

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 614.88 (470.56)

В.А. Боев, Н.Ю. Перепелкина, А.М. Боев (г. Оренбург). **Динамика основных показателей деятельности службы скорой медицинской помощи г. Оренбурга**

С целью оценки деятельности службы скорой медицинской помощи (СМП) был выполнен анализ основных показателей работы СМП г. Оренбурга за пятилетний период (2002–2006).

Обеспеченность бригадами СМП на 10 тысяч жителей г. Оренбурга в 2003 г. была равна 0,89, в 2004 г. – 0,89, в 2005 г. – 0,90, в 2006 г. – 0,91. Этот показатель значительно превышал аналогичные среднероссийские данные. Обеспеченность населения г. Оренбурга врачами СМП в 2002 г. составляла 4,3 на 10 тысяч населения, в 2003 г. – 4,1, в 2004 г. – 4,2, в 2005 г. – 4,3 и в 2006 г. – 4,5.

С июля 2006 г. в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения врачам, фельдшерам и медсестрам бригад скорой медицинской помощи осуществляются дополнительные выплаты, что способствует повышению укомплектованности медицинских работников СМП. Так, если до июля 2006 г. укомплектованность врачами СМП оставалась стабильно низкой и колебалась от 78,7% в 2004 г. до 77% в 2003 г., то на 1 января 2007 г. этот показатель улучшился и составил 82,05% (в РФ в 2004 г. – 88,3%).

В 2006 г. врачи имели следующий уровень профессиональной подготовки: с высшей категорией было 4%, первой категории – 44%, второй – 21%. У 94% врачей был сертификат специалиста.

С 2002 по 2006 г. уровень обращаемости населения г. Оренбурга за СМП оставался высоким, хотя и имел тенденцию к снижению: в 2002 г. – 499,4 обращения на 1000 человек, в 2003 г. – 461,0, в 2004 г. – 436,5, в 2005 г. – 402,3, в 2006 г. – 404,3 (в РФ норматив – 318 обращений на 1000 населения). В стране повсеместно регистрируется превышение этого норматива, утвержденного программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Обусловленность высоких показателей обращаемости населения на СМП в г. Оренбурге связана с тем, что этот вид медицинской помощи остается доступным, бесплатным для населения, а обеспеченность ее бригад медикаментами, одноразовым инструментарием и диагностической аппаратурой – удовлетворительной. В городе отмечается рост показателей заболеваемости населения, в том числе по травмам, отравлениям и несчастным случаям. В г. Оренбурге сохраняется и высокий уровень хронической патологии. До настоящего времени не удается ограничить роль службы СМП исключительно случаями, требующими оказания экстренной медицинской помощи, еще и потому, что большинство городских амбулаторно-поликлинических учреждений не готовы оказывать неотложную медицинскую помощь прикрепленному населению.

За последние годы структура обращений населения г. Оренбурга за оказанием СМП существенно не изменилась и характеризовалась преобладанием обращений по причине внезапных заболеваний и состояний, доля которых в 2006 г. составляла 54,4%. На втором месте были несчастные случаи (12,0%), на третьем месте – перевозка больных в ЛПУ (11,7%). Отмечается рост обращений по поводу обострения хронических заболеваний (19,0%). Установлено, что за прошедшие пять лет доля безрезультатных вызовов хотя и не была высокой, но имела тенденцию к уменьшению. Так, если в 2002 г. удельный вес безрезультатных выездов равнялся 7,0%, то в 2006 г. – 5,7%, при этом увеличилась доля выездов для констатации смерти до 2% и отказов от медицинской помощи до 1,4%.

В работе бригад СМП важны оперативность и своевременность оказания СМП. При анализе деятель-

ности за трехлетний период (2002–2006) установлено, что удельный вес вызовов с опозданием больше 4 минут колебался от 0,03 до 0,07%, а больше 15 минут не превышал 0,12%. Показатель своевременности оказания СМП на протяжении последних трех лет также сохранялся практически на одном уровне – 97,2%.

В последние годы удельный вес случаев расхождения клинических диагнозов оставался стабильно низким и не превышал 3%. Это свидетельствует о высокой квалификации медицинских работников ССМП, своевременном и качественном сопоставлении диагнозов, поставленных врачами (фельдшерами) СМП и врачами приемных отделений ЛПУ.

За 2002–2004 г. на ССМП г. Оренбурга показатели качества диагностики по экстренной хирургической патологии существенно не изменились и оставались стабильными. Доля гипердиагностических ошибок колебалась от 3,9% в 2002 г. до 2,8% в 2006 г., гиподиагностических – не более 2,6%.

Показатели досуточной летальности в 2002 г. составляли 0,4% от всех случаев госпитализации, в 2003 г. – 0,6%, в 2004 г. – 0,7%, в 2005 г. – 0,7% и в 2006 г. – 0,7%. В структуре причин досуточной летальности в 2006 г. преобладали острый инфаркт миокарда (34%), острое нарушение мозгового кровообращения (29%), острая хирургическая патология (16,7%). Удельный вес повторных в течение суток вызовов по «03» на ССМП за пять лет не превышал 1,5%. При этом по вине врача таких повторных вызовов было не более 2,5%, а остальные 97,5% приходились на причины не в компетенции врача.

Таким образом, анализ деятельности СМП г. Оренбурга за пятилетний период (2002–2006) выявил, что основные показатели работы этого медицинского учреждения имели позитивную динамику, и это способствовало улучшению качества оказания скорой медицинской помощи населению.

УДК 616. 724. 716. 4 – 073. 756. 8

Р.Р. Хайбуллина, Л.П. Герасимова, Д.А. Байков, Ф.Ф. Муфазалов, А.Ф. Хайрутдинова (г.Уфа). **Компьютерная томография при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава**

Целью нашей работы являлось изучение особенностей лучевой семиотики при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по данным компьютерной томографии (КТ).

Было обследовано 37 пациентов с артрозами ВНЧС окклюзионного генеза (1-я группа) и 33 с ревматоидным артритом (2-я группа) в возрасте от 21 года до 50 лет. Всем пациентам проводили рентгенографические исследования ВНЧС и КТ. Исследования ВНЧС выполняли на мультислайсовых компьютерных томографах MX 8000 фирмы «Philips». Сканирование осуществлялось на уровне ВНЧС в аксиальной проекции лежа на спине в положении закрытого и максимально открытого рта.

В результате исследования у 17 пациентов 1-й группы были выявлены изменения на уровне суставных головок нижней челюсти в виде субхондрального склероза, сопровождавшегося неравномерно выраженным утолщением коркового слоя в передних отделах. Сами суставные головки прослеживались асимметрично, имели место краевые разрастания остеофитов. В положении максимально открытого рта у 5 пациентов суставные головки избыточно смещались за вершины суставных бугорков, при этом грубых деформаций со стороны самих суставных головок не отмечалось, а явления субхондрального склероза были выражены умеренно. У 15 пациентов в положении максимально открытого рта суставные головки смещались не достигая вершин суставных бугорков. Выраженные дегенеративно-дистрофические изме-

нения сопровождалось явлениями остеосклероза с небольшими очагами кистовидного разряжения на фоне губчатого вещества, краевыми разрастаниями остеофигов. Суставные головки в положении привычной окклюзии занимали асимметричное положение в суставных ямках.

Во 2-й группе больных в 100% случаев имели место явления остеопороза, при этом структура губчатого вещества была разряжена, а межтрабекулярные пространства расширены. На этом фоне очертания коркового слоя суставных головок прослеживались более отчетливо, хотя при планиметрических измерениях объективного утолщения его не отмечалось. У 23 обследованных больных суставные головки были деформированы, неравномерно утолщены, с четкими, но неровными, бугристыми контурами. В положении максимально открытого рта во всех случаях имело место избыточное саггитальное смещение суставных головок нижней челюсти.

Нами установлено, что при артрозах ВНЧС окклюзионного генеза кинетические нарушения сначала характеризуются избыточностью движений, затем ограничением смещения, и в терминальной стадии заболевания исходом может быть полная утрата движений. Структурные изменения в суставных головках нижней челюсти на начальном этапе практически не определяются. В дальнейшем, при ограничении функции сустава, дегенеративно-дистрофические изменения нарастают, склеротические процессы преобладают, а сами суставные головки асимметрично деформируются, создавая дополнительные условия для травматического повреждения внутрисуставного диска.

При поражениях функции ВНЧС у больных ревматоидным артритом суставные головки порозно изменены, но при этом в большинстве случаев они сохраняют свои естественные очертания. В ряде случаев, вероятно, при тяжелом течении заболевания, суставные головки могут деформироваться, приобретать неровные, бугристые очертания при сохранении отчетливой дифференциации коркового слоя и губчатого вещества и отсутствия явлений остеосклероза. Кинетические нарушения независимо от стадии процесса и степени выраженности деформации суставных головок характеризуются обычным саггитальным смещением.

Таким образом, рентгенологическая картина представленных заболеваний ВНЧС существенно отличается, приобретает свои характерные особенности, что не может, в свою очередь, не сказаться на тактике проводимого лечения.

УДК 617.52 – 002.36 – 097

И.И. Долгушин, Л.С. Латушина, Ю.В. Павленко (г. Челябинск). **Иммунологические показатели периферической крови у больных с одонтогенными флегмонами**

Развитие, клиническую картину и исход острых одонтогенных воспалительных процессов обуславливают вирулентность, инвазивность, токсичность микроорганизмов, общие и местные неспецифические и специфические (иммунные) факторы защиты организма, а также анатомо-топографические особенности тканей челюстно-лицевой области. Исследование иммунной реактивности организма при гнойно-воспалительных заболеваниях различной локализации челюстно-лицевой области необходимо для лучшего понимания патогенеза, своевременной диагностики, выбора правильной тактики лечения и профилактики осложнений.

Целью исследования была оценка общего иммунного статуса (иммунологических показателей периферической крови) больных с флегмонами челюстно-лицевой области одонтогенного источника инфицирования с локализацией в глубоких клетчаточных пространствах.

Проведен комплекс иммунологических исследований периферической крови у 60 человек, из них у 28 больных из отделения челюстно-лицевой хирургии Челябинской областной клинической больницы с одонтогенными флегмонами нескольких глубоких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области (по классификации М.М. Соловьева, О.П. Большакова, 2001) и у 32 клинически здоровых доноров (группа контроля). Больные находились в возрасте от 18 до 74 лет (средний возраст – $36,0 \pm 2,77$ года); в группе было 27% женщин и 73% мужчин. Доноры были сопоставимы с группой больных по полу и возрасту.

При поступлении в стационар всем пациентам проводилось оперативное лечение (вскрытие и дренирование гнойного очага) в сочетании с комплексной медикаментозной терапией.

При иммунологическом обследовании (на 2 и 14-е сутки лечения) в периферической крови определяли общее количество лейкоцитов, лейкоцитарную формулу. Содержание субпопуляций лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20) оценивали по методике С.В. Сибиряк и др. (1997). Количество иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови оценивали по G. Mancini et al. (1965) в модификации А.А. Тихомирова (1977).

В формировании гуморального иммунного ответа важной вспомогательной частью является система комплемента, имеющая также самостоятельное значение в противомикробной защите организма и инициации воспаления. Уровень комплемента и его гемолитическую активность (СН 50, C₁, C₂, C₃, C₄, C₅) определяли методом молекулярного титрования, концентрацию ЦИК в сыворотке крови – методом, предложенным В. Гашковой и др. (1978).

Данные, обработанные методами вариационной статистики, выражали в виде доверительного интервала (95% ДИ), n – количество наблюдений в выборке. О достоверности различий судили при помощи непараметрических критериев Вилконсона, Манна–Уитни, поскольку распределение результатов исследования отличалось от нормального, а также имелся малый объем выборки [3, 10]. Результаты исследования анализировались с помощью программы SPSS 12.0.

В процессе исследования было определено, что у больных с глубокими одонтогенными флегмонами на 2-е сутки лечения имело место угнетение клеточного звена иммунитета (табл. 1). Исходно и в динамике традиционного лечения у пациентов отмечалось достоверное снижение относительного и абсолютного содержания CD3⁺-Т-лимфоцитов. Аналогичная ситуация наблюдалась с содержанием CD4⁺-лимфоцитов – определялось достоверное снижение относительного и абсолютного числа Т-хелперов периферической крови как на 2-е, так и на 14-е сутки лечения.

У пациентов с флегмонами лица и шеи имело место исходное снижение относительного содержания цитотоксических лимфоцитов, однако к повторному исследованию относительное количество CD8⁺-лимфоцитов не отличалось от показателей доноров, а абсолютное количество этих клеток было снижено.

Количество (как абсолютное, так и относительное) естественных киллеров (НК-клеток) исходно было в пределах нормы, а в динамике комплексного лечения выявлялось достоверное снижение абсолютного числа CD16⁺-лимфоцитов, в то время как относительное количество этих клеток сохранялось в пределах нормы.

Соотношение CD4⁺/CD8⁺ изначально достоверно не отличалось от показателей здоровых лиц, но к 14-м суткам лечения иммунорегуляторный индекс снижался в основном за счет уменьшения относительного количества Т-хелперных лимфоцитов.

Результаты исследования показателей гуморального звена иммунитета и системы комплемента представлены в табл. 2, 3. В-лимфоциты, выявляемые в периферической крови, представляют собой смесь зрелых клеток, выходящих в кровотоки из костной ткани и постепенно оседающих в лимфоузлах. Во второй по-