартам, экстренная медицинская помощь показана только больным с ГК.

Это заставляет врача СМП или не оказывать помощь больным без ГК, что угрожает его развитием, или проводить неотложную гипотензивную терапию, сознательно искажая диагноз. Гипердиагностика ГК приводит к искажению статистики и приучает врача к некорректному оформлению карт вызова.

Авторы считают целесообразным в случаях оказания СМП пациентам с ГБ вне ГК ставить диагноз: «Гипертоническая болезнь, вне криза, ухудшение течения», применять таблетированные гипотензивные препараты, добиваясь лишь тенденции к снижению АД. Такая тактика позволит предупредить развитие ГК и даст возможность врачу СМП оформлять карты вызова в соответствии с клинической ситуацией.

В большинстве случаев при ОАГ без непосредственной угрозы для жизни достаточно суб-

лингвального назначения гипотензивных препаратов.

Нами проанализированы 137 случаев сублингвального применения коринфара для купирования ГК. У 37 больных терапевтический эффект был недостаточным. Это были люди пожилого возраста с исходным систолическим АД от 200 мм рт. ст. до 260 мм рт. ст., из них 9 человек были госпитализированы. У 100 пациентов терапия коринфаром оказалась эффективной. Средняя доза коринфара составила 19 мг.

После оказания помощи систолическое АД снизилось на 35 мм рт. ст., диастолическое — на 15 мм рт. ст. Существенного изменения ЧСС не наблюдалось. Побочные явления не развивались.

Среднее время пребывания на вызове составило 26 минут 18 секунд.

Стоимость двух таблеток коринфара (20 мг) составляет 1 руб. 20 коп., а проведение традиционной гипотензивной терапии с помощью внутримышечного введения дибазола или сернокислой магнезии — 6 руб. 99 коп., т.е. почти в 6 раз выше.

Таким образом, оказание СМП больным с ухудшением течения ГБ с помощью коринфара в большинстве случаев приводит к достаточному и быстрому гипотензивному эффекту.

Усугубления имеющихся или появления новых жалоб при назначении коринфара не наблюдалось.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМом ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ МЕТОДОМ РАННЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ

Н.В.Мензорова, А.И.Цветков, Н.Л.Кузнецова

Центральная городская больница № 23, МСЧ ОАО «Уралэлектротяжмаш», Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

В структуре травматизма амбулаторная травма составляет 95%. На переломы лучевой кости

в типичном месте приходится 7% всех переломов. Ведущим методом лечения больных с пере-

ломом является фиксационный метод лечения с использованием гипсовой повязки. В 6–27% случаев применения этого метода лечения развиваются осложнения [Каплян А.В., 1981].

Лечению амбулаторной травмы за последнее десятилетие посвящены единичные исследования. После получения травмы пациент поступает в травматологический пункт или стационар, в соответствии с алгоритмом работы скорой медицинской помощи (СМП). Большинство пациентов доставляются бригадой СМП после оказания первой помощи.

Целью работы было совершенствование методов лечения переломов лучевой кости в типичном месте. Работа выполнена в МСЧ ОАО «Уралэлектротяжмаш». За период 2000–2003 гг. пролечены 56 пациентов с переломом лучевой кости в типичном месте, из них 28 человек — с помощью ортезов. Такой подход, на наш взгляд, обоснован, так как в случаях переломов без смещения или со смещением, не требующим репозиции, можно отказаться от наложения гипсовых повязок.

Результаты лечения у пострадавших оценивались непосредственно после окончания фиксации и через 6–12 месяцев после травмы.

Результаты применения клинко-рентгенологических методов исследования показали сравнимость обоих методов лечения. Так, более чем в 90% случаев после завершения фиксации результаты оценивались в 3 балла. Это является подтверждением того, что функциональный ме-

тод лечения обеспечивает достаточную стабильность стояния костных отломков.

Сравнительная оценка результатов подвижности в суставах показала, что наибольшее число больных с переломами, получивших лечение традиционными методами, сразу после снятия гипсовой повязки имели третью (2 балла) — 23,3% и четвертую (1 балл) — 70% степень подвижности. При лечении функциональным методом результаты были иными.

Оценка кровоснабжения показала компенсацию кровообращения при лечении в ортезах, в то время как при традиционном лечении в 57% случаев отмечалась субкомпенсация, а в 14,3% случаев — декомпенсация кровообращения с преобладанием нарушения венозного оттока.

Среди пострадавших с переломами, у которых применялись традиционные методы лечения, 83,3% частично утратили трудоспособность (2 балла), 16,7% имели ограниченную трудоспособность (3 балла).

При лечении функциональным методом у 16% пострадавших наблюдалось полное восстановление трудоспособности (4 балла), 74,2% пациентов были ограниченно трудоспособны (3 балла) и лишь 3,6% — частично трудоспособны.

Таким образом, применение функционального метода лечения при переломе лучевой кости в типичном месте дает лучшие результаты, чем традиционные методы фиксации с использованием гипсовой повязки.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Л.Л.Немытова, О.В.Колясников

Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области, Екатеринбург, Россия

© Л.Л.Немытова, О.В.Колясников, 2003 г.

В системе медицины катастроф скорая медицинская помощь (СМП) представляет собой основное звено местного уровня. СМП является самым мобильным медицинским звеном и первой прибывает к месту чрезвычайной ситуации (ЧС). Работа в ЧС представляет дополнительную психологическую нагрузку для медицинского персонала. Это приводит к возникновению у медицинского персонала посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), связанных с профессиональной деятельностью, а так-

же к развитию на этой основе профессиональных неврозов.

Работа персонала СМП протекает в экстремальных условиях не только в режиме ЧС, но и в повседневной деятельности. Это также приводит к развитию ПТСР, снижению качества профессиональной деятельности, ухудшению психологического климата в коллективе.

Диагностика психического состояния сотрудников СМП и психологического климата в коллективе, а также разработка программ работы

в ЧС становится важной задачей подготовки персонала.

Одним из основных субъективных факторов, определяющих эффективность деятельности персонала в ЧС, является психическое состояние. Наличие вторичных ПСТР резко снижает продуктивность деятельности, даже при высоком уровне интеллекта, и повышает уязвимость человека к негативным ситуациям, затрудняет принятие оптимальных решений, повышает количество врачебных ошибок. В конечном итоге это может привести к невозможности работать на СМП.

Профессиональный невроз — это динамический процесс. Исходом профессионального невроза являются, как правило «личностные дефекты», «эмоциональное выгорание», формирование психопатического характера, обостренное чувство социальной несправедливости, и как результат — невозможность профессиональной деятельности.

Нами проведено исследование у 170 сотрудников станций и отделений СМП Свердловской области. Исследования проводили анонимно с по-

мощью теста К.Маслаха и теста «Психологический климат в коллективе». В результате исследования выявлено, что эмоциональное безразличие, равнодушие к предмету своей деятельности, профессиональный цинизм отмечают у 71% медицинского персонала СМП. Снижение чувства ценности собственной деятельности отмечают 58% сотрудников СМП. Начало «выгорания» личности наблюдается у 8% персонала. Психологический климат во всех коллективах характеризуется как «средний» (4–5 баллов из 10).

Полученные результаты ставят проблемы психологической подготовки, сопровождения и психологической реабилитации персонала СМП. Необходимо проводить психогигиенические, психопрофилактические и психотерапевтические мероприятия, а также тактико-специальные учения.

Внедрение программы психологической подготовки сотрудников СМП позволит эффективно проводить профилактику профессиональных неврозов, повысить результативность работы персонала при ЧС.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В.Ножкина, А.В.Бушуев

Уральская государственная медицинская академия, Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Н.В.Ножкина, А.В.Бушуев, 2003 г.

В Свердловской области в последние два десятилетия число обращений населения за скорой медицинской помощью (СМП) при острых экзогенных отравлениях возросло в 2 раза. Доля вызовов СМП по поводу травм и отравлений в последние годы составляет в среднем более 17%, из них четвертая часть приходится на острые неинфекционные отравления. Общая летальность при острых экзотоксикозах достигает 10–12%.

Важным условием снижения предотвратимых потерь в этих случаях является применение в ранние сроки активной тактики лечебно-диагностических мероприятий и своевременное поступление больных в специализированные стационары. Так, данные областного бюро судебно-медицинской экспертизы свидетельствуют, что в преобладающем числе случаев летальные исходы при острых неинфекционных отравлениях наступают вне больничного учреждения (до 87%).

По данным службы СМП Екатеринбурга, наиболее часты случаи смерти до прибытия бригады (в среднем $85,3 \pm 3,5\%$), доля умерших в присутствии бригады в среднем составляет $11,9 \pm 1,2\%$, а во время транспортировки — $2,8 \pm 1,1\%$.

Основная доля вызовов СМП в 1997–2002 гг. приходилась на отравления медикаментами (до 42,8% в 2002 г.), алкоголем и его суррогатами (до 24,7% в 2002 г.) и наркотиками — до 38,1% в 2000 г.

Наличие у больного подозрения на острое отравление является прямым показанием к доставке в стационар. Госпитализация осуществляется преимущественно в специализированные токсикологические центры, куда 87–95% больных доставляются бригадами СМП, в том числе до 20% — реанимационными бригадами. Из районов области больные доставляются службой Центра медицины катастроф или санитарным

транспортом лечебных учреждений. Около 90% поступающих пациентов нуждаются в неотложной квалифицированной и специализированной помощи. Доля госпитализаций в последние годы составляла 55–65%, а у детей — 68–74%.

В структуре госпитализации увеличивается количество случаев отравления медикаментами: от 35,3% в 2000 г. до 53,3% в 2002 г. Передозировки наркотиками переместились со второго места в 2000 г. (30,0%) на третье в 2001 г. (12,8%) и на четвертое в 2002 г. (3,8%). Одновременно наблюдается тенденция к росту доли экстренной госпитализации при острых отравлениях алкоголем и его суррогатами, как среди взрослых, так и детей (в 1,7–1,9 раза соответственно по сравнению с 1997 г.), не снижается удельный вес отравлений прижигающими жидкостями, преимущественно уксусной кислотой (8–10%).

Анализ причин летальных исходов свидетельствует, что для улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения требуется более четкое взаимодействие службы СМП с информационно-консультативным отделением токсикологического центра, совершенствование тактики оказания экстренной помощи больным на основе разработанных алгоритмов диагностических, лечебных и эвакуационных мероприятий, дистанционного мониторинга; повышение уровня профессиональной подготовки медицинского персонала СМП по клинической токсикологии; оснащение бригад антидотными средствами, совершенствование методов контроля за лечебно-диагностической деятельностью бригад СМП, преемственности в ведении больных на догоспитальном и госпитальном этапах.

ИТОГИ РАБОТЫ ПРОГРАММЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ» В ЕКАТЕРИНБУРГЕ ЗА 2000–2002 гг. И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

А.С.Пономарев, И.В.Лещенко, А.В.Бушуев

*Городская станция скорой медицинской помощи,
Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

В течение 2000–2002 гг. проведено сравнение эффективности трех лечебных программ оказания неотложной помощи больным с астматическим приступом (АП), используемых на станции скорой медицинской помощи (СМП). 702 пациента со среднетяжелым и тяжелым АП в зависимости от применяемых лечебных программ составили три выборки, в каждой из которых было две группы пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми АП. Средний возраст пациентов составил $51,1 \pm 0,8$ года. Мужчин было 37%, женщин 63%.

198 пациентам 1-й и 2-й выборок проводили традиционную для СМП терапию. Из 108 пациентов 1-й группы АП средней тяжести удалось купировать в 65 (60,2%) случаях. Из 90 пациентов 2-й группы с тяжелым АП неотложная помощь была эффективной только в 35,5% случаев. Следовательно, «традиционная» терапия в условиях СМП недостаточно эффективна у больных со среднетяжелым и тяжелым АП.

У 192 больных 3-й и 4-й групп для купирования АП использовали небулизированный раствор беродуала.

При однократной ингаляции раствора беродуала у 107 больных 3-й группы со среднетяжелым обострением АП был купирован в 31,8% случа-

ев, повторная ингаляция дала положительный эффект еще в 36,4% случаев.

При использовании комбинированной терапии положительный эффект был достигнут еще у 27,2% пациентов. Не удалось купировать АП на догоспитальном этапе у 5,6% больных.

У 85 больных 4-й группы применением небулизированного беродуала удалось достичь положительного эффекта в 14,1% случаев, применением комбинированной терапии — в 75,3% наблюдений. АП не был купирован в 10,6% случаев.

Для лечения 312 больных 5-й и 6-й групп использовалось сочетание генерированной небулайзером суспензии пульмикорта и раствора беродуала.

У 173 больных 5-й группы со среднетяжелым обострением АП был купирован в 100% случаев.

У 139 пациентов 6-й группы с тяжелым обострением АП был купирован полностью в 96,4% случаев, неполностью — в 2,9% случаев, не удалось купировать АП у одного пациента (0,7%).

Представленные данные доказывают преимущество комбинированной ингаляционной терапии в сравнении с ранее предлагаемыми лечебными программами.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ЭТАПНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.П.Попов, О.В.Колясников, Ю.В.Трушников, Л.П.Рогожина

Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Одной из основных проблем в организации работы службы скорой медицинской помощи (СМП) является отсутствие вертикали управления здравоохранением в Российской Федерации. Закон о местном самоуправлении не позволяет органу управления здравоохранением субъекта РФ осуществлять прямое руководство учреждениями здравоохранения входящих в него муниципальных образований (МО). Все руководящие указания органа управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к муниципальным учреждениям здравоохранения носят рекомендательный характер. Внутри субъекта РФ между учреждениями здравоохранения разных МО не существует даже формальных отношений подчинения, вне зависимости от того, какую роль выполняет МО в пределах территории субъекта — областной центр или сельский район.

Вместе с тем орган управления здравоохранением субъекта РФ отчитывается о состоянии здравоохранения на его территории перед Министерством здравоохранения, в связи с этим оправданно создавать орган управления службой, в частности СМП, на базе одного из учреждений здравоохранения территориального подчинения.

С развитием службы медицины катастроф РФ и образованием территориальных центров медицины катастроф (ТЦМК) появилась организация, которая может на областном уровне решать вопросы управления и организационно-методического руководства службой СМП как повседневно, так и в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Участие ТЦМК в работе лицензионно-аккредитационных и аттестационных комиссий позволяет осуществлять контроль как деятельности службы СМП, так и профессиональной подготовки кадров с последующим участием в усовершенствовании программ обучения и переподготовки персонала.

В Свердловской области с 1999 г. деятельность службы СМП курирует организационно-методический отдел, который входит в структуру Территориального центра медицины катастроф.

Директор ТЦМК назначен главным внештатным специалистом по СМП области, а заместитель директора по организационно-методической работе является экспертом по СМП в областной медицинской лицензионной комиссии.

ТЦМК выстроена технологическая цепочка оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Первым звеном является организация трассовых пунктов экстренной медицинской помощи, которые работают в тесном взаимодействии со службой СМП МО. Второе звено — организационно-методический отдел, взаимодействующий со всеми отделениями и станциями СМП территории посредством проведения конференций, рабочих совещаний, выездных семинаров, разработки стандартов оказания помощи и других методических документов. Следующее звено — это организация межрайонных филиалов ТЦМК, осуществляющих связь центра с группой удаленных территориально МО и выполняющих все функции центра по организации оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Таким образом, состояние законодательной базы, определяющей разделение полномочий между субъектами РФ и муниципальными образованиями, свидетельствует о том, что организационно-методические отделы СМП наиболее рационально создавать на базе учреждений, подчиненных органу управления здравоохранением территории.

Предпочтительно создавать организационно-методические отделы СМП на базе территориальных центров медицины катастроф.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Р.А.Садыков, Э.Н.Ташкенбаева

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

© Р.А.Садыков, Э.Н.Ташкенбаева, 2003 г.

Оказание медицинской помощи больным с неотложными состояниями терапевтического профиля в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) осуществляется на трех этапах. I этап — догоспитальная экстренная медицинская помощь на месте заболевания и во время доставки в стационар; II этап — лечение в специализированном блоке интенсивной терапии; III этап — дальнейшее лечение в отделениях терапии, кардиологии, неврологии, реабилитация больных в профильных отделениях и амбулаторное наблюдение специалистами по месту жительства.

Для координации вызовов СМП и ее специализированных бригад на базе филиала создана

координационно-диспетчерская служба (КДС). С организацией КДС резко уменьшилось количество необоснованных вызовов, произошло объединение служб скорой и неотложной медицинской помощи, что привело к увеличению числа выездов по поводу внезапных заболеваний.

Функционирование специализированных бригад СМП на базе блока интенсивной терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП положительно влияет на качество их работы, позволяет постоянно повышать квалификацию врачей и среднего медицинского персонала, внедрять в практику работы на догоспитальном этапе апробированные лечебно-диагностические методы.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.Б.Салеев

Гериатрический центр при Республиканской больнице ветеранов войн, Республика Мари Эл, Йошкар-Ола

© В.Б.Салеев, 2003 г.

В составе населения Российской Федерации произошло увеличение абсолютного числа и доли лиц пожилого и старческого возраста. Данная возрастная категория населения имеет более высокую потребность в квалифицированной медицинской помощи на всех этапах (в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста), в том числе и на догоспитальном.

Изучали обращаемость за скорой медицинской помощью (СМП) и структуру госпитализации больных пожилого возраста. В качестве материала для исследования были использованы карты вызовов СМП к данной категории больных за 1993–2002 гг. Методом сплошной выборки были обработаны по 5200–5300 карт вызовов СМП. Исследование проведено в отделении СМП, состоящем из двух круглосуточно работа-

ющих выездных бригад гериатрического профиля в составе Республиканской больницы ветеранов войн.

Выявлено увеличение обращаемости за скорой медицинской помощью на 48,3% — с 915 вызовов в 1993 г. до 1357 в 2002 г., что в 3,5 раза выше нормативной. Рост обращаемости имел прямую зависимость от возраста больных и наблюдался в группе до 84 лет. Средний возраст больных увеличился на 4,8 года — с 72,1 года в 1993 г. до 76,9 года в 2002 г.

В пожилом возрасте обращаемость выше у мужчин. Среди причин вызовов на болезни органов кровообращения пришлось 386 случаев, на цереброваскулярную патологию — 193 случаев, на болезни органов дыхания — 152 случаев, на болезни мочеполовой системы — 63,

на болезни органов пищеварения — 57, на новообразования — 52, на несчастные случаи — 41 наблюдение.

Выявлена группа больных, вызывавших бригаду СМП более 10 раз в течение года (1,2% от числа состоящих на учете), на ее долю в течение года приходится 17,2–18,6% вызовов.

Среди госпитализированных 30% составили больные в возрасте от 70 до 74 лет. Структура госпитализации больных пожилого возраста не полностью соответствует структуре обращаемости (болезни органов кровообращения, цереброваскулярные заболевания, несчастные случаи, болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения).

Медицинскому персоналу при оказании СМП больным пожилого возраста следует учитывать ряд особенностей. В частности, наибольшее количество обращений больных пожилого возраста в течение суток приходится на период с 6 до 14

часов (более 40%) и меньше всего — с 14 до 22 часов (25%). В течение года более 35% обращений больных приходится на зимний период и менее 25% — на летние месяцы. В ходе исследования было выявлено, что больные пожилого и, особенно, старческого возраста в 42,6% случаев госпитализируются несвоевременно в связи с поздней обращаемостью и атипичной клинической картиной начала заболевания.

Таким образом, обращаемость больных пожилого и, особенно, старческого возраста за СМП в 3–4 раза выше нормативной. Основной причиной высокой обращаемости этой группы пациентов являются заболевания органов кровообращения, больше всего обращений за СМП приходится на зимний период и утренние часы. Атипичное начало заболеваний, поздняя обращаемость и психологические особенности больных пожилого возраста являются основными причинами их несвоевременной госпитализации.

ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ТОКСИКОЛОГИИ И СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА ПО ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

В.Г.Сенцов, К.М.Брусин, О.В.Новикова, А.В.Бушуев

*Уральская государственная медицинская академия,
Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

Актуальность углубленной последиplomной подготовки врачей скорой медицинской помощи (СМП) обусловлена как большим разнообразием неотложных состояний, с которыми ежедневно сталкивается врач СМП, так и отсутствием достаточной подготовки врачей к оказанию СМП в медицинских вузах.

Проанализированы итоги 8-летней работы по последиplomной подготовке врачей СМП.

С организацией в 1995 г. кафедры профессиональных болезней и токсикологии началось проведение циклов тематического усовершенствования по оказанию неотложной помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе. Занятия проводились на базе областного центра острых отравлений. С учетом потребности станции СМП программа цикла была увеличена до 216 учебных часов, из которых 72 часа посвящалось преподаванию основ реаниматологии при ряде неотложных состояний. Проводились лекции и семинары по нарушениям водно-солевого

обмена, кислотно-основного состояния, острой дыхательной недостаточности, шоку, нарушениям сердечного ритма, острой печеночной и почечной недостаточности, неотложным состояниям при сахарном диабете.

В 2000 г. кафедрами анестезиологии и реаниматологии факультета усовершенствования врачей и профессиональных болезней и токсикологии совместно разработана программа нового сертификационного цикла для анестезиологов-реаниматологов СМП «Актуальные вопросы анестезиологии, реаниматологии и токсикологии». Из 216 учебных часов 108 посвящены реаниматологии и 108 — токсикологии. Всего с ноября 1995 г. по октябрь 2002 г. последиplomную подготовку прошли 190 врачей СМП, что составило 21,9% всех курсантов на кафедре.

С ноября 2002 г. кафедра профессиональных болезней и токсикологии преобразована в кафедру токсикологии и скорой медицинской помощи. Такое преобразование было продиктовано

необходимостью увеличения объема подготовки специалистов СМП. В рамках унифицированной программы по СМП была разработана программа 288-часового цикла тематического усовершенствования «Интенсивная терапия при неотложных состояниях». В программу цикла входят разделы по тактике оказания СМП, реаниматологии, кардиологии, токсикологии, хирургии и травматологии, неврологии. За 8 месяцев после реорганизации на новом цикле прошли усовершенствование 60 врачей, что составило 46,5% обучившихся на кафедре за указанный период. В настоящее время задачей кафедры является не только проведение циклов тематичес-

кого усовершенствования, но и организация клинической интернатуры и ординатуры, очной и заочной аспирантуры по СМП.

Важными задачами совместной работы кафедры и администрации станции СМП являются внедрение новых технологий на догоспитальном этапе, организационно-методическая работа по оказанию неотложной помощи, разработка алгоритмов оказания неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации, анализ эффективности работы службы СМП, оптимизация распределения потоков больных по ЛПУ города, оценка качества оказания экстренной помощи больным на догоспитальном этапе.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИНОАТРИАЛЬНОЙ И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ В ТОКСИКОГЕННОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ НО-ШПОЙ

В.Г.Сенцов, Н.И.Вениченко, К.М.Брусин

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Но-шпа — производное изохинолина, обладает высокой спазмолитической активностью. Из-за широкого применения и доступности препарата нередко случаи острых отравлений им с суицидальной целью. За последние восемь лет в областном токсикологическом центре пролечено 316 больных с острым отравлением но-шпой (7,8% в структуре острых медикаментозных отравлений). В случаях тяжелых отравлений но-шпой был зарегистрирован выраженный кардиотоксический эффект, проявившийся идиовентрикулярным ритмом, полной атриовентрикулярной блокадой, желудочковой экстрасистолью, асистолией. Летальность составила 0,84%. Следует отметить, что большинство смертельных исходов при отравлении но-шпой регистрируется на догоспитальном этапе.

Для оценки синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости у больных в токсикогенной стадии острого отравления но-шпой у 44 пациентов проводилось электрофизиологическое исследование сердца. У 17 (38,6%) обследованных наблюдалась брадикардия; интервал $R - R$ на ЭКГ был увеличен на 27,1% ($p < 0,001$) и составил 1084 ± 19 мс. Токсикогенная депрессия синусного узла зарегистрирована у 5 обследованных (значения скорректирован-

ного времени восстановления функции синусного узла больше 525 мс). Блокада входа синоатриальной зоны по данным электрофизиологического исследования сердца наблюдалась у 13 больных. У 4 больных время синоатриальной проводимости на одной из частот стимуляции превысило 200 мс, что расценено как блокада выхода синоатриальной зоны.

Атриовентрикулярная блокада I степени на ЭКГ была зарегистрирована у 3 из 44 обследованных. При проведении электрофизиологического исследования снижение атриовентрикулярной проводимости (периодика Венкебаха при частоте стимуляции менее 130 в 1 минуту) зафиксировано у 15 (34,1%) больных, причем у 2 из них периодика Венкебаха развивалась при частоте стимуляции 70 и 80 в 1 минуту. Отмечено увеличение времени проведения импульса от электрического стимула до желудочкового ответа до 248 ± 10 мс, у 8 больных этот показатель превышал 300 мс.

Таким образом, острые отравления но-шпой характеризуются ухудшением проводимости в синоатриальной зоне и атриовентрикулярном соединении, причем нарушения сердечной проводимости чаще выявляются при электрофизиологическом исследовании сердца.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ПОЛУЧАВШИХ ЭНТЕРАЛЬНУЮ НУТРИТИВНУЮ ПОДДЕРЖКУ

В.Г.Сенцов, И.Н.Лейдерман, С.В.Воронцов

*Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной токсикологический центр, Екатеринбург, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

Отравления уксусной кислотой продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем клинической токсикологии. Их удельный вес в структуре отравлений достаточно велик и колеблется, по данным разных авторов, от 10% до 15%.

По данным большинства исследователей, отравления уксусной кислотой занимают ведущее место в структуре госпитальной летальности. В лечении химических ожогов пищеварительного тракта при отравлениях уксусной кислотой остается немало нерешенных проблем. Не разработана методика нутритивной поддержки данных пациентов.

С учетом вышеизложенного нами предпринята попытка экспериментального обоснования дифференцированного подхода к выбору методов коррекции белково-энергетической недостаточности у больных с отравлением уксусной кислотой.

Исследование проводилось у 220 больных с отравлением уксусной кислотой (2–3 степени тяжести по Лужникову, 1982), распределенных на группы. В контрольной группе (70 человек) лечение проводилось традиционными методами, а в основной группе (150 человек) использовали методику ранней энтеральной поддержки с помощью введения нутризон через назогастральный или назоинтестинальный зонд.

В контрольной группе летальный исход был зарегистрирован у 18 (25,7%) больных, а в ос-

новной — у 22 (14,6%) пациентов. По длительности пребывания больных в палате интенсивной терапии различия были недостоверными (8,62 койко-дня у пациентов контрольной группы, против 7,22 у больных основной группы), что связано с тактикой интенсивного лечения больных с отравлением уксусной кислотой. Выявлена значительно меньшая потребность во введении эритроцитной массы и белковых препаратов (альбумина, протеина, свежзамороженной плазмы крови) у больных, получающих нутритивную поддержку. Расход эритроцитной массы у пациентов контрольной группы составил 1200 мл, основной группы — 250 мл. Расход свежзамороженной плазмы в контрольной группе в среднем составил 1500 мл, а в основной — 600 мл. Расход растворов альбумина и протеина в контрольной группе составил соответственно 330 мл и 120 мл, а в основной — 110 мл и 50 мл.

Таким образом, при использовании в комплексе интенсивной терапии больных с отравлением уксусной кислотой ранней энтеральной нутритивной поддержки значительно снижается реанимационная летальность. На фоне раннего энтерального питания количество используемых белковых препаратов и эритроцитной массы снижается в 2–3 раза, что не только экономически выгодно, но и снижает риск возникновения осложнений в процессе трансфузии.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.М.Сидоров, А.В.Лабузов, И.Г.Серова

Городская больница скорой медицинской помощи, г. Чебоксары, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

В Чувашской Республике для оказания скорой медицинской помощи (СМП) организована работа 4 городских станций СМП, 19 отделений при районных и городских больницах и 22 филиалов отделений СМП при участковых больницах. В г. Че-

боксары станция СМП имеет две подстанции и три филиала. Чувашская Республика имеет высокую плотность населения: на территории 13 800 км² проживают 1 346 329 человек. В республике хорошо развита сеть автомобильных дорог федерально-

го, республиканского и местного значения. В службе СМП республики работают 220 врачей и 680 средних медицинских работников, ими ежегодно выполняется 340 000–350 000 вызовов.

Для формирования единой стратегии и координации работы службы введена должность главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Чувашской Республики по СМП, в 2002 г. создан Республиканский организационно-методический отдел скорой медицинской помощи.

Основные тенденции развития службы СМП в последнее десятилетие заключаются в сокращении числа фельдшерских бригад при одновременном увеличении количества врачебных и специализированных.

Фельдшерские бригады СМП обслуживают до 20% вызовов в городах и до 80% в сельской местности, а диспетчерская служба укомплектована фельдшерами на 99,7%. Нагрузка на одну бригаду в сутки в среднем составляет 11,9 в городе и 7,9 на селе. Сельские жители чаще обращаются за медицинской помощью на фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, чем вызывают СМП.

Анализ организации СМП показывает, почти в 55% случаев служба берет на себя несвойственные ей функции, выполняя обязанности амбулаторно-поликлинической службы и транспортировку пациентов; значительное же количество вызовов к больным, нуждающимся в экстренном медицинском пособии, выполняется несвоевременно.

Совершенствование службы СМП связано со становлением и развитием семейной медицины, т.е. организацией оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики. Переход к новым технологиям работы амбулаторно-поликлинической службы позволит значительно снизить нагрузку на СМП.

Служба СМП практически повсеместно входит в состав учреждений здравоохранения муниципальных образований, что приводит к значительным различиям в материально-техническом обеспечении и финансировании и отрицательно сказывается на ее работе.

В Чувашской Республике начата работа по подготовке к оказанию СМП в отдельных подразделениях пожарной службы и ГИБДД, однако она еще крайне недостаточна.

Отсутствие системы подготовки населения к оказанию само- и взаимопомощи также отрицательно сказывается на результатах оказания СМП.

Фактически в Чувашской Республике имеется три вида организации оказания СМП: в крупных городах, в малых городах и в сельских районах.

Для более полного анализа работы службы СМП и для реализации отраслевой программы «Скорая медицинская помощь» на 2003–2007 гг. Приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики введена временная (более детализированная) отраслевая форма отчетности службы СМП.

УШИБЫ СЕРДЦА ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ

Е.А.Скородумова, Ю.П.Мажара, А.М.Жирков

НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Целью исследования являлось изучение клинического течения шокогенной механической травмы (ШМТ), включающей в себя ушиб сердца (УС). Обследованы 107 пострадавших с ШМТ, в том числе 75 (70,1%) мужчин и 32 (29,9%) женщины. Пациенты разделены на две группы: 1-я — с вероятностью УС более 50% по экспертной системе (изменения QRS, ST, T на ЭКГ; биохимические маркеры повреждения миокарда: повышение массы МВ-фракции КФК или АсАТ более чем в два раза); 2-я — без УС.

Пострадавших обследовали в 1-е сутки после травмы и далее ежедневно все время пребывания

в отделении хирургической реанимации. Наряду с применением стандартных клинических, инструментальных и лабораторных методов исследовали газовый состав, кислотно-основное состояние (КОС) артериальной и смешанной венозной крови, с помощью программно-аппаратного комплекса «Диамант-115» проводили интегральную реографию тела по Тищенко, интегральную двухчастотную импедансометрию, регионарную реографию, включая трансторакальную реографию по Кубичеку. Исследовали стохастическую составляющую сердечного ритма с помощью анализатора «Динамика-102» и оп-

тического лазерного анализатора. Оценку исхода травмы проводили по следующим критериям: летальность, длительность госпитализации (D), показатель $\pm 1/D$, где D — длительность госпитализации (в койко-днях) с учетом исхода ($+D$ — у выживших и $-D$ — у погибших). Полученные результаты внесены в специализированный банк данных и обработаны с использованием методов вариационной статистики.

Среди умерших УС встретились в 19% случаев, а среди умерших с травмой грудной клетки — в 29%. Средний балл шокогенности по Ю.Н.Цибину составил $7,0 \pm 1,1$. Несколько более высокая средняя оценка шокогенности травмы в группе пострадавших с УС оказалась статистически недостоверной: $7,67 \pm 0,87$ и $6,72 \pm 0,46$ балла соответственно. Благоприятный прогноз исхода острого периода ТБ был у 49 (45,8%) пострадавших, неблагоприятный прогноз — у 23 (21%). Летальность у пострадавших с УС в 2,5 раза выше.

По механизмам травмы обе группы пострадавших не различались. По характеру повреждений у пострадавших с УС перелом левой плечевой кости встречался в 22,2% случаев, против 1,6% в контрольной группе. Из биохимических показателей при УС отмечали достоверно более высокие цифры креатинина, мочевины и средних молекул. КИТ (коэффициент интегральной тоничности), ПГО (показатель гемодинамической обеспеченности) и $УОК_{min}$ (минимальный ударный объем за 1 дыхательный цикл) были достоверно ниже таковых у пострадавших с УС: $74,72 \pm 0,67$ и $76,72 \pm 0,43$; $43,77 \pm 2,90$ и $56,59$; $61,96 \pm 5,52$ и $69,19 \pm 3,24$ соответственно (размерность в системе СИ). ПСТ (показатель стабилизации) был выше при УС ($1,26 \pm 0,03$ и $1,16 \pm 0,02$), ЧСС также достоверно выше при УС ($104,1 \pm 2,92$ и $98,96 \pm 1,66$). УИ и СИ достоверно не различались.

При сравнительном анализе 36 показателей интегральной импедансометрии достоверных различий между изучаемыми группами пострадавших не выявлено. По данным торакальной реографии наблюдались достоверные различия между группами по величине ДКИ (дикротического индекса), который был выше при УС.

При анализе 280 показателей реовазографии головы, груди, голеней в группе с УС выявлен достоверно более низкий реографический индекс реовазограмм голеней как проявление ухудшения периферического кровообращения. При сравнительном анализе КОС, электролитного и газового состава артериальной и смешан-

ной венозной крови в обеих группах пострадавших наблюдался дыхательный алкалоз и снижение индекса оксигенации, что считается характерным для РДСВ. По электролитному составу отмечалась достоверно более низкая концентрация ионов натрия в венозной крови у пострадавших с УС.

В обеих группах не выявлялась стохастическая компонента регуляции сердечного ритма, указывающая на повреждение систем регуляции. Одновременно отмечено уменьшение фактального показателя (у некоторых больных перед летальным исходом, наоборот, достигающего 100%). В обеих группах начальная частота разложения увеличивается до $6-8 \text{ мин}^{-1}$ (в норме $2-4 \text{ мин}^{-1}$), причем изменения ЧСС чаще происходят за счет смещения несущей частоты генераторов ритма, а не за счет перераспределения амплитуд между частотами, как в норме. Таким образом, присутствуют одномоментно как чрезмерная стабилизация, не позволяющая сердцу адекватно реагировать на ситуацию, так и дезорганизация работы системы в целом. Данные показатели связаны с тяжестью шока, в то время как достоверных различий между группами не выявлено. В группе пострадавших с УС изменения параметров золотого сечения на ЭКГ более чем на 15% от нормы встречается в 89% случаев, без УС — в 53% случаев ($p < 0,05$).

Таким образом, выявлено, что частота развития УС тесно связана с тяжестью травмы грудной клетки и, возможно, с переломом левой плечевой кости. УС сопровождаются ухудшением периферического кровообращения (повышением тяжести шока) и, как следствие, достоверно более высокой интоксикацией и летальностью.

Для изучения отдаленных результатов после перенесенной ШМТ через 4 года обследовано 46 пациентов (20 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 28 до 60 лет, перенесших в 1998 г. политравму с УС. Всем пациентам было проведено холтеровское мониторирование ЭКГ. Нарушения ритма и реполяризации выявлены в 71,7% случаев, в 39,1% случаев выявлена среднесуточная ЧСС более 90 уд./мин, желудочковая экстрасистолия 2-4 классов по Лауну отмечалась у 13% пациентов. В группе пациентов, перенесших политравму без УС (42 пациента с аналогичным распределением по полу и возрасту), указанные изменения встречались в 47,6%, 19% и 2,4% случаев соответственно ($p < 0,05$).

При использовании международных опросников по качеству жизни достоверных различий не

выявлено. В то же время все пациенты, перенесшие ШМТ, достоверно отличаются от пострадавших контрольной группы без ШМТ.

Таким образом, влияние на качество жизни оказывает перенесенная шокогенная механическая травма, а не ушиб сердца.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИТРАВМ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В.А.Соколов

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© В.А.Соколов, 2003 г.

Практически все пострадавшие с политравмами, которых переводят из реанимационного отделения в профильные, имеют общие или местные осложнения, определяющие тактику и методы лечения повреждений, а при недостаточной диагностике и профилактике вызывающие усугубление тяжести состояния вплоть до необходимости возвращения их в реанимационное отделение. 80% пострадавших, которых переводят из реанимационного отделения, составляют пациенты с травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА), поэтому их направляют в травматологические отделения. Таким образом, профилактика и лечение посттравматических осложнений в подавляющем большинстве случаев составляет прерогативу врачей-травматологов.

На основании 25-летнего опыта работы отделения множественной и сочетанной травмы Московского НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского мы предлагаем следующую классификацию посттравматических осложнений.

Осложнения посттравматического периода политравм

1. Неинфекционные:

- 1.1. Анемия
- 1.2. Жировая эмболия
- 1.3. ТЭЛА, флелотромбоз
- 1.4. Острые язвы ЖКТ

- 1.5. Гемо- и пневмоторакс
- 1.6. Гемоплеврит
- 1.7. Стриктура трахеи
2. Инфекционные:
 - 2.1. Трахеобронхит
 - 2.2. Пневмония
 - 2.3. Посткатетеризационный цистит
 - 2.4. Флебиты периферических и центральных вен
 - 2.5. Сепсис
 - 2.6. Дисбактериоз
 - 2.7. Менингоэнцефалит
 - 2.8. Панкреонекроз
 - 2.9. Пролежни
 - 2.10. Абсцессы и флегмоны
3. Послеоперационные:
 - 3.1. Хирургические абдоминальные
 - 3.2. Хирургические торакальные
 - 3.3. Нагноение ран и открытых переломов
 - 3.4. Нейрохирургические
 - 3.5. Урологические
 - 3.6. Прочие
4. Прочие:
 - 4.1. Делирий
 - 4.2. Осложнения, связанные с терапевтическими заболеваниями, предшествующими травме.

ПРОБЛЕМЫ ТАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ИХ РЕШЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.А.Фялко

Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© В.А.Фялко, 2003 г.

Общезвестно, что наряду с диагностикой неотъемлемой и важной частью лечебно-диагно-

стического процесса является тактика. Особенно велико ее значение при оказании скорой меди-

цинской помощи (СМП) в условиях тройного дефицита: времени, информации и ресурсов. В то же время ряд проблем, связанных с тактикой оказания СМП на догоспитальном этапе (как частного, так и, особенно, общеорганизационного характера), до сих пор недостаточно изучен, а публикации на эту тему единичны.

В настоящей работе, отражающей наш 25-летний опыт исследования указанных проблем, представлена разработанная нами версия тактической доктрины в виде «Основ организации тактики выездных бригад» и результаты ее внедрения в практику. Эти положения изложены в 30 опубликованных научных работах, в том числе в трех монографиях (1996, 2001, 2002).

Аналізу подвергнуты 1345 случаев дефектов оказания СМП врачами и фельдшерами Городской станции СМП Екатеринбурга за 1981–2001 гг.

Установлено, что удельный вес тактических ошибок в разные годы составил 30–22,5%, что в 3,7–2,8 раза превышает этот показатель в группе госпитализированных больных. Среди причин тактических ошибок преобладают случаи недисциплинированности (36–23,0%), недостаточности знаний по вопросам тактики (30–20,3%) и организационного характера (25,5–13,7%).

В результате исследования удалось сформулировать такие понятия, как «тактика СМП» и «тактическая медицина»; конкретизировать

мероприятия, составляющие основу общей тактики выездных бригад, и выделить две группы тактических мероприятий: 1-я группа — менее сложные, на фоне штатных ситуаций; 2-я группа — при кризисных ситуациях.

Сформулированы определения тактической ошибки; состояния нетранспортабельности; разработаны критерии нетранспортабельности и принципы прогностической оценки состояния больного перед транспортировкой.

Удалось внести ясность в вопрос о приоритетности тактики при оказании СМП на улице; в криминальных (или социально опасных) случаях, при катастрофах; разработать принципы и пути осуществления лечебно-диагностических и тактических мероприятий (универсальные алгоритмы).

Внедрение результатов исследования в практику позволило снизить удельный вес тактических ошибок (на 7,5%) и летальность при транспортировке врачами линейных бригад (в 2 раза).

Разработанные и апробированные на Городской станции СМП Екатеринбурга и Свердловской области принципы и методы принятия тактических решений могут рассматриваться как часть тактической доктрины СМП.

Универсальность алгоритмов принятия медицинских решений повышает возможности оказания СМП.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ТАКТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.А.Фиалко, И.В.Холкин, Е.Е.Лаврова

Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Одной из ключевых проблем современной неотложной кардиологии остается оказание скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС). Среди вызовов СМП к больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями более $1/5$ составляют вызовы по поводу ИБС, из них к пациентам с длительной загрудинной болью — 83,2%.

Целью исследования являлось изучение возможностей своевременной диагностики ОКС, качества оказания экстренной помощи врачебными бригадами в соответствии со стандартами

СМП. Изучались и исходы болезни в рамках взаимодействия станции СМП и кардиологических стационаров города.

Для анализа (методом случайной выборки) отобраны 100 карт вызова: 49 линейных бригад и 51 реанимационно-кардиологической бригады за 2002 г. с диагнозами: «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда без зубца Q». Верификация диагнозов, качества оказания ЭМП и исходов болезни проводилась на основании записей в картах вызова СМП и данных анамнеза и анализа ЭКГ в динамике на догоспи-

тальном этапе и в стационаре. Сроки развития заболевания к моменту приезда врача СМП в 53% случаев составляли от 3 до 6 часов, из них до 1 часа — 27% случаев. Госпитализированы 74% пациентов, отказались от госпитализации 26% больных.

При формулировке диагноза врачи, как правило, пользовались терминами: «Нестабильная стенокардия», (в том числе впервые возникшая — 14%), «Развивающийся инфаркт миокарда». Диагностика строилась на трех основных клинических и параклинических критериях: длительности ангинозного приступа (более 20–30 минут); анализе структуры болевого синдрома (усиление, увеличение длительности, учащение болей; оценке изменений сегмента ST в динамике. Факторы, усугубляющие тяжесть течения ОКС (по E. Braunwald), выявлены в 78% случаев (из них повышение артериального давления — в 61% случаев). Изменения на ЭКГ наблюдались в 81% случаев. Положительная динамика на ЭКГ отмечена в 32,5% случаев, отрицательная — в 8,5% наблюдений.

Экстренная медицинская помощь оказана 85% больных. Основное внимание врачей на догоспитальном этапе было направлено на купирование ангинозного приступа и оценку транспортабельности больных перед госпитализацией. По показаниям в 18% случаев перед госпитализацией вводился клексан подкожно, в дозе 1 мг/кг (с учетом возможности продолжения лечения в стационаре).

Расхождения диагнозов в группе госпитализированных больных выявлены в 13,5% случаев (как правило, у врачей линейных бригад в связи с гипердиагностикой ОКС).

В группе госпитализированных пациентов с ОКС инфаркт миокарда развился в течение 24 ч у 7,8% больных, причем все они не получали клексан на догоспитальном этапе. 2 больных умерли в стационаре по причинам, не связанным с коронарной патологией.

Таким образом, благоприятные исходы у 92,2% больных с ОКС подтверждают эффективность применения сложившейся двухэтапной модели комплексной профилактики инфаркта миокарда в Екатеринбурге.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

С.Н.Хунафин, П.И.Миронов, А.Ф.Власов, Ю.А.Лаврентьев, Г.А.Абдуллина

Институт последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета, Уфа, Башкортостан

© Коллектив авторов, 2003 г.

В решении Коллегии МЗ РФ от 12.12.2002 г. по реализации программы «Скорая медицинская помощь», Приказе МЗ РФ № 93 от 11.03.2003 г., материалах 4-й Всероссийской конференции «Скорая помощь-2003» (июнь 2003 г.) подчеркивается необходимость совершенствования системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров по неотложной медицине.

В Республике Башкортостан последипломная подготовка специалистов по скорой медицинской помощи (СМП) проводится на профильной кафедре скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы Института последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета. Кафедра была создана в 1989 г. после крупной известной Улу-Телякской железнодорожной катастрофы,

когда стала очевидной необходимость целенаправленной подготовки врачей СМП и общей лечебной сети по оказанию неотложной помощи в чрезвычайных ситуациях.

Многолетний опыт подготовки специалистов по неотложным состояниям позволяет обобщить некоторые направления этой деятельности. Так, рабочая программа цикла «Диагностика, лечение, реанимация при различных заболеваниях» была взята за основу «Унифицированной программы обучения врачей скорой и неотложной медицинской помощи», разработанной в НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского (1984), и включает в себя неотложные состояния в акушерстве и гинекологии, терапии, хирургии и травматологии, неврологии, токсикологии, педиатрии, при инфекционных заболеваниях, а также реанимацию и интенсив-

ную терапию. Однако в ней не был предусмотрен раздел, в котором обсуждались бы вопросы организации службы медицины катастроф, сортировки, эвакуации пораженных и оказания неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации. Поэтому программа была дополнена данным разделом, основываясь также на «Унифицированной программе последипломного обучения врачей по организации экстренной медицинской помощи в ЧС» (1990) и на «Дополнениях к программе» (1992), разработанных в ЦОЛИУВ.

Что касается продолжительности учебы, то оказалось, что оптимальными и наиболее затребованными оказались 2-месячные циклы обучения.

Практика показала, что приемные отделения ЛПУ на сегодня не готовы к оказанию неотложной помощи при массовом поступлении пострадавших. Поэтому мы с 1998 г. организовали месячные циклы «Работа приемных отделений ЛПУ в ЧС» для заведующих приемными отделениями ЛПУ.

Учитывая необходимость привлечения врачей всех специальностей к оказанию неотложной помощи в ЧС значительный удельный вес в работе кафедры занимает обучение всех курсантов института медицины катастроф по 12-часовой программе. С 1989 г. по июнь 2002 г. на кафедре прошли обучение 6927 врачей, из них непрофильных специальностей — 4265 (61,6%), врачей общего профиля — 1630 (23,5%), врачей скорой помощи — 482 (6,95%), анестезиологов-реаниматологов — 345 (5%), комбустиологов — 99 (1,4%). Вопросы, относящиеся к организационной структуре службы СМП, медицины катастроф, оказанию неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации, включены в тесты квалификационных и сертификационных экзаменов.

Врачи СМП и клинической базы кафедры задействованы в выполнении научных исследований. За последние 3 года сотрудниками кафедры совместно с практическими врачами опубликовано 546 научных работ, в том числе 46 на международном уровне; изданы 2 монографии, 3 сборника научных трудов и 30 методических пособий. Получено 7 патентов на изобретение и 50 рационализаторских предложений. Защищено 7 и выполняется 10 кандидатских диссертаций.

Актуальным остается вопрос последипломной подготовки фельдшеров СМП. До настоя-

щего времени она проводится на базе училища повышения квалификации средних медицинских работников по программе «Лечебное дело». В 2002 г. был организован 1,5-месячный цикл тематического усовершенствования для фельдшеров СМП. Результаты анкетирования свидетельствуют о положительной оценке подобной подготовки фельдшеров на профильной кафедре по единой концепции оказания неотложной помощи.

Среди врачей-интернов большой популярностью пользуются месячные циклы «Диагностика, лечение, реанимация при неотложных состояниях», проводимые на базе кафедры с 2001 г. На наш взгляд, целенаправленное освещение неотложных состояний, независимо от базовой специальности, помогает молодым врачам акцентировать внимание на общеврачебных задачах и создает предпосылки к освоению необходимых практических навыков.

В наши дни ЛПУ городов и районов испытывают большие трудности при обучении сотрудников с отрывом от производства. В связи с этим назрела необходимость проведения очно-заочных циклов по 432-часовой программе. Особенно актуальным звеном программы остается выполнение курсантами курсовой работы «Автомобильная травма» по материалам базовых станций СМП. На наш взгляд, внедрение подобной практики вооружает врачей методикой аналитической, научно-исследовательской работы.

С 2000 г. разработана и осуществляется программа подготовки врачей по специальности «Скорая медицинская помощь» в интернатуре и клинической ординатуре. Базой для обучения являются Городская клиническая больница № 18, станция СМП Уфы, республиканский центр медицины катастроф. Врачи-интерны обучаются в течение 1 года, клинические ординаторы — в течение 2 лет. Каждый обучающийся имеет кафедра́льного куратора. Однако при подготовке кадров у нас возникают проблемы с интернами, клиническими ординаторами и аспирантами по СМП, так как желающих специализироваться по этой области единицы. Данное несоответствие между потребностью в кадрах и их фактическим отсутствием требует серьезной проработки; популяризации медицины неотложных состояний, повышения престижа врачей СМП и, естественно, улучшения материального вознаграждения за несомненно самый ответственный и тяжелый труд.

СИСТЕМА НЕОТЛОЖНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА ПРИМЕРЕ МЕДСАНЧАСТИ ОАО «УРАЛЭЛЕКТРОТЯЖМАШ»

А.И.Цветков, Н.Л.Кузнецова

МСЧ ОАО «Уралэлектротяжмаш», Екатеринбург, Россия

© А.И.Цветков, Н.Л.Кузнецова, 2003 г.

В связи с расширением объемов производства за последние годы отмечено увеличение производственного травматизма.

Целью нашей работы была разработка организационной модели оказания травматологической помощи в условиях медсанчасти.

Удельный вес количества случаев производственной травмы в структуре общего травматизма на ОАО «Уралэлектротяжмаш» снизился с 25,4% в 1995 г. до 17,4% в 1997 г. С увеличением объемов производства в 1998 г. произошло резкое повышение производственного травматизма до 33,5%. С 1999 г. на фоне стабилизации объемов производства и адаптации работников к новым условиям труда отмечается снижение производственного травматизма. В 2000–2001 гг. наблюдалось снижение удельного веса производственной травмы, что было связано с внедрением разработанной нами организационно-функциональной модели профилактики производственного травматизма, оказания травматолого-ортопедической помощи, функциональных методов лечения.

С 2000 г. в работу медсанчасти внедрена новая организационная модель оказания медицинской помощи пострадавшим от производственных и непроизводственных травм. Создано амбулаторное отделение травматологии, включающее в себя хирургический и травматологический кабинеты, операционную, перевязочную и кабинет реабилитации. К оказанию травматологической помощи привлечены узкие специалисты. Созданы алгоритмы оказания помощи пострадавшим, отработаны механизмы взаимодействия с лечебными учреждениями травматологического профиля.

Внедренные организационно-функциональная модель и автоматизированная система мониторинга позволили охватить системой диспансеризации всех нуждающихся пациентов. Для каждого пострадавшего с производственной и непроизводственной травмой, а также пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы разработаны индивидуальные программы реабилитации. За счет этого достигнуто снижение сроков временной нетрудоспособности в 2002 г. по отношению к 2001 г. на 11,5%, снижение первичной инвалидности от травм на 27% и снижение повторной инвалидности на 5%.

В результате трехлетней работы средняя длительность одного случая нетрудоспособности при заболеваниях костно-мышечной системы снизилась на 9,4%. При этом ни один пациент за эти годы не был переведен на инвалидность.

За период 2000–2002 гг. в развитие медсанчасти предприятия было инвестировано 4350 тыс. рублей, в результате чего количество дней временной нетрудоспособности снизилось на 3448, окупаемость затрат на развитие медсанчасти предприятия — 1,58, предотвращенный ущерб составил 939,4 тыс. руб.

Таким образом, разработана и внедрена организационно-функциональная модель оказания травматолого-ортопедической помощи организованному работающему контингенту и автоматизированная система мониторинга за состоянием здоровья работающих в условиях медико-санитарной части, интегрированной в муниципальное здравоохранение, что позволило получить значительный медико-социальный и экономический эффект.

К ВОПРОСУ О ДОДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

С.В.Цвиренко, В.И.Белокриницкий

*Уральская государственная медицинская академия,
Городская станция скорой медицинской помощи, Екатеринбург, Россия*

© С.В.Цвиренко, В.И.Белокриницкий, 2003 г.

Проблема подготовки кадров для скорой медицинской помощи (СМП), несмотря на более

чем столетнюю историю службы, никогда серьезно не рассматривалась. Очевидно, сказывалось

пренебрежительное отношение к СМП как к чему-то второстепенному. Хотя в последние десятилетия создаются кафедры СМП, но они занимаются последипломной подготовкой специалистов. По имеющимся у нас сведениям, циклов подготовки по СМП в программе вузов нет либо занятия на них проводят работники клинических кафедр, что существенно снижает эффективность подготовки кадров. По нашему мнению, подготовка студентов по специальности «Скорая помощь» должна проводиться непосредственно на станциях СМП, с участием специалистов СМП, при согласовании программы подготовки занятий с вузом.

В 1978 г. в Свердловском государственном медицинском институте был создан цикл по СМП. Идею его создания подсказало общение со студентами, выпускниками института. Неплохо зная теорию (патогенез, лечение), они хуже разбирались в тактике оказания СМП, особенно

в диагностике на ранних стадиях заболеваний и травм. С началом проведения циклов по СМП наиболее опытными сотрудниками станции СМП непосредственно на рабочем месте положение стало улучшаться. С 1982 г. на станциях СМП стали проводить подготовку врачей-интернов. Указанные формы обучения существенно повысили качество додипломной подготовки врачей по оказанию СМП. К сожалению, с 1994 г. в результате изменений программы обучения в медицинских вузах циклы по СМП были заменены летней практикой, что негативно сказалось на результатах обучения.

Для улучшения подготовки кадров СМП в 2002 г. в Уральской государственной медицинской академии организована профильная кафедра, а с 2003/2004 учебного года по инициативе администрации станции СМП в программу подготовки врачей-лечебников вновь введены циклы по оказанию СМП.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПАРОКСИЗМОВ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ

В.М.Шайтор, А.И.Муханова

Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования, Россия

© В.М.Шайтор, А.И.Муханова, 2003 г.

Пароксизмальные нарушения сознания в детском возрасте наиболее часто встречаются при наличии у больных выраженного церебрального синдрома. Именно церебральная астенция в той или иной степени сопровождает клинические проявления разнообразных патологических состояний. Доступные в практическом здравоохранении методы нейровизуализации не позволяют достоверно оценить состояние и уровень функциональной зрелости центральных механизмов регуляции различных систем организма. Однако срыв системы функциональной компенсации ЦНС является ведущей причиной возникновения пароксизмальных нарушений сознания, судорожных проявлений у детей с церебральными дисфункциями перинатального происхождения. С другой стороны, наличие хронической церебральной сосудистой недостаточности у данной группы больных усугубляет тяжесть этой патологии.

Отмечено, что выраженность церебральной астении связана с возрастными периодами раз-

вития, стрессовыми факторами окружающей среды и адаптационно-приспособительными возможностями детского организма.

Профилактика угрожающих жизни состояний в детском возрасте связана с разработкой новых диагностических методов и критериев оценки функционального состояния и возможностей центральных регуляторных механизмов головного мозга.

Цель исследования заключалась в изучении и выделении наиболее достоверных диагностических методов оценки функционального состояния ЦНС у детей, перенесших пароксизмы нарушения сознания.

Проведено клинко-нейрофизиологическое обследование 43 детей с пароксизмами нарушения сознания в возрасте от 9 до 14 лет. У больных были выделены следующие ведущие клинические синдромы: в 56% случаев — церебральный, в 61% случаев — хроническая церебральная сосудистая недостаточность; при этом 86% детей имели различные послед-

ствия перинатального повреждения нервной системы. У всех обследуемых использовали нейрофизиологические методы диагностики функционального состояния ЦНС и межполушарной функциональной асимметрии, включающие в себя электроэнцефалографию, нейрокартирование локальной активации проекционных зон корковых выходов по параметрам сверхмедленных физиологических процессов; омегаметрию, позволяющую оценить уровень бодрствования и его вегетативное и гемодинамическое обеспечение; устойчивость к транзиторной гипоксии по пробе Штанге. Церебральную гемодинамику оценивали по данным реоэнцефалографии и доплерографии сосудов головного мозга.

Анализ результатов исследования позволил практически у всех больных с церебрастеническим синдромом выявить наличие перинатально обусловленных нарушений механизмов регуляции кислородзависимых систем энергообеспечения в виде снижения стрессорной устойчивости

организма и ограничения компенсаторно-приспособительных возможностей ЦНС. Вероятно, исходной причиной кислородзависимого гипозергоза явилась перинатальная патология нервной системы ишемически-гипоксического происхождения, влияющая на развитие стволовых образований мозга и структур дыхательного центра. Наличие хронической церебральной сосудистой недостаточности у обследуемых больных способствовало формированию низкоамплитудного электрогенеза с возрастной задержкой зонального распределения биоэлектрической активности коры головного мозга и наличием межполушарной асимметрии.

Таким образом, комплексное нейрофизиологическое обследование больных с пароксизмами нарушения сознания, включающее в себя омегаметрию, нейрокартирование, пробу Штанге, доплерографию сосудов головного мозга, электро- и реоэнцефалографию, позволяет оценить функциональные возможности ЦНС у детей с пароксизмальными нарушениями сознания.

ИНФОРМАЦИЯ

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

А.С.Ермолов

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© А.С.Ермолов, 2003 г.

Развития скорой медицинской помощи (СМП) является одной из приоритетных задач совершенствования системы здравоохранения нашей страны. Эти проблемы детально обсуждались в декабре 2002 г. на Коллегии Минздрава России. По итогам Коллегии издан Приказ Минздрава № 93 от 11.03.2003 г. «Об отраслевой программе развития скорой медицинской помощи», в котором утвержден план мероприятий по реализации отраслевой программы. В настоящем сообщении представлено состояние проблемы и обоснование необходимости ее решения с помощью проведения программных мероприятий, утвержденных вышеупомянутым Приказом.

Для населения вызов бригады СМП зачастую оказывается последней надеждой на сохранение жизни и здоровья. По результатам работы этой службы наши граждане и представители власти оценивают уровень и состояние здравоохранения в целом. Последние трагические события в России и за рубежом, связанные с проявлениями международного терроризма, подняли статус скорой медицинской помощи до уровня службы национальной безопасности.

Помимо роста смертности и изменений в структуре заболеваемости, одной из ведущих современных тенденций стало увеличение доли пациентов, нуждающихся в экстренной помощи.

Ежегодно за медицинской помощью в связи с развитием неотложных состояний обращается каждый третий житель страны, а каждый десятый житель госпитализируется по экстренным показаниям. За последние 10 лет количество вызовов бригад СМП увеличилось на 30%, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, возросла почти в 3 раза. Особая тяжесть состояния ургентных больных и пострадавших обуславливает высокую летальность, длительную утрату трудоспособности и увеличивающийся уровень инвалидизации. Более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации. Неотложные пато-

логические состояния, травмы и отравления занимают первое место среди причин смертности людей трудоспособного возраста.

Увеличение доли экстренной помощи отрицательно сказывается на экономическом состоянии отрасли. В настоящее время в этом секторе уже сосредоточено более половины средств здравоохранения. В структуре расходов на оказание медицинской помощи населению на долю СМП на догоспитальном этапе приходится более 10% от бюджета здравоохранения, а на госпитальном этапе — около 65% от всех расходов на стационарную помощь. Таким образом, в этой сфере аккумулируется в целом около 50% средств, направляемых на охрану здоровья.

Важнейшим фактором, обуславливающим увеличение потребности в экстренной помощи, является ослабление профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи, хронизация течения заболеваний. По данным ряда ученых, около 5% хронических больных в течение года потребляют 25% объема СМП.

Все перечисленные тенденции имеют долгосрочный характер, что обуславливает особую актуальность вопросов оказания скорой медицинской помощи населению.

Помимо увеличения потребности в СМП, изменилось и ее содержание. В широкую, повседневную клиническую практику вошли современные технологии. Экстренная медицина и по порядку оказания, и по содержанию становится все более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим.

В настоящее время в оказании этого вида помощи участвуют более 3000 станций и отделений СМП, 47 больниц СМП, 2 профильных научно-исследовательских института. В различной мере в оказании экстренной медицинской помощи участвуют большинство общесоматических и специализированных стационаров.

Нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы организации скорой медицинской

помощи, в основном сложилась в период 70–80-х годов и не отражает современных особенностей оказания СМП.

Нормативная база, регламентирующая оказание СМП на госпитальном этапе, также устарела и содержит ряд серьезных противоречий. Статус больниц СМП был определен Приказом Минздрава СССР от 20.05.1988 г. № 404, а также Приказом Минздрава РФ от 09.04.1998 г. № 110 как стационарных учреждений, имеющих в своем составе станцию скорой медицинской помощи на правах структурного подразделения. Вместе с тем, в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 26.03.1999 г. № 100, станции скорой медицинской помощи являются самостоятельными юридическими лицами, что привело к правовой неопределенности существования больниц СМП. В результате их количество уменьшилось с 59 в 1999 г. до 47 в 2001 г.

Формирование штатов больниц СМП основывается преимущественно на нормативах, предусмотренных Приказом Минздрава СССР от 06.06.1979 г. № 600, не учитывающим специфику особой нагрузки персонала при оказании СМП. Они были разработаны в 70-е годы и ориентированы на 20% долю экстренных больных в общем составе госпитализируемых. Современные расчеты свидетельствуют, что в учреждениях, оказывающих преимущественно СМП, трудозатраты персонала увеличиваются на 60–70%, а интенсивное использование коечного фонда (при обороте койки свыше 35–40 в год), требуют дополнительного увеличения числа персонала на 25–30%.

Серьезным тормозом в совершенствовании организации СМП является отсутствие четкой системы управления как на территориальном, так и на федеральном уровнях. Существовавшие в конце 80-х годов подразделения, курирующие вопросы СМП в Минздраве СССР, краевых и областных центрах, созданные во исполнение Приказа Минздрава СССР от 20.05.1988 г. № 404, в настоящее время ликвидированы. Следствием этого является неэффективное взаимодействие и координация структур, участвующих в практическом оказании СМП на догоспитальном и госпитальном этапах, в их научном и методическом обеспечении, вопросах подготовки и переподготовки кадров.

Проблемы управления усугубляются отсутствием надежной системы мониторинга в сфере экстренной медицины. Существующие формы государственной отчетности не отражают реаль-

ной потребности населения в СМП и обеспеченности ею.

Одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. Доля фельдшерских бригад составляет от 40% до 60%. При этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад, выезжающих на вызовы и транспортировку, где медицинское пособие предоставляется в объеме доврачебной помощи.

Основные проблемы современного этапа развития СМП представлены ниже:

- противоречивая нормативно-правовая база, не отражающая современные организационные и технологические особенности оказания СМП;

- отсутствие единой системы мониторинга и управления СМП в Российской Федерации и на отдельных территориях;

- высокая доля несвойственной нагрузки на догоспитальном этапе и недостаточно эффективная структура оказания скорой помощи на госпитальном этапе;

- отсутствие единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания СМП, учитывающих этапы ее оказания и отражающих преемственность, объемы и виды помощи;

- неэффективная система тарификации и оплаты СМП на госпитальном этапе, тормозящая интенсивное использование коечного фонда и его реструктуризацию;

- недостаточное взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной помощи.

В течение 2 последних лет в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и им. проф. И.И.Джанелидзе был проведен анализ состояния и основных тенденций в развитии скорой медицинской помощи, что и отражено в представляемой программе первоочередных мер по совершенствованию организации и развитию СМП. Она прошла обсуждение на созданном в нынешнем году Консультативном совете по экстренной помощи при Минздраве РФ.

Принципиальным положением программы является представление о скорой помощи как о функционально едином технологическом процессе оказания медицинской помощи населению при неотложных состояниях на всех этапах.

Следует уточнить, что речь ни в коем случае не идет об административном переподчинении станций и больниц скорой медицинской помощи

щи. Такое подчинение зачастую не только бесполезно, но и вредно. Сегодня речь идет о функционально единой системе СМП, главными и равноправными элементами которой являются структуры догоспитального и госпитального этапов с единой отчетностью на региональном и федеральном уровне.

При этом технологическое единство этапов должно обеспечиваться прозрачной системой мониторинга и конечных результатов оказания скорой медицинской помощи, системой сквозных стандартов и организационно-методическим обеспечением.

Важнейшими компонентами системы СМП мы считаем научные учреждения. В нашей стране сложилась уникальная ситуация. С одной стороны, Россия — единственная страна в мире, имеющая 2 специализированных научно-исследовательских института скорой помощи. С другой стороны, это единственные государственные НИИ городского подчинения, функционирующие на средства городских бюджетов и призванные в связи с этим решать задачи своих субъектов.

Эффективность функционирования сложной системы СМП напрямую зависит от эффективности управления ею.

Главной целью отраслевой программы является формирование механизмов развития системы скорой медицинской помощи. Эти механизмы должны обеспечить повышение качества и медико-экономической эффективности СМП, выравнивание условий ее предоставления на всей территории РФ, первоочередное внедрение современных медицинских технологий в этот сектор, совершенствование системы подготовки кадров. Для достижения этих целей предусмотрен комплекс мероприятий, которые можно сгруппировать по следующим направлениям.

Создание системы мониторинга ситуации в СМП. Программой предусматривается разработка и апробация новых карт вызова бригады СМП. Принципиальными требованиями к новому талону являются объективизация оценок состояния ургентного больного или пострадавшего, конкретизация объема оказанной помощи и механизмы самоконтроля деятельности персонала.

На уровне отчетов о деятельности ЛПУ и отчетов о деятельности сети (формы 30, 47) следует ввести показатель, характеризующий порядок обращения за медицинской помощью, учесть экстренный ее характер. Внесение этих изменений позволит обеспечить преемственность в работе догоспитального и госпитального звеньев,

сквозной характер контроля качества, оценить ситуацию на территориях и в РФ в целом. Эти данные станут объективным источником информации, на основе которой планируется разработать единую систему оценки организации скорой медицинской помощи на территориях. Необходима адаптация служб СМП к современным формам финансирования.

Следующее важнейшее направление — совершенствование системы управления. В последние годы Минздравом многое сделано для восстановления управленческой вертикали. Сегодня это остро необходимо в сфере скорой помощи. На смену структурному принципу управления должен прийти функциональный принцип управления оказанием скорой медицинской помощи на всех этапах. Необходима эффективная координация деятельности структур, занимающихся научным и методическим обеспечением скорой помощи, подготовкой кадров. В соответствии с разделением полномочий и ответственности программой предусматривается формирование 3-уровневой системы управления.

Следующее основное направление — совершенствование структуры СМП.

На догоспитальном этапе это связано, в первую очередь, со снижением необоснованной нагрузки в городах за счет оказания помощи на дому. Очевидно, что эта непрофильная для службы скорой помощи нагрузка является дорогостоящим вариантом дублирования работы первичного звена, а с экономической точки зрения — нецелесообразным расходом бюджетных средств на оказание помощи, входящей в систему ОМС. В этом направлении в городах должен быть предусмотрен ряд организационно-экономических мер: дифференциация помощи на собственно скорую и помощь на дому.

В то же время в сельской местности служба СМП в обозримом будущем будет являться единственной реальной формой медицинского обслуживания населения.

Еще один важный принцип совершенствования структуры СМП — ее типологизация. Очевидно, что в нашей стране невозможно продумать единую модель организации, которая была бы одинаково подходящей и для мегаполисов, и, например, для отдаленных районов Якутии или Сибири.

С этим вопросом тесно связано следующее направление Программы — стандартизация.

Принципиальным моментом является сквозной характер стандартов. Они должны отражать

преимущество и этапность оказания скорой медицинской помощи. Программой предусматривается разработка системы требований к техническому и иному обеспечению всех этапов СМП, к применяемым медицинским технологиям и, наконец, к результату оказания СМП на всех этапах.

Разработка и внедрение стандартов станет мощным механизмом развития СМП. Это важнейший инструмент защиты врача и пациента и основа системы управления качеством помощи. При этом предусматривается разработка методик анализа, охватывающая догоспитальный и госпитальный этапы. В этом смысле введение новой карты вызова бригады становится абсолютно необходимым.

Следующее направление программы связано с совершенствованием научного обеспечения СМП.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что большинство из перечисленных пунктов остро нуждается именно в научно-методическом осмыслении. Мы считаем целесообразным организовать при НИИ отделы, работающие по координации и реализации федеральной программы СМП. Эти учреждения должны стать полигоном новейших медицинских технологий, оценки их прикладного значения для широкой клинической практики. Создание таких федеральных центров на базе НИИ скорой помощи городского подчинения может стать реальным механизмом преодоления противоречий межбюджетных отношений.

Вопрос совершенствования подготовки кадров — одно из важнейших направлений отраслевой программы. Программой предусматривается разработка общих требований к подготовке и переподготовке персонала.

Одним из актуальных вопросов является совершенствование взаимодействия, в том числе межведомственного, при ликвидации чрезвычайных ситуаций. По нашему глубокому убеждению, речь должна идти не об административном подчинении одних структур другим, а о четком детальном регулировании взаимодействия

медицинской службы — структур догоспитального и госпитального этапов — с МЧС, МВД и другими ведомствами. Принципы такого взаимодействия должны быть определены документом правительственного уровня. В рамках же программы мы предусматриваем инициировать этот процесс путем подготовки положения об организации взаимодействия при ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) и поддержания готовности ЛПУ к работе в нештатном режиме.

Объем работ службы СМП на 99,8% состоит в оказании медицинской помощи в обычном режиме, по поводу обычных заболеваний и повреждений и только в 0,2% случаев — по поводу ликвидации последствий ЧС. Даже при чрезвычайных ситуациях ликвидация медико-санитарных последствий не ограничивается догоспитальным этапом, а продолжается и в условиях стационаров. И, наконец, структурной основой оказания медицинской помощи при ЧС всегда будут учреждения лечебно-профилактической сети.

Программа «Скорая медицинская помощь» рассчитана на 5-летний период, с 2003 по 2008 гг. В качестве основных источников финансирования предполагаются средства федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ. Вместе с тем следует сразу уточнить, что по крайней мере на первых этапах финансирование должно обеспечить разработку основных нормативно-методических документов.

В результате реализации отраслевой программы будут решены следующие задачи.

1. В стране будет сформирована база для глубокого совершенствования системы СМП на основе принципов единства, преимущественности и этапности.

2. Реализация подобной модели обеспечит повышение качества помощи, эффективности использования дорогостоящих ресурсов СМП.

3. Реализация программы реально обеспечит гарантии прав граждан на получение квалифицированной и специализированной скорой медицинской помощи, будет способствовать выравниванию условий оказания СМП на территориях РФ.

РЕЗОЛЮЦИЯ ЧЕТВЕРТОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2003»

Организация скорой медицинской помощи (СМП) на всех ее этапах остается одним из важнейших приоритетов развития здравоохранения Российской Федерации. Это обусловлено высокой потребностью и медико-социальной значимостью данного вида помощи, концентрацией финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов в сфере СМП.

В ходе предыдущих конференций и совещаний неоднократно и всесторонне обсуждались основные проблемы организации скорой медицинской помощи, намечены пути дальнейшего совершенствования этого сектора здравоохранения. Концептуальными направлениями развития определены обеспечение управляемости отрасли, повышение эффективности функционального взаимодействия этапов оказания скорой медицинской помощи (станций и больниц СМП), усиление роли программно-целевого планирования.

За указанный период в структуре Министерства здравоохранения РФ введена должность главного специалиста по скорой медицинской помощи, на которую назначен директор НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, член-корреспондент РАМН А.С.Ермолов. Создан Консультативный совет по экстренной медицинской помощи, в состав которого вошли опытные руководители учреждений догоспитального и госпитального этапов СМП, представители научных и образовательных учреждений. Подготовлен ряд регламентирующих документов, направленных на повышение эффективности организационно-методической работы. 24.12.2002 г. была проведена Коллегия Минздрава России, одобрявшая проект отраслевой программы «Скорая медицинская помощь», в дальнейшем утвержденной Приказом Министерства здравоохранения № 93 от 11.03.2003 г.

Концептуальной основой программы является представление о скорой медицинской помощи как о сложной системе взаимосвязанных элементов: станций СМП, стационаров СМП, учреждений подготовки кадров по вопросам СМП, научно-исследовательских институтов скорой помощи. Отраслевая программа предполагает создание условий совершенствования данного вида медицинской помощи, включая разработку оптимальных моделей ее организации для различных территорий, оптимизацию финансиро-

вания и системы оплаты, разработку унифицированных требований по оснащению, кадровому обеспечению, протоколам оказания СМП. Особое внимание уделено совершенствованию структуры учреждений, включая стационары экстренной помощи, вопросам подготовки кадров для отделений экстренной помощи, организационно-методическому и научному сопровождению скорой медицинской помощи.

Обсуждение участниками конференции сложившейся ситуации, исходя из опыта ряда регионов России, подтвердило наличие тенденции к резкому сокращению числа врачебных и увеличению количества фельдшерских бригад СМП. Однако влияние этой тенденции на медицинскую и экономическую эффективность работы СМП не изучено.

Было отмечено, что количество научных исследований по скорой медицинской помощи невелико и не имеет тенденции к увеличению в связи с отсутствием соответствующей научной специальности, а эффективность реализации отраслевой программы тесно связана с широким вовлечением руководителей практического звена станций и больниц СМП, институтов скорой помощи им.Н.В.Склифосовского и им.проф.И.И.Джанелидзе, а также кафедр скорой помощи и неотложной медицины.

Участники конференции обратили внимание на необходимость унификации программ до- и последипломной подготовки специалистов СМП.

В связи с вышеизложенным участники конференции считают необходимым:

1. Поддержку мероприятий, осуществляемых Министерством здравоохранения Российской Федерации по совершенствованию экстренной медицинской помощи, и одобрить основные положения отраслевой программы «Скорая медицинская помощь». Одобрить решение о ежегодном проведении всероссийских конференций и совещаний главных врачей станций и больниц СМП с обсуждением результатов реализации программы.

2. Обратиться в Министерство здравоохранения РФ с предложением о более широком привлечении учреждений практического здравоохранения — станций и больниц СМП, научно-исследовательских институтов и кафедр скорой помощи и неотложной медицины к разработке основополагающих нормативных документов в рам-

ках отраслевой программы. Считать целесообразным проведение научных исследований для выявления влияния замены врачебных бригад фельдшерскими на медико-экономические результаты деятельности станций СМП.

3. Принять за основу предлагаемый перечень основных понятий, терминов и определений системы скорой медицинской помощи. Поручить Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования завершить проект данного документа и представить его на утверждение в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

4. Просить Министерство здравоохранения обратиться в Министерство общего и профессионального образования с предложением включить в перечень научных медицинских специальностей специальность «Скорая медицинская помощь».

5. В целях совершенствования подготовки кадров для скорой медицинской помощи:

— поддержать работу Министерства здравоохранения РФ, РосМАПО, СПбМАПО, МГМСУ по созданию унифицированной программы по неотложной медицине;

— предложить Министерству здравоохранения РФ на утверждение состав комиссии экспер-

тов по подготовке основных разделов этой программы;

— просить Министерство здравоохранения РФ удовлетворить заявки регионов о подготовке в конкурсной и целевой ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь»;

— для повышения эффективности последипломного образования врачей на основе межведомственного взаимодействия рекомендовать Департаменту образования и кадровой политики Министерства здравоохранения РФ рассмотреть возможность организации в РосМАПО и СПбМАПО на функциональной основе факультетов неотложной медицины.

6. Одобрить деятельность редакционной коллегии и редакционного совета российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь».

7. В целях отработки всестороннего взаимодействия в очаге чрезвычайной ситуации и на последующих этапах оказания медицинской и иной помощи считать целесообразным регулярное проведение в регионах учений с привлечением МЧС, МВД, службы медицины катастроф, станций скорой медицинской помощи и стационаров. Предусмотреть выделение дополнительных средств на проведение учений.

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИНФОРМАЦИЯ AMBU INTERNATIONAL A/S

Сравнительный анализ манекенов Ambu Man и Resusci Anne

1. Ambu Man имеет головной мешок, который может легко заменяться и используется только одним обучаемым

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ по-настоящему безопасная гигиеническая система без риска перекрестного заражения
- нет необходимости во внутренней чистке/мойке манекена
- ▶ манекен «выдыхает» через рот и нос – естественным путем
- ▶ наиболее экономичен в течение долгосрочной эксплуатации

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ лицевая маска, которая должна заменяться, чтобы избежать перекрестного заражения
- ▶ трубка воздушных путей и мешок легких должны заменяться
- ▶ следует прислушиваться к выдыхаемому воздуху на боковой стороне манекена снизу от грудной клетки между ребрами
- ▶ очень дорогая гигиеническая система (расходные материалы)

2. У Ambu Man есть инструментальная доска с двусторонним дисплеем

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ результаты тренинга могут одновременно видеть и инструктор, и стажер
- ▶ нет необходимости в электроснабжении
- ▶ Индикация на шкале для:
 - а) объем вентиляции и отклонения из указанного диапазона
 - б) глубина компрессии и отклонения в указанном диапазоне
 - в) индикация ошибки «воздух в желудке»
 - г) индикация неправильного положения рук

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ инструмент с одной сигнальной лампочкой
- ▶ Вы должны не забыть купить и заменить батарейки
- ▶ Индикация посредством лампочки выкл/вкл для:
 - а) только вентиляционный минимум
 - б) глубина компрессии только в точно указанном диапазоне
 - в) отсутствие индикации ошибки и отсутствие желудка
 - г) так же как с Ambu Man

3. Манекен Ambu Man имеет мешок желудка

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ ясно выраженное вздутие живота в случае попадания воздуха в желудок
- ▶ инструментальная доска показывает вздутие желудка

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ отсутствие мешка-желудка
- ▶ отсутствие регистрации ошибки

4. Манекен Ambu Man имеет каротидный пульс

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ самоактивирующийся каротидный пульс во время компрессии грудной клетки

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ пульс только посредством внешней трубки/баллона

5. Манекен Ambu Man имеет уши на лицевой маске

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ возможность тренинга посредством применения контактно-защитной реанимационной маски Life Key

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ отсутствие ушей на лицевой маске для помещения реанимационной маски

6. Манекен Ambu Man имеет регулируемую пружину для изменения жесткости грудной клетки

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ можно имитировать различные и тренировать правильную компрессию грудной клетки, как подростков, так и более взрослых людей и стариков

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ отсутствие регулировки жесткости грудной клетки; стажеры учатся справляться только с одним типом жесткости грудины, которая анатомически слишком мягкая

7. Манекен Ambu Man имеет сумку для транспортировки, которая функционирует как мат для тренировки

С манекеном Ambu Man Вы получаете:

- ▶ легкий манекен 17 кг, включая сумку для ношения
- ▶ легко и удобно упаковывать
- ▶ нет необходимости приносить специальный мат для тренировки, т. к. сумка для ношения также выполняет эти функции

С манекеном Resusci Anne Вы получаете:

- ▶ манекен упакован в защитный чемодан, весит 21,60 кг, включая чемодан
- ▶ тяжелый и громоздкий, а по тому не очень удобный. Однако если у него есть колеса, то его можно тащить.
- ▶ необходимо приносить мат для тренировки, т.к. в чемодане для него нет места

Сердечно-легочная реанимация	Ambu Man mod.C	Skillmeter Anne
1. Характеристики процесса тренировки		
Вентиляция		
Ступени тренинга		
Гиперэкстензия	Да	Да
Выдвижение челюсти	Да	Да
Вентиляция изо рта в рот	Да	Да
Вентиляция изо рта в нос	Да	Да
Вентиляция изо рта в маску	Да	Да
Вентиляция мешок ИВЛ – маска	Да	Да
СЛР с реанимационной маской	Да	Нет
Лайф Ки		
Параметры наблюдения		
Звук и ощущения выдыхаемого воздуха через рот и нос	Да	Нет, выдох через ребра
Движение грудной клетки	Да	Да
Вздутие живота при попадании воздуха в желудок	Да	Нет (нет мешка желудка)
Кардиокompрессия		
Ступени тренинга		
Локализация правильной точки компрессии	Нет	Да
Компрессия	Да	Да
Параметры наблюдения		
Локализация каротидного пульса	Да	Да
2. Анатомические характеристики		
Голова поворачивается в стороны	Да	Да
Реалистичная грудная клетка упрощает идентификацию правильной точки компрессии	Да	Да
Реалистичная эластичность торакса	Шкала от мягкого до жесткого	Только мягкий
Движение торакса	Анатомически правильные наклонные экскурсия	Вертикальная экскурсия
Ясно видимое вздутие живота(воздух в желудке)	Да	Нет
Имитация каротидного пульса:		
Имитация посредством системы внешняя трубка/баллон	Да	Да
Самостоятивирующийся каротидный пульс при кардиокompрессии	Да	Нет
Наличие модели торса	Да	Да
Наличие модели в полный рост	Да	Да

Сердечно-легочная реанимация	Ambu Man mod.C	Skillmeter Anne
3. Характеристики приборов		
Принцип работы	Механический (система «фор-уп») Нет необходимости	Электронно-световая индикация Батареи
Электропитание		
Двухсторонняя инструментальная доска для внешнего и само-контроля с защитной шторкой шкалы со стороны обучаемого при экзамене	Да	Нет
Встроенные инструменты показывают		
Минимальный объем вентиляции, л	Да, на шкале	Нет
Максимальный объем вентиляции, л	Да, на шкале	Нет
Вздутие живота (воздух в желудке)	Да	Нет
Минимальная глубина компрессии (мм)	Да, на шкале	Нет
Максимальная глубина компрессии (мм)	Да, на шкале	Нет
Неправильное положение рук	Да	Нет
Электронное оборудование показывает:		
Тип теста (1 или 2 спасателя)	Да	Да, индикация 5:1 или 15:2
Продолжительность теста	Да, варьируется любая продолжительность	Выбор из 4 по 150 секунд каждый
Параметры теста		
Вентиляция		
Два вдоха перед началом ЕСС	Да	Да
Частота эффективной вентиляции в мин	Да	Нет
Вдохи объемом выше или ниже указанных параметров в определенном диапазоне АНА ¹	Да	Да
Вздутие живота (воздух в желудке)	Да	Да
Кардиокompрессия		
Проверка каротидного пульса	Нет	Да
Показ эффективной частоты ЕСС в мин	Да	Да
Глубина компрессии в указанном диапазоне (АНА)	Да	Да
Соотношение компрессии/релаксации 1:1	Да	Нет
Неправильное положение рук	Да	Да
Незаконченная релаксация торакса между компрессиями	Да	Да
Координация вдохов и кардиокompрессий	Да	Да

¹ Американская ассоциация кардиологов

Сердечно-легочная реанимация	Ambu Man mod.C	Skillmeter Anne
Метроном	Нет	Да
Результаты теста показывают		
Среднее значение каждого параметра	Да	Нет
Полное количество правильных/неправильных исполнений по каждому параметру	Да	Да
Распределение вариантов правильного/неправильного исполнения по каждому параметру в течение теста	Да	Да
Процентное соотношение правильных и неправильных исполнений	Да	Да
4. Дополнительные характеристики оборудования		
Распечатка результатов и статистики	Распечатка диаграмм	Распечатка диаграмм
Дисплей экрана	Да	Да
Начало теста действием СЛР	Да	Да
Начало теста путем нажатия кнопки	Автостарт	Да
В течение теста можно заморозить картинки	Да	Да
5. Гигиенические характеристики		
Защита против перекрестного заражения	Да, индивидуальные головные мешки и заменяемые лицевые маски	Нет, только индивидуальные лицевые маски
Нет необходимости в уходе за внутренними частями манекена	Да	Нет
Необходимость замены внутренних частей	Индивидуальные головные мешки	Верхние/нижние воздушные пути
Нет необходимости в применении лицевых марлевых салфеток на рот/нос	Да	Нет
6. Транспортability		
Вес модели торса с коробкой	12 кг	15 кг
Вес упакованной модели в полный рост	17 кг	21,6 кг
Мат для тренинга	Да, раскладывающаяся сумка для ношения	Нет

Характеристика программного обеспечения дана по программе MS-DOS, что касается новейшей русифицированной программы по новейшим стандартам Американской ассоциации кардиологов, Европейского совета по реанимации, австралийских стандартов, стандартов Новой Зеландии 2000 года и возможности введения своих собственных стандартов и не может сравниваться по уровню профессионализма с несколько ограниченной информацией манекена Skillmeter Anne.

Программа Ambu CPR Software предполагает возможность наблюдения, контроля, реагирования и немедленной корректировки процесса обучения по следующим параметрам:

1. Регистрация уровня вентиляции и частоты компрессии;
2. Временная запись цикла СЛР;
3. Минутный объем вентиляции;
4. Объем сердечного выброса;
5. Первичные вдохи;
6. Частота вентиляции;
7. Объем вентиляции;
8. Воздух в желудке;
9. Частота ЕСС;
10. Соотношение компрессии/релаксации;
11. Глубина компрессии;
12. Интервал между ЕСС-ЕСС;
13. Неправильное положение рук;
14. Возврат грудины;
15. Соотношение компрессии/вентиляции;
16. Распечатка результатов теста.

Манекен Ambu Man C с новейшей программой Ambu CPR Software под Windows'98 за прошедший год приобрели следующие организации:

1. **МОСЭНЕРГО** – 50 манекенов
2. **МГУ** – учебный класс AMBU
3. **ТЦМК, служба скорой помощи, медицинское училище г. Тюмени**
4. **Уфа – нефтеперерабатывающие заводы – 8, Медицинская академия – 2**
5. **Военно-морская академия (г. Владивосток) – 2 манекена**
6. **Тверская медицинская академия – 1 манекен**
7. **ТЦМК Московской области**
8. **ЦЭМП г. Москвы**
9. **Филиалы РАО ЕЭС в Калининградской области**
10. **Учебно-методические центры ГО ЧС Москвы и Московской области**
11. **Международные спасательные организации: SOS International и т. д.**

Новая программа ставит этот манекен в ряд наиболее информативных и эффективных в обучении тренажеров для обучения навыкам СЛР.

Представительство в Москве:

Телефон: +7 095 782 57 56

Факс: +7 095 979 12 47

+7 095 979 85 72

Электронная почта: ambu@satel.ru

Сердечно-легочная реанимация	Ambu Man mod.I	Resusci-Anne Electronics
1. Характеристики процесса тренировки		
Вентиляция		
Ступени тренинга		
Гиперэкстензия	Да	Да
Выдвижение челюсти	Да	Да
Вентиляция изо рта в рот	Да	Да
Вентиляция изо рта в нос	Да	Да
Вентиляция изо рта в маску	Да	Да
Вентиляция мешок ИВЛ – маска	Да	Да
СЛР с реанимационной маской	Да	Нет
Лайф Ки		
Параметры наблюдения		
Звук и ощущения выдыхаемого воздуха через рот и нос	Да	Нет, выдох через ребра
Движение грудной клетки	Да	Да
Вздутие живота при попадании воздуха в желудок	Да	Нет (нет мешка желудка)
Кардиокompрессия		
Ступени тренинга		
Локализация правильной точки компрессии	Да	Да
Компрессия	Да	Да
Параметры наблюдения		
Локализация каротидного пульса	Да	Да
Неправильное положение рук	Да	Да
2. Анатомические характеристики		
Голова поворачивается в стороны	Да	Да
Реалистичная грудная клетка упрощает идентификацию правильной точки компрессии	Да	Да
Реалистичная эластичность торакса	Шкала от мягкого до жесткого	Только мягкий
Движение торакса	Анатомически правильные наклонные экскурсии	Вертикальная экскурсия
Ясно видимое вздутие живота (воздух в желудке)	Да	Нет
Имитация каротидного пульса:		
Имитация посредством системы внешняя трубка/баллон	Да	Да
Самовосстанавливающийся каротидный пульс при кардиокompрессии	Да	Нет
Наличие модели торса	Да	Да
Наличие модели тела в полный рост	Да	Да

Сердечно-легочная реанимация	Ambu Man mod.I	Resusci-Anne Electronics
3. Характеристики приборов		
Принцип работы	Механический (система «pop-up»)	Электронно-световая индикация
Электропитание	Нет необходимости	Батареи
Двухсторонняя инструментальная доска для внешнего и самоконтроля с защитной шторкой	Да	Нет
Шкалы со стороны обучаемого при экзамене		
Встроенные инструменты показывают:		
Минимальный объем вентиляции, л	Да, на шкале	Световая индикация при 800 мл.
Максимальный объем вентиляции, л	Да, на шкале	Нет
Вздутие живота (воздух в желудке)	Да	Нет
Минимальная глубина компрессии (мм)	Да, на шкале	Световая индикация (загорается лампа) при 38 мм
Максимальная глубина компрессии (мм)	Да, на шкале	Световая индикация (лампа гаснет) при 51 мм
Неправильное положение рук	Да	Да
4. Дополнительные характеристики оборудования		
Аудиоритмическая индикация	Нет	Да
5. Гигиенические характеристики		
Защита против перекрестного заражения	Да, индивидуальные головные мешки и заменяемые лицевые маски	Нет, только индивидуальные лицевые маски
Нет необходимости в уходе за внутренними частями манекена	Да	Нет
Необходимость замены внутренних частей	Индивидуальные головные мешки	Нижние воздушные пути
Нет необходимости в применении лицевых марлевых салфеток на рот/нос	Да	Нет
6. Транспортабельность		
Вес модели торса вместе с коробкой	12 кг	15 кг
Вес упакованной в модели в полный рост	17 кг	21,6 кг
Мат для тренинга	Да, раскладывающаяся сумка для ношения	Нет

Финансовое сравнение расходов по эксплуатации манекенов различных производителей по официальному справочнику «Bean Counter`s guide» Австралия

Прежде всего этот справочник интересен тем, что он достоверно показывает, что реанимационные манекены Ambu дороже манекенов их ближайших конкурентов, что фирме Ambu давно известно.

Однако, когда речь заходит о расходных материалах, химикалиях, лицевых масках и т.п., оборудование компании Ambu гораздо дешевле. Более того, следует добавить, что цены на расходные материалы, которые даны в австралийском анализе, могут значительно отличаться от других стран.

Кроме того, процедура чистки может быть различной в разных странах, но вне сомнения, что манекены Ambu с их запатентованной гигиенической системой гораздо безопаснее и дешевле в эксплуатации.

Справочник «Bean Counter`s guide»: стоимость эксплуатации реанимационных манекенов в Австралии

Нижеследующее показывает разницу в эксплуатации реанимационных манекенов на австралийском рынке. Выбор пал на 5 манекенов от 3 поставщиков:

- Ambu Man mod. I
- Ambu Pal
- Laerdal Resusci Anne torso with skill guide
- Laerdal Little Anne
- Simulaids Brad

Цены на манекены Laerdal получены из офиса Laerdal Medical в Мельбурне, 13 – 14 ноября 1997 года.

Цены на манекены компании Ambu International A/S были получены от фирмы Acute Care Systems в Сиднее, 13 – 14 ноября 1997 года.

Цены на Simulaids Brad были получены по телефону из Австралийской Первой Помощи 14 июля 1998 года.

Манекен	Стоимость, USD	Индекс
Ambu Man mod. I	1730,00 USD	100%
Laerdal Resusci Anne torso with skill guide	1100,00 USD	64%
Simulaids Brad	655,00 USD	38%
Ambu Pal	397,50 USD	100%
Laerdal Little Anne	275,00 USD	73%

Таблица показывает стоимость химической санобработки.

Процесс санобработки манекенов Laerdal требует дезинфекции манекена Clorhex перед каждым новым стажером. Когда занятия окончены, необходимо снять лицевую маску и мешки легки для их **уничтожения**, а манекен отдать для дезинфекции.

Манекены Ambu предполагают наличие индивидуальных лицевых масок или маски рот / нос, и головной мешок, которые стажер сохраняет до конца занятия.

Манекены Simulaids предполагают, что стажер сохраняет маску рот / нос до конца занятий, легкие удаляются и **уничтожаются**, а манекен подвергается дезинфекции.

Процесс сандезинфекции и обработки лицевых масок манекенов и масок рот / нос

Лицевые маски моются мылом и водой, помещаются в антибактериальный раствор согласно рекомендациям производителей, промываются в воде и протираются тампоном в 5% спиртовом растворе Clorhexidine и укладываются в мешки для повторного применения или вставляются обратно в манекен.

На этой таблице показаны результаты работы 6 стажеров по 3 раза за занятие.

Цены предоставлены фирмой Livingstone International в Сиднее в июне 1998 года.

Стоимость химической дезинфекции

Манекен	Спиртовой раствор Clorhex, мл	Тампоны, шт.	Антибактериальный раствор, мл	Стоимость за занятие, USD
Laerdal Resusci Anne	1 × 500	100	100	6,95
Simulaids Brad	120	12	100	2,12
Ambu Man mod. I	120	12	100	2,12
Laerdal Little Anne	1 × 500	100	100	6,95
Ambu Pal	120	12	100	2,12

Сравнение стоимости одно- и многоцветных частей манекена

Часть	Laerdal Resusci Anne	Ambu Man mod. I	Laerdal Little Anne	Ambu Pal	Simulaids Brad
Легкие	5,10 USD	Не требуется	2,30 USD	Не требуется	3,95 USD
Лицевые накладки	0,47 USD	Не требуется	0,47 USD	Не требуется	Не требуется
Кожа лица	6,60 USD	15 USD	6,60 USD	10,00 USD	6,80 USD
Головные мешки	Не требуется	0,25 USD	Не требуется	0,075 USD	Не требуется

Амбу манекены не требуют никакой физической работы, однако дезинфекция лицевых масок занимает некоторое время. Таким образом, затраты на труд для одного манекена равны затратам на любой другой манекен. Однако, если в классе используются несколько манекенов, тогда Система Ambu обеспечивает наименьшие затраты на труд, начиная со второго манекена. Это составляет 7 минут на каждый манекен по сравнению с Laerdal Resusci Anne и около 10 минут по сравнению с Simulaids Brad.

Лицевые маски от всех производителей имеют разную долговечность: примерно от 6 месяцев при 2 занятиях в день, до 3-4 лет при режиме занятий 2-3 раза в неделю.

Это исследование не затронуло различные характеристики манекенов или их способность функционировать в качестве учебного пособия. Это исследование затронуло только финансовое различие между применением различных Гигиенических Систем для большого количества пользователей.

Гигиеническая Система **AMBU** обеспечивает наименьшие затраты на труд, и вышеуказанное финансовое преимущество делает ее наиболее экономичной в эксплуатации.

Acute Care Systems (Австралия)

Перевод с английского Маргарита Круг-Йенсен

Амбу Система Имитации МегаКоуд

Представляем Систему Имитации Амбу МегаКоуд с «интеллектуальным» программным обеспечением, которая использует анатомически верные модели в сценариях имитации. Она показана путем развития сценария при уходе студентов за пациентом. Пациент реагирует при подаче кислорода или введении медикаментов. Это лечение в сочетании поможет или ухудшит состояние пациента. Только правильные дозы и время помогут пациенту. Инструктор может принять во внимание или игнорировать реакции пациента, программа же автоматически произведет повторную оценку состояния пациента

Концепция

- Система Имитации Амбу МегаКоуд основана на том, что стажер самостоятельно принимает жизненно важные решения, имеющие моментальное воздействие на состояние пациента, так же, как он будет вынужден поступать, сталкиваясь с реальным кризисом в отсутствие инструктора.
- Произвести манекен, который легок и прост для работы инструктора.
- Инструктор должен быть в состоянии посвятить все свое внимание работе стажеров, а не технике обучающего оборудования, нажимая громадное количество кнопок для работы системы.

Применение

- Бригадам ACLS (расширенный реанимационный комплекс) необходимо обучение, максимально приближенное к реальной жизни, с тем чтобы стажеры были подготовлены к кризисам, которые могут встретиться на их пути в госпитале и вне его.
- Практические занятия на быстро реагирующих манекенах являются существенной частью процесса.

ЧТО НОВОГО?

- Возможность подсоединения к компьютеру всех манекенов Ambu Man C, Defib, Cardiac Care.
- Использование Windows 2000 и Windows XP.
- Подключение через порт USB.
- Новый бокс медикаментозного лечения, меньше, элегантнее, «Датский Дизайн».
- Программа разработана в операционной системе Windows – гибка и понятна пользователю.
- Анатомически верные модели в сценариях.
- Регулировка пульса на манекене.

Впервые показана на конгрессе реанимации 2002 и на выставке «Medica» в октябре 2002 года. Открыта для продажи в марте 2003 года.

Спецификации

Требования к программному обеспечению:

- Windows 98, Me, 2000, XP

Требования к компьютеру:

- Минимум – процессор Pentium II, минимум – 32 МВ оперативной памяти (рекомендовано 64 МВ), CD ROM drive, USB порт, рабочий экран, как монитор с дистанционным управлением.
- Поставляется с 17 запрограммированными сценариями.
- Число сценариев, которые можно запрограммировать самим, не ограничено.
- Запрограммированные алгоритмы или использование Ваших собственных.
- Вся работа на манекене по СЛР (сердечно-легочной реанимации) непрерывно регистрируется.
- Вся работа на манекене ACLS (расширенный реанимационный комплекс) непрерывно регистрируется.
- Данные по ЭКГ и СЛР (сердечно-легочной реанимации) могут быть показаны одновременно.
- В любое время можно проследить отчет по тому или иному сценарию.
- Сценарий может изменяться во время работы над ним:
 - делая процесс обучения более гибким;
 - увеличивая реалистичность обучения.
- Сценарии и отчеты по тестам могут быть сохранены, что
 - Помогает инструктору:
 - организовать повторное обучение стажера;
 - сравнивать данные.
- Распечатка отчетов по сценарию:
 - действия по выполнению ACLS (расширенный реанимационный комплекс);
 - действия по выполнению СЛР (сердечно-легочной реанимации) – статистика по действиям СЛР;
 - кривые СЛР и ЭКГ могут быть распечатаны – Вы можете уменьшить их в размере;
 - страница обзора;
 - страница обзора медикаментов;
 - возможно подключение принтера.

Имеющиеся комплектации:

Амбу Система Имитации МегаКоуд

- Полный рост Амбу тренажер I.V. (внутривенное вливание)
- Руки и ноги
- Бокс медикаментозного лечения

Амбу Система Имитации МегаКоуд, USB

- Полный рост Амбу тренажер I.V. (внутривенное вливание)
- Руки и ноги
- Интерфейс USB

НАБОРЫ ПО ОБНОВЛЕНИЮ ПРЕДЫДУЩЕЙ МОДЕЛИ:

Амбу Система Имитации МегаКоуд

- Программное обеспечение с новым боксом медикаментозного лечения.

Амбу Система Имитации МегаКоуд, USB

Программное обеспечение с новым интерфейсом USB.

Характеристики — Ambu MegaCode Man

- Наличие датчика теста встряхивания помогает обрабатывать реалистическую оценку состояния пациента.
- Датчик запрокидывания головы гарантирует, что стажер учится запрокидывать голову и открывать воздушные пути правильно.
- Датчик контроля каротидного пульса показывает, что стажер проверил наличие пульса.
- Манекен обладает апробированным и тестированным прибором для механического мониторинга, который дает моментальные данные по объему вентиляции, воздуху в желудке, глубине компрессии грудной клетки и неправильному положению рук.
- Регулируемая жесткость грудной клетки для имитации различной конституции человеческого тела.
- Гибкие электроды для дефибрилляции с тем, чтобы тренироваться со всеми ведущими марками дефибрилляторов.
- Интубация с обычной оральной трубкой, ларингиальной маской и КомбиТьюб для использования оборудования, которое применяется ежедневно.
- Дефибрилляция до 400 Дж позволяет производить дефибрилляцию как в реальной жизни: 200 Дж, 200-300 Дж, 360 Дж.
- Для большей реалистичности сценария обучения можно тренировать 3-4 отведения ЭКГ и I.V. (внутривенное вливание).

Характеристики — Программное обеспечение

- Простое и легкое в применении. Нет необходимости в специальной тренировке для работы с ним.
- Знаки регулировки на манекене.
- Каротидный пульс, который автоматически следует комплексу QRS, может регулироваться, активироваться и деактивироваться по желанию.
- Звуки дыхания могут включаться и выключаться нажатием мышки.
- Звук сатурации может включаться и выключаться.

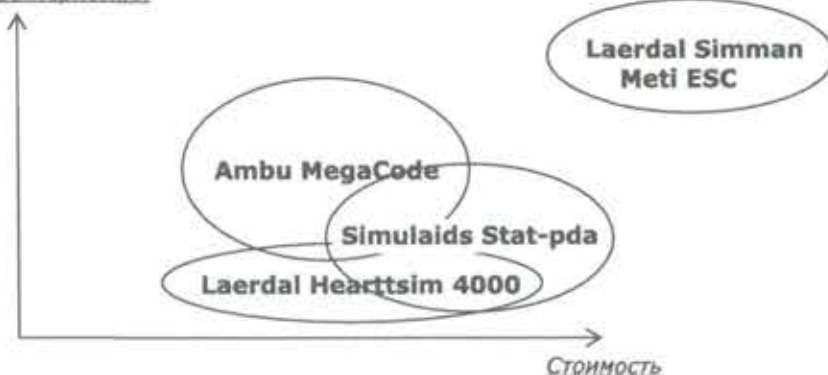
Новые характеристики по имитации:

- кривые 12 отведений ЭКГ;
- регулируемая частота вентиляции;
- регулируемая возможность дефибрилляции;
- регулируемая частота пульса;
- регулируемая сатурация соответствует пульсу и вентиляции;
- регулируемое кровяное давление.

Все перечисленные выше характеристики включены в анатомически правильную модель и работают интерактивно.

- Детальный отчет теста, в котором все действия BLS (первичный реанимационный комплекс) и ACLS (расширенный реанимационный комплекс) на манекене Амбу МегаКоуд регистрируются по секундам.
- Результаты обучения могут быть сохранены в помощь инструктору для организации повторного обучения.

Качество и характеристики



Характеристики программного обеспечения — сравнение

Характеристики	Ambu	Leardal
Кривые 12 отведений ЭКГ	Да	Нет
Регулируемая частота пульса	Да	Нет
Регулируемая частота вентиляции	Да	Нет
Регулируемая возможность дефибрилляции	Да	Нет
Регулируемая сатурация	Да	Нет
Регулируемое кровяное давление	Да	Нет
Кривые с СЛР и ЭКГ показываются на дисплее	Да	Нет
Медикаментозная доза	Да	Нет
Возможность создать и редактировать алгоритм	Да	Нет
Автоматическая регистрация событий:		
• Интубация	Да	Нет
• Неправильное положение рук	Да	Нет
• Объем вентиляции в литрах	Да	Нет
• Глубина компрессии грудной клетки в мм	Да	Нет
• Воздух в желудке	Да	Нет
• Проверка состояния пациента (встряхивание)	Да	Нет
• Дефибрилляция в ДЖ	Да	Нет

Характеристики	Ambu	Leardal
Анатомически верные модели	Да	Нет
Виды аритмии	Да	Да
Разнообразные формы аритмии	Да	Да
Типы экстрасистол	Да	Да
Генерирует пляску каротид	Да	Да
Разнообразные пороги водителей ритма	Нет, но	Да
Запись событий в журнале	Да	Да
Сохраняет или распечатывает результаты	Да	Да
События, определяющие пользователя для журнала	Да	Да
Управляет звуками манекена	Да, но	Да
Управляет обструкцией легких манекена	Нет	Да
Игнорирует дефибрилляцию	Да	Да
Пишет и сохраняет собственный сценарий	Да	Да, но

Характеристики обучения СЛР — сравнение

Реальное время кривых СЛР	Да (без ограничения)	Да (1 мин)
Диаграмма выполнения СЛР	Да (без ограничения)	Да (4 мин)
Оценка СЛР	Да	Да
Запоминание или распечатка отчета	Да	Да
Написать и запомнить Ваши собственные сценарии по ACLS (расширенный реанимационный комплекс)	Да	Да
Написать и запомнить Вашу собственную презентацию ЭКГ	Да	Да
Совместим с манекеном BLS (первичный реанимационный комплекс)	Да	Нет
Возможность доведения / обновления старой модели до новой	Да	Нет

Возможности пользователя — сравнение

Характеристики	Ambu	Leardal
События для журнала, определяемые пользователем для журнала	Да	Ограничены
Разнообразные пороги водителей ритма	Нет	Да
Разнообразные формы аритмии	Да	Да
Разнообразные формы экстрасистол	Да	Да
Дистанционное управление и/или управление посредством клавиатуры	Клавиатура	Да
Бокс медикаментозного лечения	Да	Нет
Соединяется непосредственно с монитором ЭКГ	Да	Да
Совместим с манекеном BLS (первичный реанимационный комплекс)	Да	Нет

Кирстен Текильсен Буус
 Директор по Обучению и Маркетингу
 Ambu International A/S Denmark

Перевод с английского
Маргарита Крөг-Йенсен

127322 г. Москва, ул. Милашенкова, 16 офис №5
 Телефон: +7 095 979 1247
 Телефакс: +7 095 979 8572
 Электронная почта: ambu@satel.ru

+7 095 782 5756

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СПАСАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ В ЕВРОПЕ – CEN/TC 239

Спасательные системы в европейских странах долгое время имели множество различных форм стандартов. В новой Европе мы посчитали практически необходимым создать общие стандарты для достижения лучшего ухода за пациентами также и во время догоспитального этапа.

Европейская организация по стандартизации – CEN – получила мандаты в качестве членов в EU и EFTA для создания нового стандарта для Спасательных Систем. Мандат заключался в следующем: «определить стандарты для транспортных средств неотложной медицины и их медицинского оборудования для обеспечения безопасного и удобного транспорта и догоспитального лечения пациентов».

Мандат Комиссии четко был сконцентрирован на:

- оборудовании транспортного средства для неотложной помощи;
- аспектах и взаимодействиях, связанных с машинами скорой помощи и их оборудованием;
- оборудовании по уходу за пациентами.

Комиссия также выразила интерес относительно координации спасательных систем внутри Европы и подчеркнула проблемы, которые могут возникнуть в случае крупных массовых катастроф с участием более одной страны.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В CEN/TC 239

TC – Технический Комитет. WG – Рабочая Группа.

Технический Комитет TC 239 был организован по инициативе Германии (DIN), и первое заседание проходило в Берлине в 1990 году в Германии с г-ном Бухнером в качестве председателя. Когда г-н Бухнер ушел в отставку, д-р Холлинг, Германия, был выбран новым председателем на совещании Технического Комитета TC 239 в Дрездене в 1998 году.

На первом совещании Технического Комитета TC в 1990 году были представлены существующие стандарты DIN, Германия, и предложены в качестве проекта для Европейских стандартов. Несколько делегаций выступили против и объяснили, что в Европе существует очень много национальных стандартов и все они основаны на специфической локальной основе. Швеция высказала точку зрения, что Технический Комитет TC 239 должен обсудить непрерывный уход за пациентом от места повреждения до госпитальной кровати, независимо от средств транспорта, и стандарт должен предпочтительно основываться на требованиях функциональности.

Рабочая группа WG 1 «Медицинские Транспортные Средства» была основана в 1990 году на первом совещании. С 1998 года г-н Джон Вилби, Великобритания, был избран председателем.

Рабочая группа WG 2 влилась в WG 1 в сентябре 1995 года, и это привело к тому, что WG 1 получила более широкий диапазон действия, так как рабочая группа WG 2 была ответственна за «Носилки и Другое Оборудование по Уходу за Пациентами». В результате работы новой WG 1 появились документы EN 1789 и EN 1865.

Рабочая группа WG 3 «Материалы Первой Помощи и Оборудование для Неотложной Медицины» была основана в 1990 году на первом совещании. Рабочая группа WG 3 предоставила отчет Техническому Комитету, и результаты ее работы были включены в документ prEN 1789. Рабочая группа WG 3 приостановила свою работу в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета.

Рабочая группа WG 4 «Транспортировка Инкубаторов» была основана в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета в Берлине с профессором Гунар Седин, Швеция, в качестве председателя. Рабочая группа WG 4 опубликовала документ prEN13976-1-2.

Рабочая группа WG 5 «Транспортные Средства для Воздуха, Воды и Труднопроходимой Местности» была организована в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета в Берлине с доктором Хаппес, Норвегия, в качестве председателя. Результатом работы рабочей группы WG 5 явилось создание документа EN 13718-1-2.

Рабочая группа WG 6 «Взаимодействия относительно медицинского оборудования» была основана в 1998 году на совещании в Вене с г-ном П-К Андерсен, Норвегия, в качестве председателя. Результатом работы WG 6 явилась обновленная версия документа EN13718-1. В настоящее время WG 6 приостановила свою работу.

ЧТО БЫЛО УДАЧНЫМ?

Работа явилась довольно успешной, что касается мандата по оборудованию транспортных средств для неотложной медицины. Выпущенный документ EN 1789 включает минимум требований к оборудованию машин скорой помощи для различного применения. Стандарт также включает некоторые аспекты относительно машин скорой помощи и оборудования.

ЧТО БЫЛО НЕУДАЧНЫМ?

Некоторые требования в документе EN 1789 оказались в противоречии с существующими стандартами, разработанными другими Техническими Комитетами. Также стало ясно, что документ EN 1789 находится в противоречии с требованиями, данными в директиве 70/56 ЕЕС для дорожного транспорта, и дорожные власти не в состоянии признать этот стандарт.

Что касается **оборудования для ухода за пациентами**, документ EN 1865 содержит несколько основных и полезных требований.

Стандарты по **Транспортным Средствам для Воздуха, Воды и Труднопроходимых Местностей** содержатся в документе EN 13718-1-2.

Стандарты по **Транспортировке Инкубаторов** будут официально приняты в документах prEN 13976 в ближайшем будущем.

Требования и способ их выражения относительно безопасности в отделении для пациентов при столкновении практически невозможно тестировать и выполнить.

Сегодняшняя редакция документа EN 1789 затрудняет процесс выражения спецификаций в дискуссиях между производителем и покупателем/потребителем.

Технический Комитет 239 отнесся с неохотой к изучению взаимодействий, и эти аспекты не были отражены в документе EN 1789, что было замечено Комиссией.

ЦЕЛИ/ЗАДАЧИ на будущее

Работа со стандартизацией во многом является бесконечной: конфликты с другими стандартами, принятие стандарта, дисгармония с другими общими регулятивами, причины для исправления или обновления стандарта и т.п. Новые задачи становятся актуальными и должны быть внесены в стандарт или явиться конечным результатом новых стандартов. Программа на сегодня содержит следующее:

EN 1789:1999	Медицинские транспортные средства и их оборудование – Дорожные машины скорой помощи	Принят в 1999 г.
EN 1789:1999/prA1	Исправление EN 1789	В процессе подтверждения
PrEN 1789:1999 rev	Обновление EN 1789	В процессе развития
EN 1865:1999	Спецификация носилок и другого оборудования по уходу за пациентом, используемого в дорожных машинах скорой помощи	Принят в 1999 г.
EN 1865:1999	Обновление EN 1865	Еще не начинали
PrEN 13976-1	Транспортировка инкубаторов – Часть 1: Условия взаимодействия	В процессе подтверждения
PrEN 13976-2	Транспортировка инкубаторов – Часть 2: Требования к системе	В процессе подтверждения
EN 13718-1:2002	Транспортные средства скорой помощи для воздуха, воды и труднопроходимых местностей – Часть 1: Требования к медицинскому оборудованию для непрерывности ухода за пациентом	Принят в 2002 г.
EN 13718-2:2002	Оперативные и технические требования к непрерывности ухода за пациентом	Принят в 2002 г.
Новая тема	Взаимодействия относительно медоборудования	В процессе развития
Новая тема	Распознавание машин скорой помощи и персонала	В процессе развития

Самым важным разделом будущей работы является переработка документов EN 1789 и EN 1865, которые были приняты в 1999 году. Обновление относится, среди прочего, к улучшению безопасности персонала, одежды и распознаванию машин скорой помощи и персонала. Изменения предполагаются в увеличении безопасности персонала, одежды персонала и по вопросу маркировки. Требования других властей относительно транспортных средств должны быть лучше адаптированы в стандартах.

Бенгт Шёберг

Шведский Комитет по Стандартизации
Эксперт по Оборудованию для Иммобилизации
Пациентов в Машинах Скорой Помощи
Директор
Germa

Перевод с английского: **Маргарита Круг-Йенсен**
127322, Москва, Милашенкова, 16, офис 5
Тел.: (095) 979-12-47, 979-85-72, 782-57-56

ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.Ю.Пиковский

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

© В.Ю.Пиковский, 2003 г.

Проблема травматических повреждений позвоночника и спинного мозга занимает особое место в экстренной медицине. При спинальных повреждениях летальность составляет до 30%, а инвалидизация приближается к 100% [1]. В разных странах ежегодно на 1 000 000 населения приходится 15–55 случаев острой спинальной травмы, причем основную долю пострадавших составляют мужчины от 15 до 40 лет [2]. Повреждения шейного отдела составляют до 25% от общего числа травм позвоночника и, сопровождаясь в 52% случаев неврологическими расстройствами, относятся к наиболее тяжелым травмам опорно-двигательной системы [3, 4]. По механизму возникновения их разделяют на сгибательный, разгибательный, хлыстовой, компрессионный [5, 7].

Основными причинами повреждений позвоночника в шейном отделе являются производственная травма (35–50% случаев), дорожно-транспортные происшествия (20–56% случаев), падение с высоты (19–45% случаев), спортивная травма (3,5–11% случаев) [2, 4, 7]. Травма шейного отдела позвоночника более чем в 44% случаев сопровождается повреждением спинного мозга [6] с возникновением параличей, являющихся основной причиной тяжелой и стойкой инвалидизации. При этом уровне повреждения нередко развивается жизнеопасных нарушений уже в остром периоде за счет восходящего отека ствола мозга с депрессией дыхания.

Таким образом, у данного контингента пострадавших в комплексе догоспитальной помощи необходимо предусмотреть щадящую иммобилизацию позвоночника в шейном отделе для предупреждения дальнейшего повреждения спинного мозга во время проведения интенсивной терапии и транспортировки в стационар. Однако, по данным отечественных авторов, лишь у 20% пострадавших с переломом шейного отдела позвоночника была проведена реальная иммобилизация на догоспитальном этапе [4]. Учитывая трудности первичной диагностики повреждения позвоночника, особенно у пострадавших в коматозном состоянии, необходимо всех пациентов на догоспитальном этапе уже при наличии соответствующих обстоятельств травмы (ДТП, падение с высоты и т. п.) относить

к группе риска и проводить им обязательную транспортную фиксацию шейного отдела позвоночника до начала других лечебных мероприятий. Данные требования в большинстве стран включены в обязательный алгоритм действий догоспитальных спасательных и медицинских служб, которые оснащены соответствующим оборудованием (шины-воротники) [9, 10].

К сожалению, в отечественных руководствах догоспитальному ведению пострадавших с травмой шейного отдела позвоночника должное внимание не уделено, и большинство бригад скорой медицинской помощи до сих пор не оснащены необходимыми средствами иммобилизации. В то же время Приказом № 100 МЗ РФ от 26.03.1999 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» введен в оснащение выездной бригады скорой медицинской помощи комплект иммобилизационных головодержателей типа воротников Шанца.

В настоящее время на рынке медицинской продукции появились средства для иммобилизации шейного отдела позвоночника отечественного и зарубежного производства.



Рис. 1. Шина-воротник для иммобилизации шейного отдела позвоночника Stifneck Select Collar («Laerdal»).

В первую очередь, это шины-воротники, предупреждающие осевое смещение шейного отдела позвоночника. Данное иммобилизирующее средство (рис. 1) легко закрепляется вокруг шеи пострадавшего без дополнительной травматизации, причем целесообразно его применение уже при первичном осмотре до извлечения пациента с места травмы (салон автотранспорта, завалы и т. п.), до перекладывания на носилки или нача-

ла интенсивной терапии (интубация трахеи, проведение ИВЛ и т.п.). Пациент должен находиться в шине-воротнике до проведения рентгенологического исследования в стационаре. Необходимость соответствия диаметра шеи пострадавшего и размера шины предполагает наличие у бригады скорой помощи комплекта шин-воротников различных размеров (до 5 наименований).

На базе нашей кафедры проходили клинические испытания иммобилизирующие средства фирмы «Laerdal» — шит для переноски пострадавших BaXstrap Spineboard и шейная воротниковая шина Stifheck. Необходимо отметить, что конструктивные особенности шейной воротниковой шины Stifneck Select Collar позволяют регулировать ее размеры соответственно длине шеи пострадавших. Это позволяет использовать данную универсальную шину вместо комплекта шин, т.е. является экономически выгодным.

Данные медицинские изделия были применены соответственно у 23 и 17 пострадавших с подозрением на перелом позвоночника или с признаками его повреждения в различных отделах. В процессе клинических испытаний вышеперечисленные иммобилизирующие средства позволяли эффективно стабилизировать позвоночник во время транспортировки. Все пациенты были госпитализированы в стационары без ухудшения неврологической симптоматики, связанной с характером травмы. Надежность и, что немаловажно, простота применения данных изделий позволили рекомендовать их к использованию специалистами скорой медицинской помощи и спасателями.

Тем не менее применение шины-воротника не предохраняет от бокового смещения шейного отдела позвоночника при транспортировке пострада-

давшего в санитарном автомобиле. Для данных целей используются фиксаторы головы (рис. 2), крепящиеся к носилкам и применяемые вместе с шиной-воротником. Примером является SpeedBlocks Head Immobilizer фирмы «Laerdal», позволяющий легко подстроиться под размеры головы пациента и надежно зафиксировать шейный отдел позвоночника в боковом направлении в процессе транспортировки.



Рис. 2. Применение фиксатора головы SpeedBlocks Head Immobilizer в комплексе с шиной-воротником Stifneck и шитом BaXstrap Spineboard («Laerdal»).

Таким образом, на догоспитальном этапе необходимо проведение осознанной гипердиагностики повреждений шейного отдела позвоночника у пострадавших с обязательным комплексным применением иммобилизирующих средств (шины-воротники и фиксаторы головы). Подобная тактика, проверенная мировым опытом [9], позволит оптимизировать догоспитальную помощь пострадавшим с повреждением шейного отдела позвоночника за счет предупреждения ятрогенной травматизации спинного мозга и, в конечном итоге, улучшить прогноз у данного контингента пострадавших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаревский А.В. Комплексное лечение больных с позвоночно-спинномозговой травмой в раннем и позднем периодах болезни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — СПб., 1990.
2. Ромоданов А.П. и др. Некоторые проблемы травмы позвоночника и спинного мозга по данным зарубежной литературы // Вопр. нейрохир. — 1980. — № 1. — С. 56–62.
3. Моисеенко В.А. Особенности диагностики и лечения механических повреждений шейного отдела позвоночника: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. — М., 1997.
4. Цивьян Я.Л. и др. Повреждение позвоночника при дорожно-транспортных происшествиях // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1982. — № 8. — С. 61–64.
5. Колкутин В.И. О «хлыстовых» повреждениях шейного отдела позвоночника // Вестн. хир. — 1972. — № 9. — С. 93–94.
6. Цивьян Я.Л. Повреждения позвоночника. — М., 1971.
7. Ардашев И.П. Повреждение позвоночника при падении с высоты // Хирургия. — 1990. — № 9. — С. 41–44.
8. Трубиников В.Ф. Травматология и ортопедия. — Киев, 1986.
9. Blackwell T.H. Prehospital care // Emerg. Med. Clin. North Amer. — 1993. — Vol. 11, № 1. — P. 1–14.
10. Pennardt A.M. et al. Paramedic documentation of indicators for cervical spine injury // Prehospital Disaster Med. — 1994. — Vol. 9, № 1. — P. 40–43.

ЮБИЛЕЙ

СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА АСТРАХАНИ — 100 ЛЕТ

Службе скорой медицинской помощи (СМП) г. Астрахани 1 сентября 2003 г. исполняется 100 лет.

В 1903 г. собрание Астраханской Городской Думы постановило начать с 1 сентября 1903 г. ночные дежурства врачей с 10 часов вечера до 6 часов утра. Медицинскую помощь оказывали бесплатно на дому и в кабинете дежурного врача. Вознаграждение за дежурство врачей определено 3 руб. за ночь. Была разработана специальная карточка вызова, которая является «родоначальницей» современной карты вызова. Кроме того, велся «Журнал ночных дежурств господ врачей г. Астрахани», а также имелся список инструментов, белья, перевязочных средств и медикаментов. В архивных материалах сохранился первый список дежурных врачей за сентябрь 1903 г. Местом расположения ночных дежурств была определена частная амбулатория при Московской аптеке, которая находилась на ул. Московской (ныне ул. Советской).

До 1913 г. ночные дежурства врачей были регулярными, затем по различным причинам прекратились.

В 1915 г. губернатор передает в распоряжение Городской управы 2 кареты для оказания скорой медицинской помощи при центральном приемном покое г. Астрахани, который функционировал с 1906 г. В феврале и марте 1916 г. и в декабре 1917 г. Городская Дума вновь обсуждает вопрос об организации «карыты скорой помощи», но из-за отсутствия у города помещения и финансов для строительства специального здания в условиях военного времени было принято решение возобновить ночные дежурства врачей в помещении Московской аптеки. На постоянную службу были приглашены 7 врачей. Оплата врачам была увеличена до 15 руб. При вызове на дом, ввиду тревожного времени, врача сопровождал милиционер. Имелся выезд с конюхом.

В 1918 г. «карыта скорой помощи» начинает функционировать при центральном приемном покое (ул. Почтовая, ныне Чернышевского, д. 6). В это время работали 1 врач, 2 фельдшера, 2 телефонистки, 9 конюхов, 8 санитарок. В 1920 г. была организована еще одна «карыта скорой помощи», которая обслуживала население левобережной части города (пос. Трусово). В мае 1920 г. появился первый санитарный грузовой автомобиль, предназначенный для транспортировки раненых и больных красноармейцев.

На заседании президиума Губкома РКП от 31 мая 1921 г. рассматривался вопрос об организа-

ции дополнительно 3 ночных карет, которые должны принимать участие в оказании помощи больным во время эпидемии холеры, чумы, сыпного тифа (эпидкарыты).

В 30-х годах материальная база увеличилась еще на одну машину, но СМП оказывалась с большими перебоями из-за частых поломок транспорта. Конные кареты скорой помощи существовали в г. Астрахани до 1956 г.

С 1950 г. была организована единая станция скорой помощи с подстанцией. Функционирует диагностический кабинет (переносной рентгеновский аппарат, электрокардиограф), при станции имелись аптека, автоклавная, приемный пункт для оказания помощи амбулаторным больным, временный стационар, оборудуются ремонтные мастерские. В 1958 г. открыта подстанция в пос. Комсомольском, в 1960 г. — в пос. Советском, в 1961 г. — в пос. АЦКК, в 1977 г. — Ленинская подстанция. С 1961 г. стала развиваться радиосвязь с машинами СМП.

Новым этапом развития службы СМП стало создание в 1961 г. специализированных бригад. С 1974 г. до 1990 г. станция СМП входила в состав больницы СМП.

В 1978 г. в Астрахани были ликвидированы пункты неотложной помощи при поликлиниках и все функции по оказанию экстренной медицинской помощи переданы службе СМП.

В 1978 г. закончилось строительство специального здания по типовому проекту на 75 000 вызовов в год, а в 2002 г. к этому зданию сделана пристройка, благодаря которой существующие площади увеличились в 2 раза.

В развитие службы СМП города внесли большой вклад А.А.Гернер (1946–1968), Быкова (1968–1974), И.Ф.Браташ (1974–1990), В.П.Сапрыкин (1974–1980), В.П.Коновалов (с 1980 г. и по настоящее время), П.П.Ярошинский (1990–2001), И.А.Эстрин (с 1970 г. и по настоящее время). Трех врачам — Т.С.Коньшевой, Г.Ф.Дзедзичек и Л.М.Нутувич — присвоено звание «Заслуженный врач РФ». В последние годы появилась перспектива улучшения материально-технической базы станции.

На базу станции СМП приходят кафедры Астраханской медицинской академии и Медицинский колледж. Проводится большая работа по улучшению организационно-методической деятельности станции, по повышению качества работы врачей и фельдшеров СМП.

А.Г.Докучаев, И.А.Эстрин, О.Г.Докучаева

НЕКРОЛОГ

Владимир Владимирович Архипов



6 июля 2003 года после тяжелой болезни на 43-м году жизни умер заместитель директора института скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе по перспективному развитию и сотрудничеству, кандидат медицинских наук В. В. Архипов — один из ярких организаторов здравоохранения.

В. В. Архипов родился 28 октября 1960 года в г. Брянске. В 1984 году с отличием и золотой медалью окончил факультет подготовки врачей для Военно-Морского Флота Военно-медицинской академии. Проходил службу врачом-хирургом атомного крейсера Северного Флота. В 1990–1993 гг., после окончания клинической ординатуры при кафедре военно-морской и общей хирургии ВМедА, служил старшим ординатором и начальником хирургического отделения Главного госпиталя Балтийского флота. После увольнения из Вооруженных сил в 1993 году организовал газеты «Мединформ», а затем «Медицина Петербурга» и стал их главным редактором. В 1997–1999 гг. В. В. Архипов — главный специалист, а затем заместитель председателя Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга. С 2000 года он работал заместителем директора по перспективному развитию и сотрудничеству Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе. При непосредственном участии Владимира Владимировича были разработаны городская целевая программа «Совершенствование экстренной медицинской помощи населению Санкт-Петербурга на период 2002–2004 годов» и «Концепция совершенствования экстренной медицинской помощи в Российской Федерации».

Друзья и коллеги Владимира Владимировича надолго сохранят память об этом замечательном человеке.