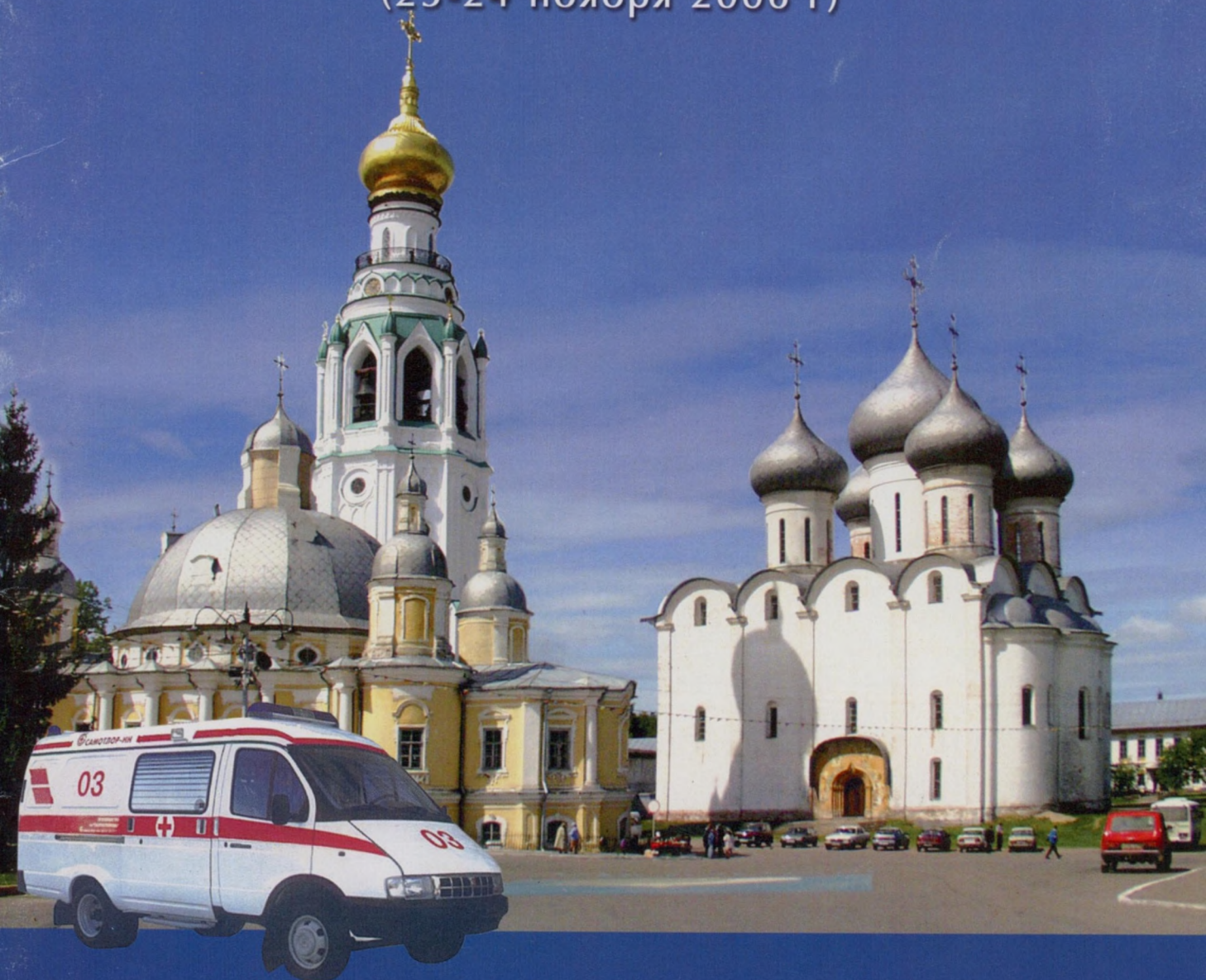


кр

МУЗ "Станция скорой медицинской помощи"

51.1
Н 34
КР № 1374 592

МАТЕРИАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 85-ЛЕТИЮ
СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Г. ВОЛОГДЫ
(23-24 ноября 2006 г)



Вологда
2006

Уникальная эффективность,
ИСПЫТАННАЯ

временем



Нитрокор (таблетки)

- незаменимый препарат для купирования приступов стенокардии
- быстрый гарантированный клинический эффект

Нитрокор (спрей)

- профилактика и купирование приступов стенокардии
- быстрый и выраженный эффект
- в одном баллончике 200 доз
- точность дозирования и удобство применения
- доступная стоимость



Нитрокор[®] (таблетки)
Нитроглицерин

Нитрокор[®] (спрей)
Нитроглицерин



PN#000081/01-2000; PN#99/212/4

phs Pharmstandard

ООО «Фармстандарт»

Представительство в Москве:
Россия, 119048, Москва, ул. Усачева, д. 24
Тел.: (095) 970-00-30
Факс: (095) 970-00-32

ОГЛАВЛЕНИЕ

Маркевич Ю. Н. Службе скорой и неотложной медицинской помощи г. Вологды 85 лет . . .	2
Кузнецов В. А. Условия труда и состояния здоровья медицинского персонала станций и отделений скорой медицинской помощи	5
Санайкина О. К. Управление развитием среднего медицинского персонала станции скорой медицинской помощи	6
Степнов С. Н. Применение психо-диагностических методик для определения проф. пригодности сотрудников ССМП	9
Таланов И. К. Опыт работы оперативного отдела МУЗ ССМП г. Вологды в программном комплексе «АДИС»	11
Спиридонова А. В. О работе отделения скорой медицинской помощи МУ Шекснинской ЦРБ .	13
Митрушин С. М. Организация работы ОСМП МУ Сямженской ЦРБ	15
Невзоров Н. М. Особенности применения «Нитроспрея» на догоспитальном этапе по результатам исследований	17
Холодева М. М. Опыт применения тромболитической терапии в условиях скорой медицинской помощи	19
Копылов О. В. Особенности течения и оказания помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите у детей в крупном промышленном городе	21
Козлова Г. А. Алкоголь и дети	25
Багрецова О. В. Анализ обращения по поводу несчастных случаев на ССМП г. Великого Устюга	27
Муравьева О. В. Артериальная гипертония	29
Лукогорский И. В. Роль антигипертензивной терапии во вторичной профилактике инсультов	31
Заглубоцкий А. И. Анализ работы отделения скорой медицинской помощи МУЗ "Кичменгско-Городецкая ЦРБ им. В. И. Коржавина	34
Маклакова Т. М. Влияние образа жизни и повышенных нервно-эмоциональных нагрузок на здоровье медицинских работников	37

СЛУЖБЕ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ВОЛОГДЫ 85 ЛЕТ

Организация станции “скорая медицинская помощь” г. Вологды и первые ее шаги неразрывно связаны с именем профессора Василия Вячеславовича Лебедева, замечательного доктора, талантливого организатора здравоохранения. 3 февраля 1919 года под его руководством было открыто санитарно-эпидемиологическое бюро, врачи которого занимались профилактикой и лечением инфекционных заболеваний, они же иногда оказывали помощь и при других заболеваниях. Понимая, что население нуждается в такой помощи, В.В.Лебедев в докладной Губернскому отделу здравоохранения в 1920 году требует выделения средств на содержание кареты скорой помощи. В декабре 1921 года решением Губернского отдела здравоохранения при санитарно-эпидемиологическом бюро открыто отделение скорой помощи.

Василий Вячеславович Лебедев разработал инструкцию правил вызова скорой помощи, в ней говорилось: “Врач должен выезжать к больным, у которых сердечные ранения и ушибы, сопровождающиеся большими кровотечениями или резким упадком сил; при обширных отеках, при обильных кровотечениях у женщин, при внезапной потере сознания, при отравлениях и других неотложных болезненных состояниях”.

Станция скорой медицинской помощи тех далеких лет - несколько тесных комнат на улице Кузнецкая.4, ныне Авксентьевского, с бедной обстановкой: диван, два шкафа, несколько стульев; 4 лошади и две гужевые повозки, одна из которых представляла из себя архиерейскую карету черного цвета с красным крестом на дверцах, внутри стояли носилки и стул для врача.

В набор инструментов входили скальпель, ножницы, пинцет, зажим и клистирная трубка. Таким же простым был и набор медикаментов: порошки, растворы в пузырьках, перевязочный материал.

В июле 1923 года станции было выделено специальное помещение и некоторый инвентарь, “скорая помощь” стала самостоятельным лечебным учреждением. Во второй половине 1923 года поступил 131 вызов, в 1924 году -309, в 1925 - 638, в 1926 -1253 вызова.

К 1933 году в области официально существовало 3 станции скорой помощи: в Вологде, Череповце и Великом Устюге. За этот год персоналом станций оказана помощь 25.593 больным: на Вологодскую скорую поступило 12145, на Череповецкую - 4948, на Велико-Устюгскую 6500 вызовов. В этом же году была открыта станция санитарной авиации, врачи которой сделали 6009 вылетов к больным в различные районы области.

В 1937 году на станции имелось три санитарных автомобиля и один грузовик. Работники имели личные удостоверения и были обязаны предъявлять их на вызове. В 1938 году работники “скорой” получили форму: кожаную куртку и кожаный головной убор.

В эти годы главным врачом работал Роман Константинович Косинский.

К 1941 году открылась Сокольская станция скорой помощи. На все 4 станции в области было 9 машин, работало 16 врачей.

В годы Великой Отечественной войны работники скорой помощи Вологодской области обслужили более 50 тысяч больных и пострадавших. На вызовы часто ходили пешком, дежурили по 2-3 суток подряд. Врачи ушли на фронт, больных обслуживали медсестры и санитарки. Медикаментов не было. Вся помощь, как правило, заключалась в том, что больные и пострадавшие доставлялись в стационар.

Во главе скорой бесценно до конца войны был фельдшер Павел Алексеевич Смирнов. Персонал скорой кроме основной работы постоянно направлялся на лесозаготовки, расчистку железнодорожных путей от снега, на сенокос и копку картофеля.

Закончилась война. На “скорую” вернулись врачи и фельдшеры. В первые послевоенные годы штат состоял из 33 человек. Работало 2 круглосуточные бригады. За сутки поступало 20-30 вызовов вместе с перевозками. Главным лекарством от всех болезней была камфора. Аппаратуры не было никакой.

В 1946 году главным врачом назначен Федор Павлович Бессонов, подполковник медицинской службы, закончивший войну в Германии.

Среди тех, кто много лет продолжал, преумножал и закладывал лучшие традиции станции, прежде всего, следует назвать почетного гражданина Вологды, заслуженного врача Российской Федерации Николая Леонидовича Турупанова.

Н.Л.Турупанов работал на Станции скорой медицинской помощи г. Вологды с 1959 г. С назначением его в 1960 г. на должность главного врача начался новый этап развития службы скорой помощи.

По инициативе Н.Л.Турупанова и при его постоянном участии для станций скорой медицинской помощи городов области было построено прекрасное типовое здание. Получили новые помещения отделения скорой помощи области.

С 1967 г. станция становится базой для повышения квалификации фельдшеров скорой помощи Вологодской области, а в дальнейшем — местом учёбы и обмена опытом для специалистов Северо-Западного региона России.

Для приближения скорой медицинской помощи к населению было открыто 6 филиалов. Под руководством Николая Леонидовича скорая медицинская помощь в г. Вологде постепенно превратилась из фельдшерской во врачебную, а затем и в специализированную.

Н.Л.Турупанову удалось создать стабильный коллектив высококвалифицированных специалистов-единомышленников, для каждого из которых скорая помощь не просто работа, а образ жизни.

Несмотря на сложную и хлопотную жизнь, Николай Леонидович всегда вел большую общественную работу. Он неоднократно избирался депутатом городского Совета, был председателем областного отделения Советского фонда милосердия и здоровья, находил время для научной деятельности.

Николая Леонидовича по праву можно назвать летописцем вологодской медицины. Им написаны многочисленные очерки и статьи о нелегком труде медицинских работников, но особую признательность читателей получили его книги: «Дело, выбранное сердцем», «Дарящие радость», «Чудесная служба 03».

Николай Леонидович — автор песни, и сегодня являющейся «гимном» вологодской «скорой». Не раз звучали по радио его песни: «Мой старый Друг», «Ветеран», а песня «Вологда-город — моя судьба» заняла призовое место в областном конкурсе, посвященном 850-летию города.

С 1993 года станцию скорой медицинской помощи возглавляла врач высшей квалификационной категории Замятина Валентина Александровна. Врач-педиатр, она прошла путь от участкового педиатра больницы СЖД, врача педиатрической бригады до главного врача станции.

В эти годы построена теплая крытая стоянка для машин скорой помощи, компьютеризирован оперативный отдел, бригады оснащены современным лечебным и диагностическим оборудованием: электрокардиографами, дефибрилляторами, глюкометрами, пульсоксиметрами, небулайзерами, автоматическими дыхательными аппаратами, современными средствами иммобилизации; бригады интенсивной терапии-кардиореанимационными комплексами. Внедрены современные лечебные методики: тромболитическая терапия, лечение аэрозольными формами нитратов, небулайзерная терапия, внутривенный наркоз, введение налоксона при передозировках наркотических препаратов.

С 2004 года главным врачом скорой помощи является Маркевич Юрий Николаевич. За неполных три года открыта новая подстанция по адресу: ул.Судоремонтная-9. Новое здание соответствует современным требованиям для оказания скорой медицинской помощи. Сотрудники скорой медицинской помощи приступили к осуществлению шведско-российского проекта по модернизации скорой помощи. В деятельности диспетчерской внедрена новая автоматизированная система «АДИС». Скорая помощь активно участвует в научной деятельности. Провела исследования по использованию современных лекарственных средств на догоспитальном этапе, результатом этой работы явились научные статьи в журнале «Скорая медицинская помощь», участие в областных и российских конференциях. По результатам областной программы скорая

помощь в 2005 году получила современный тренажерный зал фирмы «Амбу», стоимостью 900 тыс. рублей. Продолжается работа по улучшению мест отдыха и работы сотрудников скорой помощи, обновляется спец.одежда.

При реализации национального проекта «Здоровье» станция скорой медицинской помощи получила 4 полноприводных автомобиля на базе «ГАЗЕЛЬ», укомплектованные современным диагностическим и лечебным оборудованием.

С 1 июля 2006 года осуществляются денежные выплаты: врачам - 5 тыс. рублей, фельдшерам - 3,5 тыс. рублей, медицинским сестрам - 2,5 тыс. рублей.

Реализация этих проектов невозможна без поддержки коллектива станции скорой медицинской помощи.

Главное же, безусловно, заключается в том, что в тяжелых современных социально-экономических условиях коллективу Станции скорой медицинской помощи г. Вологды удалось сохранить творческое отношение к делу, сострадание к больным и пострадавшим, лучшие традиции, заложенные предшественниками: Лебедевым Василием Вячеславовичем, Смирновым Павлом Алексеевичем, Бессоновым Федором Павловичем, Турупановым Николаем Леонидовичем, Замятиной Валентиной Александровной.

УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТАНЦИЙ И ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Труд персонала выездных бригад скорой медицинской помощи характеризуется наличием ряда факторов, которые могут вызывать перенапряжение функций психики и соматики, снижать надежность и эффективность выполнения профессиональных обязанностей и повышать риск допущения ошибок при принятии тактических решений.

Высокая общественная значимость персонала СМП, наличие в его труде профессионального риска обуславливает необходимость проведения специальных комплексных исследований на ССМП по определению степени нервной напряженности, тяжести и вредности труда, углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности для обоснования соответствующих мер социальной защиты, а также оздоровительных мероприятий.

Изучение материалов субъективной оценки качественных показателей, определяющих физическую и нервно-эмоциональную напряженность труда медицинского персонала СМП во время вызова позволило ранжировать их по значимости в порядке убывания.

В последнее время усилилось влияние такого фактора, как наличие опасности для собственной жизни.

Санитарно-гигиенические условия труда медицинского персонала и водителей бригад СМП могут быть охарактеризованы как неудовлетворительные.

Специфика и характер деятельности и условий труда нашли отражение в демографических характеристиках персонала, показателях текучести кадров, степени укомплектованности штатов, субъективных оценках, объективных данных психофизиологических изменений и состояния здоровья.

Основным источником плохого самочувствия являются преимущественно производственно-профессиональные факторы: перегрузки в работе, нерациональный режим в работе, недостаточное оснащение оборудованием, нехватка медицинского персонала, выраженные статистические перегрузки, нерациональные рабочие позы при обслуживании больных в автомобиле и др.

Выявленные среди медицинских работников заболевания могут быть отнесены к производственно-обусловленным болезням, в этиологии которых ведущую роль играют неблагоприятные факторы трудового процесса и санитарно-гигиенические условия труда.

Все это свидетельствует о необходимости совершенствования мер социальной и правовой защиты персонала СМП.

УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность. Управление трудовыми ресурсами является одним из важнейших аспектов теории и практики управления.

Цель исследования - разработка комплекса мероприятий, направленных на совершенствование развития среднего персонала скорой медицинской помощи на основе модели кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи г. Вологды», и оценки ее эффективности.

Задачи:

1. Разработать модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи г.Вологды» и внедрить в деятельность ССМП г.Вологды.
2. Создать программы привлечения, адаптации, обучения, финансовых льгот, программы социального обеспечения на основе схем рекомендаций применения законодательства по труду.
3. Разработать модель оценки эффективности управления.
4. Оценить эффективность предложенной модели развития персонала на ССМП г.Вологды.

Объект исследования - МУЗ «Станция скорой медицинской помощи (ССМП)» г. Вологды, пациенты (100 человек), средний медицинский персонал (100 человек).

Методы и материал исследования:

- исторический,
- статистический,
- социологический,
- экспертных оценок.

Исследование проводилось на базе МУЗ ССМП г.Вологды и состояло из этапов:

- подготовительный;
- организационный эксперимент;
- сбор информации (официальная статистика МУЗ ССМП г. Вологды, анкетирование пациентов, сотрудников);
- обработка информации;
- анализ, выводы, рекомендации;
- оформление результатов исследования.

Новизна исследования:

- впервые предложена модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи» и ее программы,
- разработана модель оценки эффективности управления персоналом,
- проведен анализ эффективности управления персоналом.

Практическая значимость. Предложенная модель кадровой политики, ее программы, модель оценки эффективности управления персоналом могут быть использованы в практической работе администрации МУЗ ССМП, других станций СМП.

Управление сестринским персоналом - это целенаправленная деятельность руководителей сестринских служб лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и их подразделений,

использующих различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения слаженной, квалифицированной работы сестринского персонала по оказанию пациентам сестринской помощи соответствующего количества и качества.

Нами разработана модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи г. Вологды», включающая основные направления: занятость, обучение, оплата труда, производственные отношения, охрана здоровья, благосостояния. На наш взгляд, выделение основных направлений в модели кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи г.Вологды» является необходимой частью управленческого процесса.

Таким образом, цель модели кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи г.Вологды» - совершенствование управления персоналом и координация деятельности между субъектами направлений кадровой политики.

Основные задачи прописаны по направлениям кадровой политики. Для решения обозначенных задач разработаны и реализованы семь программ:

- программа привлечения сотрудников,
- программа найма и отбора персонала,
- программа адаптации на рабочем месте,
- программа обучения среднего мед.персонала,
- программа продвижения по службе,
- программа оплаты труда и финансовых льгот,
- программа соц. обеспечения,

При разработке программ мы руководствовались документами, определяющими трудовые отношения и влияющие на них.

Каждая программа содержит перечень обязательных мероприятий, ответственных лиц и сроки реализации.

Разработка модели оценки эффективности управления персоналом

Нами разработана модель оценки эффективности управления персоналом, включающая в себя ряд этапов и предполагающая учет различных факторов, которые оказывают влияние на достижение поставленных целей.

Модель оценки эффективности управления персоналом включает:

- анализ кадрового потенциала МУЗ ССМП
- анализ основных показателей лечебно-диагностической деятельности
- анализ экспертных оценок.
- анализ учебно-воспитательной работы

Нами проведено социологическое исследование исследование с помощью анкет по оценке работы МУЗ ССМП среди пациентов (учитывались удовлетворенность качеством оказания мед. помощи, факторы привлекательности службы ССМП, работа врачей и фельдшеров, предложения по улучшению службы).

Анализ мнения пациентов говорит о привлекательности и востребованности службы ССМП, по мнению пациентов, это достигается за счет высокой профессиональной подготовки мед. персонала, отношения к пациенту и оперативности по сравнению с участковыми службами поликлиник.

Результаты опроса сотрудников ССМП для оценки работы и внесения предложений по улучшению работы

Анализ мнения сотрудников позволил определить, что ведущими причинами неудовлетворенности деятельностью службы СМП являются: слабая техническая оснащенность бригад - (5% опрошенных), недостаточное лекарственное обеспечение - (5%).

Привлекательность работы на ССМП выглядит следующим образом:

- удобный график работы – 42% опрошенных,

- зарплата, льготы – 3% опрошенных,
- занимаемое положение в коллективе – 5%,
- помощь и поддержка руководства – 3%,
- чувство принадлежности к коллективу – 7%,
- соответствие работы профессии – 40%.

90% сотрудников оценили свою работу на «хорошо» и «отлично», 10% - как удовлетворительную.

Предложения сотрудников:

- применение новых методик,
- улучшение лекарственного обеспечения.

Проанализировав данные анкет, можно констатировать факт привлекательности службы за счет оперативности в работе, слаженности в работе бригад, достаточной укомплектованности лекарственными средствами, оборудованием при внимательном отношении к пациентам.

Привлекательность службы ССМП для пациентов определяется в основном сотрудниками ССМП оперативностью (78%) и квалификацией персонала – 7%.

Таким образом, привлекательность службы для населения у сотрудников и пациентов совпадает в плане оперативности и квалификации персонала, а это в свою очередь и есть выполнение основной задачи службы скорой медицинской помощи.

Данные нашего исследования свидетельствуют, что ССМП является социально значимым привлекательным и востребованным видом медицинской помощи.

Проведенная комплексная социально-гигиеническая оценка дала возможность оценить мнение субъектов системы (мед.персонала ССМП, пациентов, экспертов) о качестве организации МУЗ ССМП, позволила разработать модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи» и модель оценки ее эффективности на основе статистической и социологической информации.

Заключение

1. Предложенная модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи», а также модель оценки эффективности управления персоналом является эффективным практическим приемом управления персоналом.

Предложения

1. Разработанная модель кадровой политики «Развитие персонала станции скорой медицинской помощи», ее программы могут быть рекомендованы администрации МУЗ ССМП для эффективности управления персоналом.
2. Модель оценки эффективности управления персоналом может быть рекомендована администрации как инструмент оценки конечных результатов деятельности.
3. Для повышения качества оказания СМП, создания психо-эмоционального климата в коллективе и удовлетворенности службой скорой медицинской помощью как персонала, так и пациентов, предлагается учитывать результаты анкетирования сотрудников и материалы комплекса мероприятий по оценке эффективности управления персоналом при коррекции модели кадровой политики.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФ. ПРИГОДНОСТИ СОТРУДНИКОВ ССМП

Актуальность исследования

Каждая организация стремится иметь у себя лучших сотрудников, но иногда процесс отбора кандидатов на должность заключается лишь в оценке профессиональных способностей, необходимых для решения рабочих задач и получения необходимых результатов работы. Однако все больше организаций точно знают, какие сотрудники им нужны для достижения стратегических целей. Определяется не только профессиональный уровень, но и компетенции, описывающие необходимые стандарты поведения и наиболее значимые для каждой должности личностные черты сотрудника. Наиболее простой задачей представляется оценка профессиональной подготовки кандидата, а с выявлением компетенций и личностных черт часто возникают сложности. Между тем, очень важно, чтобы удачно выбранная сотрудником профессия по своим характеристикам совпадала с мотивационными, эмоциональными, когнитивными и коммуникативными особенностями человека. Только в таком случае возможна гармония интересов работника и работодателя, максимальная отдача от каждого сотрудника, а сам процесс трудовой активности будет приносить удовлетворение. Для решения таких задач применяются разные психодиагностические методики, но наиболее популярным и доступным является психологическое тестирование.

Метод тестирования – наиболее часто применяемый метод психодиагностики, позволяющий определить наличие у человека тех или иных психических качеств, свойств, уровень их развития и сравнить полученные результаты с имеющимися нормами.

Цели и задачи

Предлагаемый блок психодиагностических методик призван облегчить труд кадровой службы предприятия по отбору специалистов на должности врачей и фельдшеров бригад «Скорой помощи», улучшить качество и количество информации, необходимой для принятия решений по отбору, развитию и обучению персонала, оценки профпригодности и аттестации, а также может использоваться в качестве инструмента организационных изменений.

Тесты подбирались таким образом, чтобы не вызвать затруднений при интерпретации работниками кадровой службы, как правило, не имеющими специального психологического образования. По этой же причине представленный блок методик пригоден для управленческого анализа. Немаловажным представляется и относительно краткое время, затрачиваемое на применение всего пакета тестов (от 30 до 40 минут на человека, как показали результаты пробного тестирования).

Краткая характеристика методик

Представленный блок тестовых методик включает в себя:

1. Экспресс-оценку личностных качеств работника. Используется психометрическая методика С. Делингера в адаптации А.А. Алексеева и Л.А. Громовой.
2. Определение мотивации в работе. Использован опросник Ф. Герцберга, базирующийся на его двухфакторной теории мотивации.
3. Тест психофизиологической предрасположенности к управленческой деятельности, предложенный Т.К. Чернаевой и Б.В. Блоновым (СПб, 2001).
4. Диагностику психодинамических свойств личности при помощи опросника Б.Н. Смирнова.
5. Определение уровня личностной готовности к риску ("PSK" Шуберта (по Н.П. Фетискин и соавт.))

Анализ и интерпретация результатов

Предлагаемый блок методик был апробирован на выборке сотрудников МУЗ «ССМП» в количестве 10 человек, со стажем работы менее 3-х лет, в возрасте от 21 до 25 лет, смешанного гендерного состава. Все испытуемые работают в должности фельдшера выездной бригады, имеют среднее специальное образование.

Опыт применения пакета методик показал, что в целом предлагаемый пакет соответствует заявленным задачам, демонстрируя мотивационные, эмоциональные, характерологические и коммуникативные особенности тестируемых, определяющие их профпригодность в качестве работников экстренной медицинской службы, а также позволяет прогнозировать их профессиональный рост. Результаты тестирования могут служить материалом для управленческого и кадрового анализа.

ОПЫТ РАБОТЫ ОПЕРАТИВНОГО ОТДЕЛА МУЗ ССМП Г. ВОЛОГДЫ В ПРОГРАММНОМ КОМПЛЕКСЕ «АДИС»

Станция скорой помощи г. Вологды обслуживает население г. Вологды и Вологодского района с численностью населения до 350 000 человек. Ежедневно в диспетчерская поступает от 500 до 800 звонков от населения . Количество вызовов в сутки составляет от 300 до 350. Обслуживают вызова 32 круглосуточные бригады бригады.

Прием вызовов ведется по телефону 03 (часть вызовов по телефону 01) диспетчерами центральной станции. Самостоятельно принимают вызова диспетчера филиалов 5 и 6. При необходимости и диспетчера остальных филиалов. Направлением бригад руководит диспетчер центральной подстанции.

Для оказания экстренной помощи необходима высокая оперативность работы диспетчерской службы ССМП. В решении этой задачи большое значение имеет применение ПК в работе.

На Станции скорой помощи с 1995 г. использовалась программа приема вызовов «МИСС Скорая». Внедрение программы позволило значительно улучшить работу диспетчерской службы.

В развитие этого с 2005г внедрен программный комплекс « АДИС». Программа единая для Вологодской области, что позволяет более успешно анализировать работу службы скорой помощи на территории Вологодской области и проводить сравнение с другими станциями, где используется аналогичная программа.

В оперативном отделе ССМП г. Вологды есть АРМы - старшего врача (1), диспетчеров (3 - на центральной и 3 - на филиалах), статистики и справочной службы (2) и административной службы (2).

Алгоритм приема вызова достаточно прост и логичен, что позволяет задав 2-3 дополнительных вопроса определить необходимость и срочность направления бригады в каждой конкретной ситуации. При необходимости диспетчер подключает к принятию решения старшего врача смены. Это позволяет в течение 1-2 мин принимать вызов для скорой помощи .

Одновременно производится запись диалога с вызывающим. Разговор при необходимости можно прослушать и уточнить необходимые сведения при возможных неточностях в приеме вызова.

Полная информация о наличии, состоянии бригад и предложения наиболее рационального решения, в соответствии с разработанным для Станции скорой помощи г. Вологды алгоритмом направления бригад позволяет свести к минимум ожидание в диспетчерской и снизить время ожидания обслуживания вызова.

Ожидание в диспетчерской составляет в 2006 г. от 1.7 мин. до 3.2 мин. для различных подразделений и видов бригад.

Время ожидания обслуживания в 2006 г. составляет от 10 мин до 12 мин в зависимости от количества адресов и наличия бригад на линии.

Старший врач и администрация имеют возможность контролировать как процесс принятия вызова, так и направления бригады.

Для этого используется прослушивание диалогов диспетчеров и просмотр хронологии вызовов, отражающей как поступление вызовов, так и состояние бригад в любое время .

Статистический отдел работает круглосуточно, что позволяет иметь все необходимые статистические данные в течение смены. Население также может получить информацию об обслуживанных вызовах круглосуточно.

Возможность регулярного анализа обращаемости по территории обслуживания позволяет более правильно размещать бригады по филиалам. Позволяет анализировать работу бригад различного профиля и решать вопросы профилирования бригад, их количества и размещения с учетом конкретных условий обращаемости на территории обслуживания.

В целом программный комплекс достаточно удобен в применении, хорошо освоен диспетчерами скорой помощи.

Технически работает достаточно стабильно, редко дает сбои в работе и позволяя быстро и качественно осуществлять работу оперативного отдела ССМП.

При изменении условий работы возможно изменение алгоритмов как приема вызова, так и направления бригад.

Для повышения эффективности работы следует обратить внимание на совершенствование средств связи с населением и бригадами (особенно в плане позиционирования вызывающих и бригад на линии).

О РАБОТЕ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МУ ШЕКСНИНСКОЙ ЦРБ

Отделение скорой медицинской помощи (ОСМП) находится на первом этаже основного палатного корпуса Шекснинской ЦРБ, рядом с приемным отделением и травмпунктом. ОСМП располагается в четырех комнатах: кабинет заведующей и старшего фельдшера, диспетчерская (информационно-оперативный отдел), материальная комната, комната отдыха фельдшеров, выездных бригад. Комната отдыха водителей находится в гараже, где расположен дежурный автотранспорт ОСМП. В отделении работают 16 фельдшеров по обслуживанию вызовов, 2 фельдшера по приему вызовов, 8 водителей, старший фельдшер, который выполняет обязанности заведующей ОСМП. Работу санитаров совмещают фельдшера и водители выездных бригад, а также диспетчера, в обязанности которых входит предстерилизационная очистка, дезинфекция инструментария, одноразовых шприцев, перчаток, обработка и утилизация отходов, ежедневная и генеральная уборка в кабинетах. Комната отдыха водителей выездных бригад находится в гараже, на расстоянии 200 метров от ОСМП, где расположен дежурный автотранспорт.

На посту у диспетчера находится центральная радиостанция, где поддерживается связь с дежурными автомашинами ОСМП, а также с дневными автомашинами Шекснинской ЦРБ. В 2004 году Администрация Шекснинского района закупила для работы скорой помощи 10 новых радиостанций «motorolla». Благодаря этому связь с машинами превосходная, радиус приема от 70 до 100 км. Однако фельдшера по приему вызовов загружены звонками (поручениями других служб: амбулаторно-поликлинической, детской, хозяйственной) так, как центральная радиостанция только может связаться с дневными автомашинами больницы.

Автопарк ОСМП остается желать лучшего: оснащен 5 автомашинами (4 УАЗа, и 1 volvo - гуманитарная помощь норвежцев), 2 УАЗа - износ более 80 %, одна из них неисправна более 6-ти месяцев.

Фельдшерские наборы комплектуются в трех сумках врача скорой медицинской помощи, оснащены всеми необходимыми лекарственными средствами, многоразовым и одноразовым инструментарием, перевязочным материалом, предметами ухода за больным.

Эпидемиологическая укладка формируется в соответствии с планом проведения противоэпидемиологических мероприятий при выявлении больных ООИ.

В 2005 году благодаря помощи отдельных предпринимателей поселка приобрели 3 сумки врача скорой мед. помощи и всем фельдшерам по индивидуальному фонендоскопу.

Показатели работы

Район обслуживания ОСМП насчитывает 31000 чел, радиус обслуживания от 70 до 100 км.

В 2005 году выполнено вызовов - 11883 в т. ч. к детям -1776.

В целом имеется тенденция к снижению вызовов. Но однако сбор бригад специалистов увеличился. По прежнему высока цифра - 426, так как именно столько раз санитарный автотранспорт снимался на хозяйственные работы. Перевозка, сбор бригад специалистов, выполнение хозяйственных работ не входят в объем работы ОСМП. Количество безрезультатных вызовов (в сравнении с 2004 годом) в 2005 г. увеличилось.

Наш район находится на пересечении трех путей сообщения: водного, автомобильного и ж/д дорожного. Остается по прежнему велико число лиц, употребляющих наркотики, алкогольные напитки, суррогаты алкоголя. Поэтому обусловлен рост числа заболеваний: ВИЧ-инфекций, гепатита-«С», наркомании, токсикомании, посталкогольной эпилепсии, заболеваний органов кровообращения и прочих.

Отсюда можно сделать вывод, что реанимационные мероприятия проводимые бригадой из двух фельдшеров оказываются более успешными и качественными.

За 6 месяцев 2006 года выполнено вызовов всего 5899, по поводу:

- несчастные случаи — 542
- внезапные заболевания — 4676
- патология беременности и родов - 39
- мед. перевозки - 541, в т. ч. экстренные -82
- выполнено врачебных назначений -101
- безрезультатные вызова - 213, в т. ч. констатация смерти - 95
- обслужено амбулаторно - 44
- ДТП- 21, пострадавших - 36, в т. ч. со смертельным исходом - 3
- доставлено в мед. учреждения - 1224, из них госпитализировано - 674, в т. ч. сельских жителей -178, детей -198
- снято ЭКГ-109

ВЫПОЛНЕНО МАНИПУЛЯЦИЙ ОСМП

	2005 г.	2004 г.
- в/м, п/к инъекций	-9314	9187
- в/в инъекций	-4776	1470
- постановка в/в катетера	-14	1
- инфузионная терапия	-16	18
- проведение глюкозомерии	-7	
- наложение повязок	- 405	586
- проведено туалетов ран	-376	327
- катетеризации мочевого пузыря	-18	11
- промывание желудка (зондом)	-12	19
- интубаций	-1	2
-НМС	- 6	8
-ИВЛ	-7	8
- удаление инородных тел	-9	11
- воздухопроводов	-5	4
- ЭКГ	-190	182

С приобретением глюкометра есть возможность исследования: определения сахара крови у больных сах. диабетом и прочих состояниях.

Предложения по улучшению работы:

- укомплектование опытными кадрами диспетчерской, автотранспортной службы ОСМП
- компьютеризация информационно-оперативного отдела
- улучшить ведение учетно-отчетной документации
- внедрять в практику новые формы и методы оказания СМП
- повышение эффективности и качества оказания мед. помощи на догоспитальном этапе, внедрение единых протоколов действий для фельдшерских бригад.
- рациональное использование автотранспорта СМП

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОСМП МУ СЯМЖЕНСКОЙ ЦРБ

Служба скорой медицинской помощи является важнейшим функциональным и структурным формированием здравоохранения Российской Федерации. Она включает в себя на конец второго тысячелетия свыше 3000 станций и отделений скорой помощи. Согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.99.№100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации", основными задачами службы на современном этапе экономического и социального развития страны должно являться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка больных и пострадавших в стационар в кратчайшие сроки для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Отделение скорой медицинской помощи с. Сямжа является структурным подразделением МУ "Сямженская ЦРБ". Занимает площадь 54,1 м². В состав отделения входит комната фельдшеров, водительская, комната отдыха, санитарная комната. Нет комнаты для приема амбулаторных больных. Все амбулаторные больные обслуживаются в приемном отделении. В данный момент решается вопрос о выделении дополнительной площади. Основными функциями отделения являются:

- круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебных учреждений;
- своевременная транспортировка (а также перевозка по заявкам медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в медицинской помощи;
- оказание помощи больным и пострадавшим, обратившимся на отделение;
- обеспечение преемственности в работе с поликлиникой и стационаром ЦРБ. С этой целью оформляются сопроводительные листы на больных и пострадавших, доставленных в ЦРБ, а также пишутся сигнальные листы участковой службе и врачам-специалистам;
- взаимодействие с органами охраны правопорядка, безопасности дорожного движения, противопожарной службы.
- осуществление в нерабочее время, воскресные и праздничные дни перевозку врачей и иной медперсонал для оказания экстренной помощи больным, находящимся в стационаре, по заявке дежурного врача.

Отделение скорой помощи ведет учет работы по утвержденным формам.

Территория обслуживания - весь Сямженский район и лесной поселок Томашка Харовского района. Количество обслуживаемого населения в 2004 году - 10328, из них детского 2264. В 2005 году количество населения уменьшилось и стало составлять 10262 человек.

В районе открыты 2 бригады. Одна бригада работает круглосуточно, другая - с 16 до 9 часов. Состав бригад - фельдшер и водитель. Диспетчерского поста нет. Обязанности диспетчеров исполняют санитарки приемного отделения, а также дежурный фельдшер в свободное от вызовов время.

На отделении скорой помощи работают семь фельдшеров и пять водителей. Все фельдшера имеют сертификат специалиста, регулярно проходят усовершенствование на базе ВБМУ, а также посещают фельдшерские конференции, которые проходят в ЦРБ, учебы фельдшеров скорой помощи. Медицинский стаж менее 5 лет у одного фельдшера, более 10 лет у трех, более 20 - трех фельдшеров. Высшую квалификационную категорию имеет один фельдшер, первую - пять, не имеет категории - один фельдшер. Отделение работает по плану, утвержденному главным врачом ЦРБ. В план включены следующие разделы: "укрепление материально-технической базы отделения, работа с кадрами, санпросветработа, учеба фельдшеров скорой помощи.

Основные показатели работы отделения за 2004 и 2005 годы

	2004 год /1000 населения	2005 год/1000 населения
Выполнено выездов	3822/370	3692/359
По поводу внезапных заболеваний	3080/298	3049/297
По поводу несчастных случаев	347/33	344/33
Родов и патологии беременности	15	15
Безрезультатные вызова	185/17	164/15
Число госпитализированных	478/46	457/44
Амбулаторная помощь	98	78
Перевозка больных, рожениц	174/16	144/14
Дтп всего	21	20
пострадавших	26	29
со смертельным исходом	3	1

Анализируя показатели таблицы видим, что количество обращений всего в 2005 году снизилось в связи с уменьшением количества населения.

Материально-техническая база отделения улучшается с каждым годом. На оснащении бригад имеются электрокардиографы, пневмотические шины, глюкометры, дефибрилятор, мешок АМБУ, щиты, шейные воротники. Бригады работают одноразовым инструментарием. В достаточном количестве медикаментов и перевязочного материала, дезсредств. Укомплектованы укладки на роды, травматологические на 10 пострадавших, ожоговый набор, укладки для забора материала при особо опасных инфекциях.

Санпросветработа фельдшера скорой помощи заключается в проведении бесед в узком кругу людей, непосредственно на вызове.

Предложения по улучшению работы

- для качественного анализа работы отделения необходим компьютер,
- требуется ремонт отделения,
- необходим второй фельдшер на бригаду.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «НИТРОСПРЕЯ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нитроглицерин используется в медицине с 1860 г. и является практически единственным эффективным средством для быстрого устранения ангинозной боли.

Для устранения ангинозной боли используют разные лекарственные формы нитроглицерина: таблетки и капли для сублин-гвального применения, аэрозольные формы (нитроспрей, нитро-минт и др.), растворы для внутривенного введения (перлинганит и др.).

Вопрос о выборе наиболее эффективной лекарственной формы нитроглицерина для применения в условиях оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе продолжает обсуждаться.

Одной из оптимальных лекарственных форм нитроглицерина является аэрозольная. Применение нитроглицерина в виде спрея легко доступно и позволяет сократить время, необходимое для устранения ангинозного приступа.

Аэрозольные формы нитроглицерина можно использовать и в качестве дополнения к нитропрепаратам пролонгированного действия или другим антиангинальным средствам.

При лечении нитроглицерином необходимо следить за тем, чтобы систолическое артериальное давление не снижалось ниже 100 мм рт. ст., а диастолическое — ниже 60 мм. рт. ст.; число сердечных сокращений не должно увеличиваться более чем до 120 уд./мин.

Оценка эффективности сублингвальных форм нитроглицерина имеет дифференциально-диагностическое значение. Если после повторного применения эффективной лекарственной формы нитроглицерина ангинозная боль сохраняется, то диагноз стенокардии должен быть подвергнут сомнению.

Для устранения ангинозной боли нами применяется отечественная аэрозольная форма нитроглицерина.

Методика исследования заключалась в наблюдении за изменениями артериального давления, числа сердечных сокращений, клинического состояния больного и тяжести ангинозной боли через 3 и 15 мин после сублингвального применения аэрозольной формы нитроглицерина. Через эти же временные интервалы регистрировали ЭКГ. Учитывали все нежелательные эффекты, развившиеся в ответ на прием препарата. Все данные заносили в специально разработанную карту.

В исследование включены 114 больных с ИБС — 61 мужчина и 53 женщины, в возрасте от 42 до 88 лет.

У 28 пациентов была стенокардия напряжения I—II функционального класса, у 61 — III—IV функционального класса, у 25 — острый инфаркт миокарда, который в 16 случаях был осложнен кардиогенным отеком легких. 78,9% пациентов постоянно принимали нитропрепараты пролонгированного действия, 35,9% больных систематически использовали аэрозольные формы нитроглицерина или изосорбида динитрата (изокет).

После применения одной дозы нитроспрея болевой синдром был устранен у 19 пациентов, после применения двух доз нитроспрея — еще у 41 больного, после применения трех доз — еще у 40 пациентов.

Особо следует отметить, что из 25 случаев острого инфаркта миокарда после применения нитроспрея внутривенное введение наркотических средств потребовалось только 12 (48%) больным.

Субъективно 79 пациентов оценили эффективность нитроспрея как хорошую, 21 — как сомнительную, 14 больных не отметили положительного эффекта препарата.

После применения аэрозольной формы нитроглицерина отмечено снижение систолического артериального давления на 5 мм рт. ст. у 6,1% больных, на 10 мм рт. ст. — у 28,1% пациентов, на 15 мм рт. ст. — у 3,5% больных, на 20 мм рт. ст. — у 21,1%, на 25 мм рт. ст. — у 2,6%. более чем

на 25-мм рт. ст. — у 27,2% пациентов. У 11,4% больных снижения систолического артериального давления не отмечено.

Диастолическое артериальное давление снизилось на 5 мм рт. ст. в 8,8% случаев, на 10 мм рт. ст. — в 29,8% случаев, на 15 мм рт. ст. — в 2,6% случаев, на 20 мм рт. ст. — в 14,0%, на 25 мм рт. ст. — в 5,3% случаев. У 39,5% больных снижения диастолического артериального давления не отмечено.

Снижение артериального давления не сопровождалось статистически значимыми изменениями числа сердечных сокращений.

Среди нежелательных эффектов после применения аэрозольной формы нитроглицерина у 18 (15,8%) пациентов отмечена головная боль, у 3 (2,6%) — чрезмерное снижение артериального давления, у 1 — головокружение, у 1 — шум в ушах, у 1 — мышечная дрожь.

Таким образом, отечественный нитроглицерин в аэрозольной форме является высокоэффективным и безопасным антиангинальным лекарственным препаратом, удобным для применения при оказании скорой медицинской помощи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Одной из наиболее актуальных проблем острой заболеваемости, дающей значительное снижение трудоспособности и такое грозное осложнение как внезапная смерть, во всем мире остается острый коронарный синдром. Заболеваемость острым инфарктом миокарда остается высокой и резко увеличивается с возрастом. Количество обращений на станцию скорой медицинской помощи города Вологды за 2005 год составило 130600 вызовов, из них по поводу сердечно-сосудистых заболеваний - 36373 вызова (27,8%), среди них вызова с ишемической болезнью сердца составили 12045 случаев (9,2%), а вызова к больным с острым инфарктом миокарда - 843 случая (0,64%).

Помощь больным с острым инфарктом миокарда в условиях ССМП г. Вологды оказывается в соответствии с рекомендациями Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. В комплекс неотложных мероприятий входит: адекватное обезболивание с применением наркотических препаратов, обеспечение снижения потребности миокарда в кислороде путем снижения физической и психической нагрузки, нормализацией артериального давления и ЧСС, раннее назначением антиангинальных средств и бета-блокаторов, оксигенотерапия. При этом **оптимальным путем купирования и предупреждения боли является восстановление нарушенного коронарного кровотока с помощью тромболитической терапии**, так как в подавляющем большинстве случаев патофизиологическим механизмом развития очага некроза в сердечной мышце является тромботическая окклюзия коронарной артерии. Необходимость максимально раннего проведения тромболитической терапии обусловлена достоверным снижением летальности (при проведении тромболитической терапии в первый час ОИМ на 47%, в первые 3 часа - на 23%, в первые 6 часов - на 17%, в среднем - на 20%). Применение тромболитиков в условиях скорой помощи сокращает сроки тромболитической терапии в среднем на 1 час. Достоверно доказано, что летальность в течение года после перенесенного ОИМ у больных, получавших тромболитики на догоспитальном этапе, вдвое ниже, чем у больных, получавших тромболитики в стационаре.

В качестве тромболитического препарата использовалась стрептокиназа. Выбор обусловлен относительно невысокой стоимостью препарата, а так же наличием у стрептокиназы таких положительных качеств, как наименьшая вероятность внутричерепного кровоизлияния в сравнении с другими тромболитиками и хорошая переносимость препарата больными любого возраста.

Исследование проводилось в контрольной группе в течение 3 месяцев.

Методика проведения

Стрептокиназа в дозе 1,5 млн ЕД вводится внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия. Перед введением стрептокиназы внутривенно струйно вводилось 30 мг преднизолона. Дополнительно больным давался аспирин в дозе 0,25 г.

Результаты тромболитической терапии

Исследовано случаев -13

Возраст

40-50 лет - 5 чел.

50-60 лет - 6 чел.

Старше 60 лет - 0

Время от начала ангинозного приступа до начала оказания помощи:

Менее 1 часа - 7 случаев,

1-3 часа - 4,

3-6 час - 1,

6-12 час - 1 случай.

Локализация инфаркта миокарда:
передний ОИМ-8,
задне-нижний ОИМ-5 случаев.

Осложнения во время тромболитической терапии

1. аритмии-1(7,7%):1-предсердные экстрасистолы (купировались самостоятельно после прекращения инфузии стрептокиназы),
блокады-1(7,7%)-преходящая А-В блокада 1 степени (купировалась самостоятельно после прекращения инфузии тромболитика) ;
2. изменения гемодинамики
снижение артериального давления более чем на 15 мм рт столба-6 (46,2%):
140/100-115/70
130/80-110/60
140/95-100/70
150/100-120/80
160/100-140/90
140/80-120/80
при исходных цифрах артериального давления 110-120/70 мм рт ст снижения артериального давления не наблюдалось.
3. аллергические реакции-0

Осложнения в стационаре

1. аритмии-1(7,7%) (пароксизмальная мерцательная аритмия с нормосистолией желудочков)
2. рецидив ОИМ-2(15,4%) (при передних распространенных ОИМ и отсутствии продолжения тромболитической терапии в стационаре).

Динамика ЭКГ (быстрая стабилизация) - 2 - в случае проведения ТЛТ в течение первого часа и позднее 6 часов от начала ОИМ, в данном исследовании это составляет 15,4%.

Купирование болевого синдрома-наркотики - 13 случаев, повторное

Выписаны из стационара - 13 чел., сроки госпитализации: 1 - 14 дн. (ушел самовольно), 3-17 дн., 7-18 дн., 1-20 дн., 1-21 д., летальность в 1 месяц от начала ОИМ - 0 случаев.

Данное исследование соответствует результатам, полученным при помощи доказательной медицины - необходимо и обоснованно начинать тромболитическую терапию в максимально короткие сроки от начала острого инфаркта миокарда, то есть тромболитики должны быть на оснащении бригад скорой помощи.

Хорошая переносимость, наименьшая вероятность тяжелых осложнений, доступная стоимость делают стрептокиназу препаратом, рекомендуемым для интенсивной тромболитической терапии в условиях догоспитального этапа.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Руксин В. В. Основы неотложной кардиологии. Санкт-Петербург, 1994.
2. Шальнев В. И. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе лечения инфаркта миокарда - современное состояние проблемы и пути решения. Санкт-Петербург, 1996.
3. Голдштейн П. Острый инфаркт миокарда. Ведение пациента на догоспитальном этапе. Лиль, Франция, 2005.
4. Грайнс С. Инфаркт миокарда. США, 2005 г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Введение

Одним из самых распространенных заболеваний у детей является ОРВИ, которая нередко осложняется острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛ).

Основными патогенетическими факторами служат: воспаление, отек, спазм и наличие воспалительного экссудата, вследствие чего развивается нарушение дыхания, гипоксия и гиперкапния.

Острый стенозирующий ларинготрахеит чаще является результатом развития всех трех компонентов, так как все они характеризуют процессы воспаления, однако, возможно наличие и одного из них. Знание последнего очень важно при выборе лечения, которое может носить различный характер в зависимости от ведущего компонента.

В городах с развитой металлургической и химической промышленностью, каким является Череповец, не следует забывать и о возможности аллергического происхождения острого стенозирующего ларинготрахеита, наибольшее значение в развитии которого принадлежит отеку слизистой оболочки гортани, особенно в области подсвязочного пространства. В отличие от инфекционного, при аллергическом стенозе отмечается острое начало заболевания, отсутствие катаральных явлений и повышения температуры. Поэтому в понятие острый стенозирующий ларинготрахеит, как инфекционное воспалительное заболевание гортани и трахеи, сопровождающееся сужением их просвета и развитием острой дыхательной недостаточности, следует включить и возможное аллергическое происхождение данного заболевания.

Для врача педиатрической бригады важно установить степень выраженности клинических проявлений и форму стеноза для определения объема неотложной помощи и выбора тактического решения на догоспитальном этапе.

Целью исследования являлось изучение особенностей течения и оказания помощи детям с острым стенозирующим ларинготрахеитом в г. Череповце, крупном центре химической и металлургической промышленности.

Материалы и методы

Материалом исследования являлись 348 карт вызовов к детям с диагнозом острый стенозирующий ларинготрахеит, обследованных врачами педиатрических бригад СМП.

Для определения стадии стеноза использовались следующие критерии:

1-я – *компенсированная*. Проявляется осиплым голосом, грубым, лающим кашлем и только при беспокойстве ребенка, умеренной инспираторной одышкой без участия вспомогательной дыхательной мускулатуры, с небольшим пероральным цианозом;

2-я – *субкомпенсированная*. Проявляется беспокойством ребенка, тахикардией, частым лающим кашлем, одышкой с участием вспомогательной мускулатуры в покое, пероральным цианозом, не исчезающим после кашля;

3-я – *декомпенсированная*. Проявляется резким ухудшением состояния ребенка, бледностью, цианотичностью кожи, шумным дыханием с выраженной инспираторной одышкой и глубоким втяжением на вдохе эпигастральной области, межреберных промежутков, надключичных и яремных ямок, разлитым цианозом и парадоксальным пульсом;

4-я – *терминальная*. Ребенок пытается вдохнуть, напрягая мышцы шеи, хватает открытым ртом воздух; пульс нерегулярный, могут быть судороги, развивается гипоксическая кома, а затем – полная асфиксия.

**Стандарт оказания неотложной помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите,
рекомендуемый Санкт-Петербургской медицинской Академией
последипломного образования**

При стенозе 1-й стадии:

- теплое щелочное питье;
- ингаляция 0,025% нафтизина.

При стенозе 2-й стадии:

- небулайзерная терапия с 0,025% нафтизином;
- интраназальное введение нафтизина;
- стероидные гормоны (в случае неполного купирования приступа).

При стенозе 3-й стадии:

- в/в введение глюкокортик стероидных гормонов (ГКГ);
- повторно ингаляция или интраназальное введение нафтизина;
- экстренная госпитализация в положении сидя;
- при необходимости экстренная интубация трахеи;
- обеспечение готовности к выполнению сердечно-легочной реанимации.

При стенозе 4-й стадии:

- интубация трахеи, при невозможности ее выполнения - коникотомия;
- при транспортировке – инфузионная терапия для коррекции нарушений гемодинамики.

Результаты и их обсуждение

Поводами для обращения на скорую помощь во всех рассматриваемых случаях были: «задышится», «плохо ребенку». Выезд в течение 4-х минут составил 100%. Среднее время прибытия бригады СМП на вызов – 10,2 мин.

Таблица 1

Стенозы у детей по времени суток и возрасту

Время вызовов	Вызвов всего	В %	до 2 лет	от 3 до 7 лет	от 7 до 10 лет	от 11 до 15 лет
Всего	348		215	114	13	4
С 6 до 18 часов	84	24 %	55	22	3	4
С 18 до 22 часов	42	12 %	33	6	2	1
С 22 до 6 часов	222	63 %	127	86	8	1

Вызова с ОСЛ чаще всего поступали в вечернее и ночное время с 18 до 6 часов, в 75 % случаев (63% из них – в период с 22 до 6 часов)

Основной контингент заболевших – это дети до 2 лет – 215 случаев, (61,7%) и с 3 до 7 лет – 115 случаев (33%).

Наиболее частой непосредственной причиной развития ОСЛ явилась вирусно-бактериальная инфекция – 220 случаев (63,2%). У 128 пациентов (36,8%) наблюдалось острое, бурное начало заболевания, протекающее без повышения температуры и катаральных явлений и расценивалось педиатрами скорой помощи как ОСЛ аллергического происхождения.

Стенозирующий ларинготрахеит 1-й стадии диагностирован у 118, 2-й стадии – у 226, 3-й стадии – у 4 детей.

Таблица 2

Этиология стенозов у детей

	Аллергическая	Вирусно-бактериальная	Всего
Стеноз 1-й стадии	54	64	118
Стеноз 2-й стадии	72	154	226
Стеноз 3-й стадии	2	2	4
Стеноз 4-й стадии	-	-	-

Неотложная помощь, оказанная педиатрическими бригадами

Оказанная помощь	ОСЛ 1-й стадии (118 случаев)		ОСЛ 2-й стадии (226 случаев)		ОСЛ 3-й стадии (4 случая)	
	Аллергическая форма	Вирусно-бактериальная форма	Аллергическая форма	Вирусно-бактериальная форма	Аллергическая форма	Вирусно-бактериальная форма
Антигистаминные препараты (тавегил)	34	7	-	-	2	-
Лазикс	25	-	-	-	2	-
ГКС	9	78	54	154	2	2
Интраназальное введение нафтизина	10	-	11	-	-	-
Небулайзерная терапия с нафтизином	-	-	4	-	-	-
Ингаляция увлажненного кислорода	-	9	6	19	2	2
Результаты лечения						
Госпитализированы	75	218	4			
Оставлены на месте	15	8	-			
Отказ родителей от госпитализации	28	8	-			

На всех пациентов, оставленных дома, посылались извещения в поликлинику для активного посещения их участковыми педиатрами.

Проведен анализ сопроводительных талонов. С диагнозом острый стенозирующий ларинготрахеит возвращен 191 талон (69%). Расхождений диагнозов педиатров скорой медицинской помощи с диагнозами приемного отделения не выявлено. После оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе у 30 детей с ОСЛ 1-й стадии приступ был купирован (в основном, это больные с аллергической формой). Госпитализировались в этих случаях дети, требовавшие динамического наблюдения. У 43 пациентов ОСЛ 2-й стадии – переведен в ОСЛ 1-й стадии, во всех 4 случаях больных с ОСЛ 3-й стадии приступ переведен в ОСЛ 1-й стадии. Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности экстренной помощи, оказываемой врачами педиатрических бригад ССМП г. Череповца.

95 % детей, доставленных в приемное отделение ДГБ госпитализированы и находились на стационарном лечении от 3-х до 7-и дней.

В 5% случаев родители отказались от предложенной госпитализации в связи со значительным улучшением состояния ребенка.

Выводы

1. В 36,8% случаев вызовов к детям в г. Череповце острый стенозирующий ларинготрахеит имеет аллергическую природу, что соответствует высокому уровню аллергических заболеваний в городе в целом, и, возможно, связанную с наличием в черте города крупных предприятий металлургической и химической промышленности.
2. Особенности течения ОСЛ в крупном промышленном центре предполагают в дополнение к стандартам оказания неотложной помощи более широкое применение антигистаминных, мочегонных препаратов и ГКС.
3. По результатам лечения (оказания экстренной помощи) педиатрами скорой медицинской помощи в большинстве случаев наблюдается выраженная положительная динамика.
4. Педиатрами МУЗ ССМП г. Череповца недостаточно используется методика интраназального введения нафтизина, небулайзерная терапия с нафтизином, а также оксигенотерапия,

что является явной недооценкой эффективности данных методов оказания экстренной медицинской помощи.

5. Достаточно широкое использование ГКС на ранних стадиях ОСЛ свидетельствует об определенной перестраховке педиатров скорой медицинской помощи и недооценке других методов лечения.
6. Высокая доступность и оперативность педиатрических бригад СМП г. Череповца способствует ранней диагностике ОСЛ и своевременному оказанию экстренной медицинской помощи, о чем свидетельствуют незначительное (1,1%) количество детей с ОСЛ 3-й стадии и полное отсутствие случаев ОСЛ с 4-й стадии.
7. Уровень диагностики и процент госпитализации детей с ОСЛ педиатрическими бригадами СМП г. Череповца является достаточно высоким.

Литература

1. Долецкий С. Я. Диагностика и лечение неотложных состояний у детей. – М.: Медицина, 1977.
2. Неотложные состояния в педиатрии / Под ред. чл. корр. АМН Украины и Российской АМН проф. Сидельникова В. М. – Киев: Здоровье, 1994.
3. Парийская Т. В., Орлова Н. В. Справочник педиатра. – М: ЭКСМО, 2005.
4. Стандарты оказания неотложной педиатрической помощи на догоспитальном этапе / Под ред. проф. Мирошниченко А. П., доц. Лисова А. П. – СПб.: 1998.
5. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям на догоспитальном этапе / Под ред. проф. Мирошниченко А. П., Шайтор В. М. – СПб.: Невский диалект, 2005.
6. Э. Керпель-Фрониус. Педиатрия. – Будапешт: издательства Академии Наук Венгрии, 1981.
7. Заболевания органов дыхания у детей / Под ред. Переладевой О. Л. – Киев: Здоровье, 1980.

АЛКОГОЛЬ И ДЕТИ

Введение

В России (стране с населением 147 млн. человек) официально зарегистрировано 2 млн. алкоголиков. 4 из 5 преступлений с применением насилия так или иначе связаны с алкоголем. Это касается как преступлений на улице, так и избиений членов семьи. Обычно либо преступник, либо его жертва (а нередко тот и другой) находятся в состоянии алкогольного опьянения. [1]

По данным Всемирной организации здравоохранения средне статистический россиянин употребляет 8.6 л спирта в год, а среднестатистический житель Вологодчины - 16 литров. Причина, как говорят в обществе борьбы за трезвость, в том, что люди потеряли жизненные ориентиры.

Особое беспокойство вызывают дети и подростки. Ситуация с детским алкоголизмом в России, по данным Минздрава и Минобразования, складывается в последнее время угрожающая. Из 2 млн. российских алкоголиков почти 60 тысяч - дети до 14 лет с установленным диагнозом «алкоголизм». С той или иной частотой спиртное употребляют 80% молодежи, причем как юношей, так и девушек. За период с 1997 года по 2001 год средний возраст приобщения к спиртным напиткам снизился на 2.5 года и составляет 13 лет. [2]

Чем раньше происходит знакомство с алкоголем, тем больше вероятность, что в дальнейшем с ним возникнут проблемы. Организм детей и подростков еще продолжает развиваться, поэтому устойчивость к алкоголю, его переносимость ниже, чем у взрослых.

Аддиктивное поведение, т.е. злоупотребление без зависимости, обычно не требует лекарственного лечения, за исключением случаев тяжелой интоксикации. Термин отражает присущую подростковому возрасту характерную черту, иногда называемую «первичным», «изначальным», «поисковым» подростковым полинаркотизмом. Суть этой черты состоит в том, что многие подростки склонны испробовать на себе действие самых различных средств: от алкоголя и ингаляторов до курения гашиша и приема галлюциногенов. [3]

Приобщение детей к алкоголю (как пример подражания взрослым) в асоциальной среде - факт бесспорный, но, к сожалению, первая рюмка предлагается детям порой и в благополучных семьях.

В последние годы пиво, в связи с его интенсивным маркетингом и относительной доступностью, стало в подростковой среде самым распространенным опьяняющим средством. Именно под действием алкоголя подростки совершают противоправные поступки и чаще всего решают попробовать другое наркотическое средство. Чем более распространено в обществе употребление алкоголя, тем больше людей страдает от его последствий.

Материалы и методы исследования

Путем сплошной статистической выборки карт вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у) с 1997 по 2004 гг. включительно проведен анализ обращаемости на ССМП г. Вологды детей и подростков, находящихся в алкогольном опьянении, с алкогольными отравлениями, криминальными случаями, суицидальными попытками.

Использованы для сравнения материалы статистических отчетов Вологодского областного наркологического диспансера по несовершеннолетним, впервые взятым на учет с употреблением алкоголя с вредными последствиями и состоящих на учете на конец отчетного года (г. Вологда).

При этом под алкогольным отравлением понимаем случаи, где помощь оказывалась непосредственно по поводу отравлений (интоксикация этанолом) с последующей госпитализацией в стационар.

Алкогольное опьянение - состояние, сопутствовавшее какой-либо другой патологии, по поводу которой обращались на ССМП, чаще всего по поводу травм.

Цель исследования: попытка оценить масштабы алкогольного бедствия в нашем регионе.

Результаты и их обсуждение

Число детей, употребляющих алкоголь, отчетливо растет (при выраженном снижении численности детского населения), при этом число отравлений среди употреблявших алкоголь снижается, но незначительно.

1. Дети начинают употреблять алкоголь самостоятельно с 10 лет, причем имеется выраженная зависимость от возраста:
в 12-13 лет в 2 р > чем в 10-11
в 14-15 в 2р > чем в 12-13
в 17-в 2р > чем в 14-15.
Среди детей, отравившихся алкоголем, доля девочек составляет почти постоянно 25%, т.е. имеет место активное приобщение к алкоголю лиц женского пола.
2. Отмечается рост числа криминальных случаев, причем настораживает их значительный процент среди детей младшего возраста, что чаще всего связано с жестоким обращением с детьми, особенно в асоциальных семьях.
3. Прослеживается ежегодная четкая прямая зависимость между числом криминальных случаев и обращениями детей, употреблявших алкоголь.
4. Криминальные травмы получают чаще мальчики, чаще они же и употребляют алкоголь. Специалисты объясняют своеобразие алкогольного опьянения у подростков, проявляющееся кратковременной эйфорией, быстрым наступлением депрессивно злобного аффекта, психомоторным возбуждением, различной глубиной выключения сознания, что провоцирует асоциальное поведение в состоянии интоксикации. [4]

При снижении численности детского населения уровень суицидов остается почти неизменным, причем, преобладают они у девочек. Выяснить отчетливую связь суицидов с употреблением алкоголя не удалось. Сравнение показателей Вологодского областного наркологического диспансера и скорой помощи выявляет резкое снижение числа несовершеннолетних, впервые взятых на учет в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями и состоящих на учете на конец отчетного года наркологической службой при увеличении числа вызовов скорой помощи к детям, находящимся в алкогольном опьянении (в 2004г. соотношение 1:5). Несовершеннолетние, зарегистрированные наркологической службой, это - индикатор роста проблем. Наркологическая служба играет большую роль в борьбе с алкоголизацией детей, но не основную, т.к. за помощью к врачам-наркологам дети обращаются на добровольной основе.

Выводы

Таким образом, растет число детей, употребляющих алкоголь, криминальных травм и суицидальных попыток среди подростков. Налицо социальная дезадаптация молодежи. При снижительно-добродушном отношении общества к употреблению алкоголя детьми, львиная доля усилий по ликвидации острых последствий употребления алкоголя ложится на скорую помощь. Эта служба должна быть готова к оказанию экстренной помощи данному контингенту пациентов, т.е. вооружена соответствующими знаниями и иметь достаточную материальную базу.

Обращаемость за помощью к медицинским работникам (скорая и наркология) выявляет лишь вершину айсберга - огромной проблемы детского пьянства и алкоголизма.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЯ ПО ПОВОДУ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ССМП Г. ВЕЛИКОГО УСТЮГА

Введение

В своей работе хочу раскрыть проблему травматизма в структуре вызовов отделения скорой медицинской помощи, провести анализ за два года с формированием отчетности за анализируемый период. Показать причины, обосновать проблемы, предложить пути их решения на основе полученных данных.

На основе собранных данных об обслуженных вызовах за 2004/2005 годы бригадами СМП по поводу травм, составить отчеты по нозологическим формам, возрастам, полу, времени года и суток, провести параллель зависимости между ними, определить группы риска.

Во все времена травмы занимали ведущие места по частоте и развитию тяжелых последствий. По данным ВОЗ на 10 тыс. человек травмы в разных странах составляют от 9% до 15%. В России средний показатель травматизма составляет 13,5% на 100 работающих. В большинстве цивилизованных стран среди причин смерти травма находится на втором месте.

Полученные данные позволят определить периоды повышенного травматизма помочь созданию и отработке систем оперативного реагирования для оказания необходимой помощи пострадавшим. Система основных мероприятий направлена на смягчение тяжелых последствий травм.

	2004 год		2005 год	
Всего	23093	100,00%	22422	100,00%
Из них несчастных случаев	1988	8,61%	1940	8,65%
Травм от количества н.с.	1635	82,24%	1617	83,35%

При анализе полученных данных следует отметить снижение общего количества вызовов за год, незначительный подъем числа несчастных случаев и травм в соотношении 2004 года к 2005 году.

Общими причинами травматизма считаю:

- Естественный физический износ технических средств;
- Нарушение правил эксплуатации;
- Усложнение технологий;
- Увеличение численности, мощности и скорости транспортных средств.

Поданным таблицы заметен подъем процентов травматизма в группе бытовых, производственных травм, который можно объяснить следующими факторами: повреждение ручным инструментом, обрабатываемым материалом, машинами, повреждение при эксплуатации механизированного транспорта, при переноске тяжестей, падение с высоты и др. К росту спортивного травматизма относят такие причины, как плохое состояние мест занятия спортом, неисправность инвентаря, неквалифицированную организацию спортивных мероприятий.

В структуре несчастных случаев травмы у мужчин наблюдаются вдвое чаще чем у женщин. Высокие показатели травматизма мужского населения можно объяснить следующими причинами: работа с механизмами, нарушение техники безопасности, алкоголизация. Травматизм в детском возрасте остается на прежних цифрах в связи с низким социально-экономическим уровнем населения города и района.

Наибольшая обращаемость в летний период по поводу бытовых травм обусловлена массовыми трудовыми отпусками, хозяйственными работами на приусадебных участках и дома; транспортных – увеличением эксплуатации числа транспортных средств, управлением в нетрезвом состоянии, нарушением правил дорожного движения. В зимний период по поводу производственных травм за счет увеличения активности работы лесозаготовительных хозяйств; уличных – плохого состояния дорог, слабым освещением в темное время суток. Наибольшая обращаемость в осенне-весенний период по поводу спортивных травм - проведения спортивных мероприятий, олимпиад, первенств.

Из данных таблицы видно, что в промежуток с 16 до 23 часов («часы пик») наблюдается значительный подъем бытового, уличного, криминального и транспортного травматизма. Немалый

удельный вес уличных и транспортных травм – это результат роста плотности пешеходов и транспорта в часы пик, нарушение правил дорожного движения и несоблюдения правил личной безопасности. В вечерние часы криминальные и бытовые травмы – чаще как последствия праздничных развлечений, простых драк и иных способов хмельной отваги.

При снижении количества ДТП и пострадавших в них, в том числе со смертельным исходом, процент госпитализации (+4,5%) увеличился, в связи с увеличением сочетанных, комбинированных травм и степени их тяжести при автоавариях.

В зависимости от вида травм, времени, сезона преобладают однотипные механические повреждения. Преимущество занимают ушибы мягких тканей от 19% до 23% от всех травм, ранения мягких тканей от 13% до 16%, ушибы и повреждения связок 9 – 10%. Заметно увеличился удельный вес травм верхних (от 5,81% до 7,54%) и нижних (от 4,10% до 5,19%) конечностей. Черепно-мозговая травма относится к разряду распространенных повреждений и составляет 8 – 9 % общего их числа. Закрытая травма грудной клетки и перелом костей грудной клетки составляют от 3,53% - 3,79%.

Летальность при тяжелых травмах (кататравма, сочетанная травма, скелетная политравма – от 1 до 5%) достигает от 1,1% до 1,36%.

Пострадавшие с повреждениями, потенциально угрожающих жизни госпитализируем в АРО – 1-2%, требующих своевременной полноценной интенсивной терапии – в травматологическое отделение – 8-9%, требующих специализированной травматологической помощи – в травмпункт – 79-82%, не требующих срочной специализированной помощи – оставляем на дому – 9-10%.

Переоценка составляющая приблизительно 10% считается приемлемой, так как уменьшаются осложнения, тяжесть состояний которых недооценена и мы можем исключить поверхностную оценку объемов необходимых мероприятий. Лечение пострадавших от травм усугубляется психогенной травмой, где требуется повышенное проявление этики и деонтологии.

Вывод

Проведенное мной исследование анализа травматизма в структуре вызовов ОСМП г. Великий Устюг за период 2004 – 2005 годы определило: увеличение % несчастных случаев и травм из общего числа вызовов, подъем детского травматизма, увеличение количества травм в трудоспособном и пожилом возрасте, подъем бытовых травм, мужского травматизма, повышение обращаемости в травмпункты.

Более сложной задачей, стоящей перед ОСМП в периоды повышенного травматизма является создание и отработка систем оперативного реагирования для оказания необходимой помощи пострадавшим.

Рекомендую принимать нестандартные решения в каждом конкретном случае.

Предлагаю отработать методики оказания экстренной медицинской помощи в неблагоприятных местных условиях (труднодоступная местность, на переездах, вдали от населенных пунктов и мест дислокации мед. учреждений) и в любое время суток и года, а так же при условиях химического и радиационного заражения местности.

Предлагаю проводить оценку оказываемой мед. помощи ОСМП при травмах (время выезда, доезда, эффективность и результаты). Проводить обсуждения на конференциях в ОСМП с целью улучшения работы бригад на данных вызовах и уменьшение возможно возникающих осложнений и борьба за быстрое восстановление трудоспособности.

Список использованной литературы и документации:

1. Котельников Г. П., Мирошениченко В. Ф. Травматология.
2. Нагнибеда А. Н. Фельдшер скорой помощи.
3. Спригингс Д., Чамберс Дж. Экстренная медицина. Практическое руководство по диагностике и лечению неотложных состояний.
4. Руководство для врача скорой помощи / под редакцией профессора В. А. Михайловича.
5. Журнал «Врач скорой помощи» за 2005 год
6. Годовые отчеты медстатистики отделения СМП за 2004/2005 годы.
7. Карты вызовов отделения СМП за 2004/2005 годы.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

Артериальная гипертензия в силу значительной распространенности, является важнейшей проблемой в России, так же как и во всем мире, представляя собой фактор риска развития острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, ИБС и острого инфаркта миокарда, сердечной, почечной недостаточности и поражения периферических артерий.

Смертность от болезней системы кровообращения чрезвычайно высока в России. В ходе проведенных исследований получены убедительные доказательства, что осложнения артериальной гипертензии можно предотвратить с помощью модификации образа жизни и медикаментозного лечения артериальной гипертензии.

Польза от снижения артериального давления доказана не только в ряде крупных, многоцентровых исследований, но и реальным увеличением продолжительности жизни в Западной Европе и США.

Несмотря на то, что диагностика самого факта повышения артериального давления - симптома, лежащего в основе артериальной гипертензии, является достаточно простой, выявляемость артериальной гипертензии остается на неудовлетворительном уровне, что объясняется малосимптомностью заболевания, недооценкой коварства заболевания пациентами и низкой обращаемостью к врачам.

В связи с особой значимостью проблемы артериальной гипертензии не только в медицинском, но и в социально-экономическом аспекте предпринят ряд мер для улучшения создавшейся неблагоприятной обстановки по артериальной гипертензии. Правительством Российской Федерации в 2001 году была принята Федеральная целевая программа на 2002 - 2008 гг.: «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», задачами которой является комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения артериальной гипертензии и реабилитации больных с ее осложнениями с целью снижения заболеваемости населения артериальной гипертензией, инвалидности и смертности от ее осложнений (инсульта, инфаркта миокарда).

По этиологии и патогенезу гипертоническая болезнь является многофакторным заболеванием. Повышение артериального давления связано со сложным взаимодействием генетических и психосоциальных факторов.

Возраст: С возрастом артериальное давление неуклонно повышается.

Пол: С подросткового возраста средний уровень артериального давления у мужчин становится выше, чем у женщин. Половые различия достигают пика в молодом и среднем возрасте, в более поздний период жизни эти различия сглаживаются.

Социально-экономический фактор: Наблюдается значительный рост случаев артериальной гипертензии в период нестабильной экономической обстановки. Установлена обратная зависимость уровня артериального давления с образованием, доходом и профессиональной деятельностью, однако в период переходного периода экономики отмечается рост артериальной гипертензии среди обеспеченных слоев населения.

Наследственная отягощенность: по артериальной гипертензии является одним из самых мощных факторов риска развития артериальной гипертензии. Отмечается тесная корреляция между уровнями артериального давления у родственников первой степени родства (родители, братья, сестры), стандартизированных по полу и возрасту.

Вес тела: В большинстве исследований избыточный вес тела ассоциируется с увеличением риска развития артериальной гипертензии от 2 до 6 раз. Прибавка в весе на 10 кг сопровождается ростом систолического давления на 2 - 3 мм, диастолического артериального давления на 1-3 мм.

Алиментарный фактор: Употребление поваренной соли в количестве, превышающем норму, приводит к повышению артериального давления. С возрастом связь между экскрецией натрия с мочой и уровнем артериального давления значительно усиливается.

У лиц, злоупотребляющих **алкоголем** систолическое артериальное давление на 6,6 мм выше и

диастолическое артериальное давление на 4,7 выше, чем у лиц, употребляющих алкоголь не чаще 1 раза в неделю.

Физическая активность: У лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, риск развития артериальной гипертонией на 20 - 50% выше, чем у лиц, которые занимаются физическими упражнениями. На подъем артериального давления также влияют факторы окружающей среды: шум, загрязнение окружающей среды, чрезмерная жесткость питьевой воды.

Лечение - процесс обоюдный, его успешность зависит и от врача, и от самого больного, а также от особенностей медикаментозных препаратов, его переносимости и побочных действий. Поэтому знание сущности заболевания, его основных причин, факторов, влияющих на его развитие и течение - необходимый компонент всего комплекса лечения.

В нашей центральной районной больнице с начала 2006 года создана Школа артериальной гипертонии. Здесь проводят занятия с больными артериальной гипертонией, где объясняют на первом занятии, что такое артериальная гипертония, что происходит в организме при артериальной гипертонии, как протекает и чем проявляется, какие могут осложнения, факторы, повышающие артериальное давление, как правильно измерять артериальное давление.

Второе занятие - объясняют больному, каким должно быть питание здорового человека и больного артериальной гипертонией, о контроле массы тела.

Третье занятие - тема: физическая активность и здоровье, какой уровень нагрузки допустим, как избежать осложнений при физической нагрузке, как повысить повседневную физическую активность, как контролировать интенсивность физической нагрузки.

Четвертое занятие - учат больного, как правильно преодолевать стресс

Пятое занятие - объясняют цель терапии артериальной гипертонии, а так же о немедикаментозном лечении, которое не зависит от степени артериальной гипертонии, от применения медикаментозных средств,

За период с первого по седьмой месяцы текущего 2006 года обслужено нашими бригадами скорой помощи - 408 больных с повышенным артериальным давлением. Из них 81% - женщины и 19% - мужчины

До 40 лет - < 57%

С 40 до 60 лет-22-23%.

Лечение принимают: 267 человек - постоянно, остальные или принимают время от времени или не лечатся вовсе из-за недооценки серьезности заболевания. В основном, больные ориентируются на свое самочувствие, то есть, «если голова болит - приму таблетку от давления, а если не болит, то и незачем лечиться».

Многие больные делают перерывы в медикаментозном лечении артериальной гипертонии на недели и месяцы. Иногда больные прекращают медикаментозное лечение, оправдываясь тем, что лекарство ему не помогает, не пробуя увеличить дозировку данного препарата, ограничить потребление поваренной соли, избавиться от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) или заменить данный лекарственный препарат другим.

У фельдшеров скорой помощи иногда возникает проблема объяснить больным, что острый подъем артериального давления нужно купировать постепенно, начиная с таблетированных препаратов, если высокое артериальное давление не угрожает жизни больного. Часто больные требуют немедленных внутривенных инъекций, в этом случае объясняем больным, что резкое снижение артериального давления чревато осложнениями, особенно в пожилом возрасте.

Артериальная гипертония является важнейшим фактором риска таких сердечно-сосудистых заболеваний, как инсульт, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, заболеваемость и смертность от которых чрезвычайно высока в Российской Федерации.

Наша задача - постоянно проводить профилактические беседы с больными и их родственниками о важности выявления артериальной гипертонии, своевременного начала лечения, при необходимости - постоянной лекарственной терапии, а также об ограничении потребления поваренной соли, об избавлении от курения, злоупотребления алкоголем, о борьбе с избыточной массой тела.

Больному необходимо отказаться от ложного представления о том, что лечиться нужно тогда, когда «болит голова».

РОЛЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ

Мозговой инсульт является актуальнейшей медицинской и социальной проблемой, что определяется значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности, значительным снижением качества жизни больных, является причиной огромных прямых и непрямых затрат.

По данным статистики в нашей стране ежегодно происходит около 400 тысяч инсультов.

Показатели заболеваемости ОНМК по району

Показатель	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Количество больных ОНМК, зарегистрированных в районе	94	99	106	91	84	101
Госпитализировано (количество больных)	79	62	65	53	57	71
Процент госпитализации	84%	62%	61%	58%	68%	70%
Летальность (количество больных)	13	12	33	21	21	32
Процент летальности	13,8%	12%	31%	23%	25%	32%

Инсульт является одной из главных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента утраченные в острый период функции восстанавливаются не полностью.

По данным ВОЗ, более чем у 62% перенесших инсульт пациентов сохраняются различной степени выраженности нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта и памяти, а полная профессиональная реабилитация достигается лишь в 3-8 % случаев.

По данным официальной статистики в 2000 году смертность от ишемической болезни сердца составила 374,3 на 100 тысяч населения, от цереброваскулярных заболеваний - 298,2, от внешних причин - 211,7 и от злокачественных новообразований - 193,0.

Во многом это объясняется недостаточным вниманием к предупреждению инсультов.

Различают первичную и вторичную профилактику.

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития заболевания, она базируется на представлениях о факторах риска и их коррекции.

Вторичная профилактика - это предупреждение прогрессирования заболевания, в частности, предупреждение повторного инсульта.

Все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию, как у конкретных людей, так и в популяции в целом.

Артериальная гипертензия является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции фактором риска развития различных острых и хронических форм нарушения мозгового кровообращения (геморрагического и ишемического инсультов, а также преходящего нарушения мозгового кровообращения и сосудистой деменции).

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН только артериальная гипертензия или АГ в сочетании с атеросклерозом имелись у 78% больных. Причем, в структуре артериальной гипертензии у больных инсультом значительное место занимала «мягкая» АГ — она диагностировалась у 61% лиц, перенесших ишемический инсульт и у 39% лиц с геморрагическим инсультом.

Для исправления такого положения разработана и активно проводится федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации 17 июня 2001 года №540.

Артериальная гипертония приводит к патологическим изменениям сосудистой системы и вещества головного мозга, что и является причиной развития инсультов.

Таким образом, артериальная гипертония с характерными для этого заболевания нарушениями метаболизма, морфологическими изменениями сосудов, особенностями общей и центральной гемодинамики имеет самое непосредственное отношение к формированию большинства известных факторов развития как геморрагического, так и ишемического инсульта.

Показатели заболеваемости по отделению скорой помощи

Заболевание	2004	2005	%отношение
Гипертония	1351	1745	129%
Цереброваскулярные заболевания	755	790	104%
Инсульт	154	174	112%

Эпидемиологические исследования показывают, что в России среди всех больных, имеющих АГ, знают о своем заболевании лишь 37% мужчин и 59% женщин, а получают адекватную антигипертензивную терапию всего 5,7% мужчин и 17,5% женщин, больных артериальной гипертонией.

Целью настоящего исследования является выявление роли регулярной антигипертензивной терапии во вторичной профилактике инсультов.

Задачей исследования является изучение влияния регулярного лечения артериальной гипертонии, как основного фактора риска в снижении возникновения повторного инсульта на основе наблюдения за группой больных.

Материал исследования

В исследовании приняли участие 47 пациентов, перенесших в 2000 году ОНМК. Это составляет 50 % зарегистрированных в этом году случаев инсульта в районе.

Из 47 участников исследования 23 женщины и 24 мужчины.

Средний возраст, принявших участие в исследовании - 66,5 лет, у мужчин - 62 года (от 44 до 73 лет) у женщин - 71 год (от 59 до 80 лет).

Из 47 больных доставлены в стационар скорой помощью - 20 человек (43%), направлено с поликлинического приема - 5 человек (10%), инсульт произошел в стационаре - 3 человека (6%), прочие - 19 человек (41%).

В ходе исследования было проведено наблюдение за больными на протяжении 5 лет по данным медицинской документации (амбулаторная карточка, история болезни).

3 человека (6%) выбыли из района, дальнейшее состояние их здоровья не известно.

4 человека скончались в течение первого месяца после произошедшего инсульта.

Оставшиеся 40 человек были разделены на 2 группы.

В 1 группу были объединены больные, которые после перенесенного инсульта получали адекватную и регулярную антигипертензивную терапию (регулярно наблюдались у невролога и терапевта), проходили курсы реабилитационного лечения в условиях стационара. Количество человек в группе - 27, из них мужчин - 17, женщин - 10.

2 группу составили больные, которые не получали регулярной антигипертензивной терапии. Количество человек в группе - 13, из них мужчин - 10, женщин - 3.

В течение 1 года повторное нарушение мозгового кровообращения развилось в 1 группе больных у 1 человека (3,7%), во 2 группе у 3 человек (23%).

В течение 5 лет повторное ОНМК развилось в 1 группе у 3 больных (11%), во 2 группе у 7 человек (53,8%).

Повторное нарушение мозгового кровообращения произошло у 25% наблюдаемых.

Показатели повторных ОНМК

Группы больных	1-й год наблюдения	2-й год наблюдения
1 группа	3,7%	11%
2 группа	23%	53,8%

Таким образом риск развития повторного инсульта у больного, не получающего регулярной антигипертензивной терапии возрастает более чем в 2 раза по сравнению с теми, кто это лечение получает.

Постоянная, адекватно подобранная анти гипертензивная терапия снижает уровень АД , может привести к уменьшению выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка сердца, улучшению состояния сосудистой стенки, уменьшению сосудистого мозгового сопротивления, восстановлению ауторегуляции мозгового кровотока в диапазоне нормальных показателей АД.

Необходимо также вести целенаправленную политику на уровне государства по пропаганде здорового образа жизни, улучшению экологической обстановки.

Только сочетание стратегии высокого риска с популяционной стратегией позволит получить значительный результат в отношении уменьшения заболеваемости и смертности от цереброваскулярных болезней.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МУЗ "КИЧМЕНГСКО-ГОРОДЕЦКАЯ ЦРБ ИМ. В. И. КОРЖАВИНА

Данное исследование посвящено анализу работы отделения скорой медицинской помощи МУЗ «К-Городецкая ЦРБ» им. В.И. Коржавина с целью более эффективного оказания экстренной помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе.

Служба скорой медицинской помощи в К-Городецком районе была создана в 1938 году. Целью создания службы было более быстрое и квалифицированное оказание медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия, на дому и по пути следования в стационар.

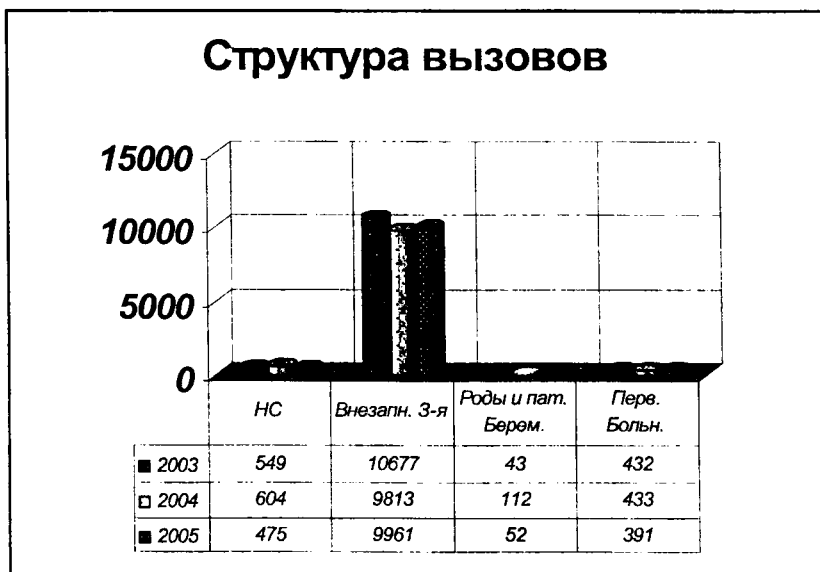
В состав отделения скорой и неотложной медицинской помощи входит круглосуточный диспетчерский пост по приему и передаче бригадам вызовов и две выездных бригады. Отделение укомплектовано квалифицированными медицинскими и водительскими кадрами.

Все средние медицинские работники имеют сертификат по специальности «Лечебное дело» и регулярно проходят курсы повышения квалификации.

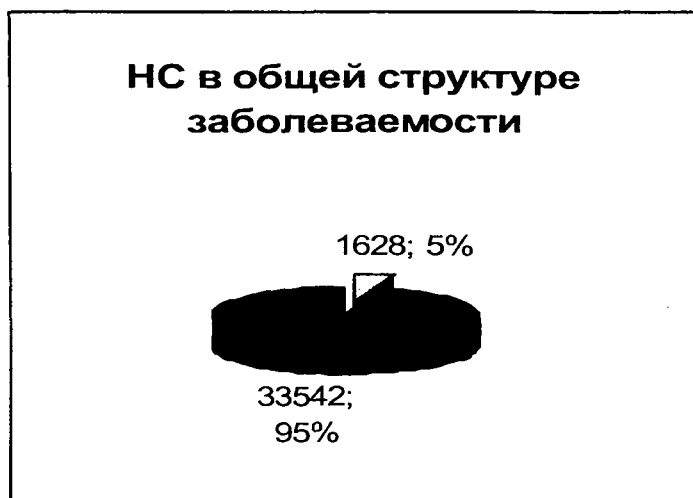
За отделением закреплено 4 санитарных автомашины, оборудованные рациями «Лён-В» старого образца и 3 новыми рациями «Motorola», носилками, щитами, транспортными шинами и, частично, спецсигналами. Все водители имеют I класс и опыт работы в бригадах скорой медицинской помощи.

Отделение оборудовано средствами связи: имеются телефоны «03» для приема вызовов, «2-14-00» для двусторонней связи и внутренний телефон для оперативности связи внутри больницы, а так же рация для оперативной связи с бригадами. Для оказания экстренной медицинской помощи в распоряжении бригад имеется следующая аппаратура: «АН-8» для ингаляции кислорода и закиси азота, «КИ-3 М» для ингаляции кислорода и кислородно-воздушной смеси, «РДА-2» типа "Амбу" и «РПА-2» для искусственной вентиляции легких, дефибриллятор «ДКИ-Н-02» для проведения электроимпульсной терапии при сердечно-легочной реанимации, электрокардиографы «Kenz» и «Салют» для регистрации электрокардиограмм, ножной отсос для удаления слизи и рвотных масс из ротовой полости и верхних дыхательных путей. В отделении скорой и неотложной помощи имеются две укладки на десять пострадавших при крупных авариях и катастрофах, наборы для оказания экстренной медицинской помощи при родовспоможении и несчастных случаях, ящики-укладки с медикаментами для оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим. Имеется месячный запас медикаментов и перевязочного материала.

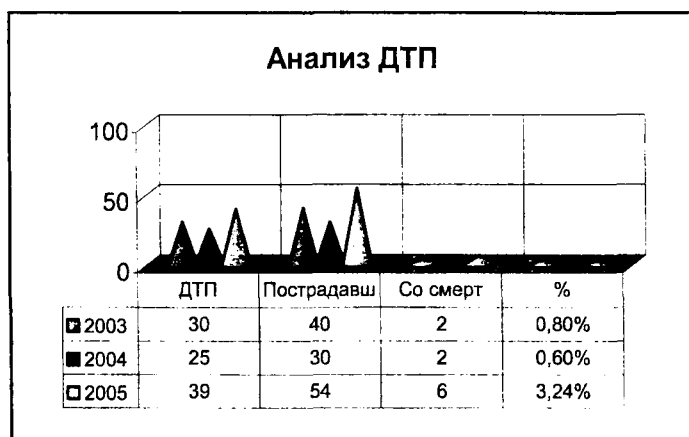
За исследуемый период отделением скорой медицинской помощи обслужено 33542 вызовов



Большое место в структуре обращений за медицинской помощью занимают несчастные случаи.

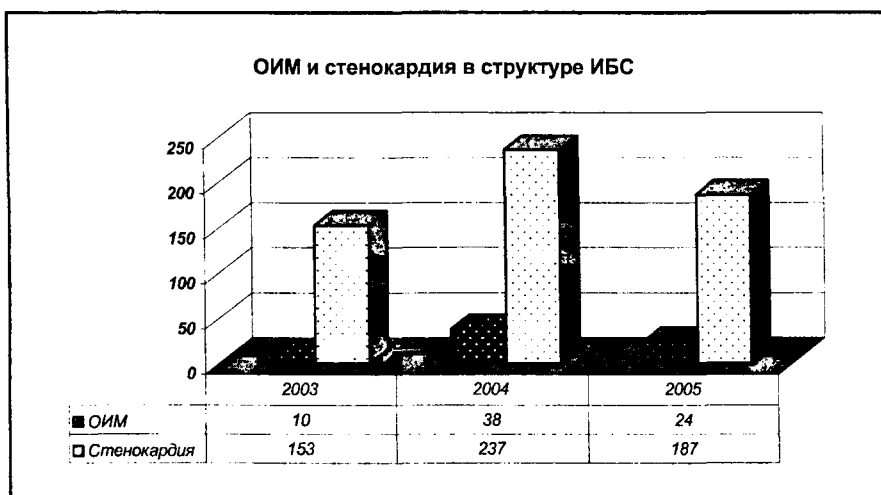


Самые тяжелые травмы, требующие экстренной квалифицированной медицинской помощи дают дорожно-транспортные происшествия.



Как видно из приведенной таблицы в 2005 году резко возрос % смертности при ДТП. Главным фактором, определяющим дальнейшую судьбу пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, является время, прошедшее с момента травмы, и своевременно и правильно оказанная первичная помощь.

Одними из самых тяжелых осложнений ИБС являются: стенокардия и острый инфаркт миокарда, требующие незамедлительной медицинской помощи и госпитализации в стационар.



Ежегодно возрастает число обращений с таким грозным осложнением, как нарушение сердечного ритма.



Одним из самых грозным осложнением артериальной гипертензии, требующим экстренной медицинской помощи является острое нарушение мозгового кровообращения.

Отмечается рост ОНМК почти на 100%.



В 2003 году разработана отраслевая целевая программа «Скорая медицинская помощь», где отмечается резкое увеличение доли больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи. Реализация мероприятий, предусмотренных этой программой, позволит обеспечить:

- повышение качества и экономической эффективности скорой и неотложной помощи;
- снижение летальности и инвалидизации при неотложных состояниях;
- улучшение преемственности оказания скорой медицинской помощи;
- повышение готовности ЛПУ к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЫШЕННЫХ НЕРВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Целью настоящей работы является изучение влияния образа жизни и повышенных нервно-эмоциональных нагрузок на состояние здоровья медицинских работников. Исследование проводилось в июле - августе 2005 года. В нем принимали участие 15 фельдшеров отделения скорой медицинской помощи МУЗ «К-Городецкая ЦРБ» им. В.И. Коржавина.

Условия и характер труда фельдшеров скорой помощи заслуживают пристального внимания в плане охраны их здоровья. Работники подвергаются воздействию таких различных неблагоприятных факторов производственной среды, как нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, дискомфортный микроклимат, недостаточная освещенность, тряска, вибрация, переноска тяжести и другие. Высокая производственная нагрузка, круглосуточный режим работы требуют высокой функциональной активности организма.

Исследование проводилось в различных возрастных группах с различным стажем работы.

Анализируя полученные данные, надо заметить что, 66,6% отмечают свое здоровье как хорошее, а 33,4% - недовольны состоянием своего здоровья.

Было проведено исследование физической работоспособности с помощью теста американского физиолога К. Купера. В основе метода лежит определение количества километров, которые испытуемый сможет пробежать, пройти в течение 12 минут.

У 26 % испытуемых показатели физической работоспособности плохие или очень плохие, т. е. они находятся или в состоянии предболезни или больны.

В ходе исследования у всех респондентов был определен индекс массы тела.

Настораживает, что 53 % респондентов имеют избыточную массу тела, которая в купе с малоподвижным образом жизни является огромным фактором риска в развитии заболеваний сердечнососудистой, эндокринной систем и цереброваскулярных заболеваний.

Труд фельдшеров скорой помощи связан с рядом неблагоприятных факторов, воздействие которых трудно исключить.

Чрезмерные нагрузки в связи со стремлением компенсировать низкий заработок дополнительными дежурствами усугубляют это положение.

Количество фактически отработанных часов составляет 118 - 128% к норме рабочего времени. А ведь длительное физическое и нервно - эмоциональное напряжение без полноценного отдыха приводит к тому, что человек теряет сон, аппетит, у него плохое настроение, появляются вспышки раздражительности, тоска.

Факторы, которые, по мнению опрошенных, отрицательно влияют на состояние здоровья.

Важную роль играет соблюдение режима труда и отдыха, прежде всего, достаточно продолжительный ночной сон, четкий распорядок рабочего дня, отсутствие конфликтных ситуаций и необоснованных межличностных «трений» в социально - производственной микрогруппе.

К числу наиболее негативных факторов, расстраивающих умственную работоспособность человека, относится недостаточный сон.

Сон - это очень важный компонент активной жизнедеятельности, позволяющий перерабатывать поступающую в мозг в период бодрствования информацию, адаптироваться к всевозможным стрессам. По данным опроса 7 человек (46%) отмечают нарушение сна.

Рациональное питание является важнейшим фактором сохранения и укрепления здоровья человека, его умственной работоспособности. Прием пищи в одно и тоже время обуславливает условно - рефлексорное возбуждение пищевого центра, способствуя ритмичной работе желудочно-кишечного тракта и повышению усвояемости пищи. Частота приема пищи индивидуальна, но не реже 3~ раз в сутки. За завтраком желательна съесть 35% от общего объема пищи, на обед - 40%, на ужин - 25%.

У 40% опрошенных - полноценный завтрак, у 60% - завтрак состоит из чая и бутерброда.

Здоровый образ жизни подразумевает отказ от вредных привычек.

Курение неизбежно ухудшает сон, делает раздражительным и вспыльчивым, вызывает заболевания органов дыхания, онко патологию. Никотиновое отравление отрицательно сказывается на такую важную функцию как зрение. 40% опрошенных (6 человек) курят более 10 лет, количество выкуриваемых сигарет составляет в среднем 25 штук в сутки.

Вредоносное влияние алкоголя на организм человека достаточно изучено. Алкоголь, попадая в организм человека, поражает, прежде всего, центральную нервную систему, концентрируясь в головном мозге. Из-за возникшего в мозгу кислородного голодания гибнут корковые клетки, от чего снижается память и замедляется мыслительная деятельность. Под влиянием алкоголя исчезают все новые достижения, накопившиеся в результате умственной деятельности. Человек отбрасывается на более низкий уровень своего интеллектуального развития. При систематическом алкогольном отравлении мышление становится шаблонным, не творческим, постепенно утрачивается интерес к новому. 26,6% опрошенных (4 человека) употребляют алкоголь 1 раз в неделю, 53,3% (8 человек) употребляют алкоголь 1 раз в месяц, 20% (3 человека) не употребляют спиртные напитки вообще.

Среди факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья трудящихся, повышению и поддержанию их высокой работоспособности видное место принадлежит физической культуре. Она является одной из основных составляющих здорового образа жизни.

По данным опроса только один человек выполняет утреннюю зарядку, регулярно спортом никто не занимается.

Одним из важнейших критериев состояния здоровья трудоспособного населения является заболеваемость с временной утратой трудоспособности, которая в основном отражает структуру и динамику общей заболеваемости.

В структуре заболеваемости основное место занимают заболевания сердечнососудистой системы (гипертоническая болезнь) и заболевания костномышечной системы (остеохондроз). По данным опроса 86% респондентов отмечают у себя наличие хронических заболеваний.

Несколько рекомендаций непосредственно нашей администрации:

1. Улучшить качество проведения медицинских осмотров работников здравоохранения.
2. Проводить экспертизы временной нетрудоспособности медицинских работников, учитывая возрастной состав, место работы, структуру заболеваемости.
3. Шире использовать стационарное лечение заболеваний медработников.
4. Проводить эффективную диспансеризацию.

Литература

1. Запорожченко В. Г. «Образ жизни и вредные привычки». Москва 1994г.
2. Красовский Е. Б. «Организация и гигиена умственного труда». Москва 1993г.
3. Пирогова Е. А., Иващенко Л.Я., Стропко Н.П. «Влияние физических упражнений на работоспособность человека». Киев 1986.
4. Виленский М. Я., Ильинич В.И. «Физическая культура работников умственного труда». Москва 1987г.
5. Веселкова Н. Н. «Здоровье трудоспособного населения». Москва 1996г.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Отпечатано в ООО "Издательский дом "Череповец":
г. Череповец, ул. Metallургов, 14-а

Традиции в лечении сохраняются

[50=00]

12

Ингибиторы АПФ

- являются препаратами первой линии в лечении артериальной гипертензии и сердечной недостаточности*
- являются препаратами выбора в лечении АГ при сахарном диабете
- имеют длительный опыт клинического применения во всем мире (более 20 лет)

Рениприл

19

10 мг и 20 мг эналаприла

- Высокая эффективность
- Хорошая переносимость
- Доступная стоимость лечения

Ингибитор АПФ и диуретик

- при недостаточной эффективности монотерапии рекомендуется комбинация ингибитора АПФ и диуретика
- эффективность терапии возрастает до 94,2%**

Рениприл ГТ

10 мг эналаприла
12,5 мг гидрохлортиазида

- Обладает доказанной клинической эффективностью и безопасностью
- Простой режим дозирования (1 таблетка в день)
- Обеспечивает гарантированное выполнение рекомендаций врача

