

Приведенные данные свидетельствуют о том, что государство по-прежнему во главу своей социально-экономической политики ставит задачу расширения потребления человеческого ресурса, а не его сбережения и воспроизводства. В этих условиях система здравоохранения не может выполнить в полном объеме возложенные на нее функции. Она и далее в основном будет ориентирована на обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью и в значительно меньшей степени связана с реализацией профилактического направления, определяющего эффективность процессов формирования общественного здоровья. Этот тезис имеет особое значение в условиях реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, одним из направлений которого является развитие первичной медико-санитарной помощи. Ставя перед этим звеном здравоохранения задачу сохранения здоровья населения и оценивая достижение конечного результата через систему стимулирования труда, необходимо учитывать, что реальные макроэкономические показатели, определяющие уровень и качество жизни населения, не позволят в короткие сроки участковым врачам педиатрам, терапевтам, врачам общей практики достигнуть улучшения показателей здоровья населения. Успех реформы возможен только при реализации широкомасштабной социально-экономической политики, охватывающей все направления реализации системы охраны здоровья населения.

Литература

1. Вишневский А.Г., Андреев Е.М., Трейвиш А.И. // *Научные труды ИЭПП*. - 2003. - № 53Р. - М., 2003. - С. 6.
2. Доклад о развитии человека за 1995 г. — Нью-Йорк-Оксфорд : Юниверсити Пресс.

3. Ефимова М.Р., Бычкова С.Г. *Социальная статистика : учебное пособие* — М. : Финансы и статистика, 2003.
4. Казначеев В.П., Поляков Я.В., Акулов А.И., Мингазов И.Ф. *Проблемы «Сфинкса XXI века». Выживание населения России*. — Новосибирск: Наука, 2000.
5. Кокорина Е.П. *Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях*. — М., 1999.
6. Корчагин В.П. *Финансовое обеспечение здравоохранения*. — М.: Эпидар, 1997.
7. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. *Статистика в медицине и биологии / под ред. проф. Ю.М. Комарова*. - Т. 2. - М.: Медицина, 2001.
8. Нестеров Л., Аширова Г. // *Вопросы экономики*. — 2003. - №2. - С. 103-110.
9. Тишук Е.А. // *Пробл. соц. гигиены и истории медицины*. - 2003. - №5. - С. 3-11.
10. *Фундаментальные основы политики здравоохранения/под ред. О.П. Щепина*. - М., 1999.

Поступила в редакцию 15.02.2006.

THE APPLICATION OF METHODS OF THE MACROECONOMIC ANALYSIS FOR THE ESTIMATION OF HEALTH OF THE POPULATION AND INFLUENCE ON REGIONAL POLITICS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

E.B. Krivilevich

Vladivostok State Medical University, Primorsky regional medical information-analytical center

Summary — The main subjects of the research are the integral indicators, which may characterize effect of social-economic policy and quality of live to the public health. The author offers to use those indicators as the criteria for estimating effectiveness of the regional public health policy.

Research based on statistical information for the latest 10 years shows that quality of life remains very low due to modern social-economic policy. Also there are increasing economic losses arisen from short period of active life of the population.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 92-95.

УДК 615.127-005.8-085.273.55.03

В.Н. Балашова, Е.В. Пшенникова, Н.В. Тюрина,
С.В. Лебедев

СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО СОЧЕТАНИЯ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Станция скорой медицинской помощи
г. Владивостока

Ключевые слова: инфаркт миокарда,
тромболитическая терапия, сердечно-легочная
реанимация.

Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда является высокоэффективным методом лечения, оказывающим положительное влияние на электрическую стабильность сердца, предупрежда-

ющим развитие гемодинамических осложнений и ремоделирования миокарда, уменьшая тем самым вероятность смерти и инвалидизации пациента [1, 2]. За последние 20 лет благодаря тромболитической терапии удалось добиться значительного снижения госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда [1, 5]. При этом для большинства специалистов экстренной медицины необходимость проведения тромболитической терапии в ранние сроки является неоспоримой и общепризнанной [1].

Между тем известно, что применение тромболитических препаратов, позволяющих достичь быстрой канализации тромба, ведет к целому ряду прогнозируемых осложнений [2, 4, 5]. Из них на догоспитальном этапе наиболее грозными являются реперфузионные нарушения ритма, включая фибрилляцию желудочков. Именно при реперфузионных фатальных аритмиях (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия) от бригады

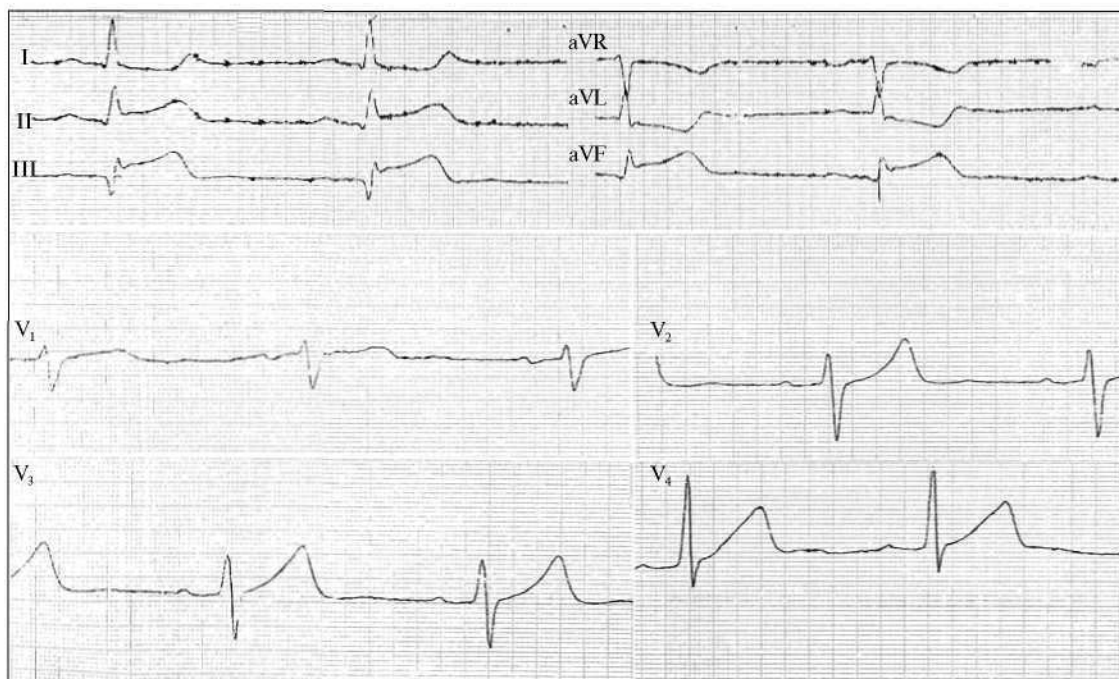


Рис. 1. Электрокардиограмма пациента В., 73 лет, до начала тромболитической терапии.

скорой медицинской помощи требуется грамотное слаженное оказание помощи, проведение реанимационного пособия, соответствующего современным международным алгоритмам. Приводим собственное наблюдение.

Больной В., 73 лет, в 1 час 52 мин 19 декабря 2005 г. обратился по телефону «03» с жалобами на загрудинные боли. Диспетчер направил на вызов специализированную кардиологическую бригаду, которая прибыла на место в 2 часа 10 мин — время ожидания 18 мин. Пациент предъявлял жалобы на давящую боль за грудиной без отчетливой иррадиации, длительностью около часа, возникшую во время сна, а также на головокружение и резкую слабость. При попытке принять вертикальное положение родственниками зафиксировано кратковременное обморочное состояние. До прибытия бригады скорой медицинской помощи самостоятельно медикаменты не принимал. До настоящего времени считал себя практически здоровым. Более подробно анамнез собрать не удалось из-за тяжести состояния.

На момент прибытия бригады скорой медицинской помощи состояние больного тяжелое, нестабильное, сознание умеренно оглушенное, положение активное (в пределах кровати), кожа бледная и влажная, акроцианоз. Слизистые оболочки цианотичные. Тоны сердца ритмичные, глухие, шумов нет, пульс ритмичный, нитевидный, дыхание жесткое, хрипов нет. Частота пульса и сердечных сокращений 58 в мин, артериальное давление 70/50 мм рт. ст., число дыханий 22 в мин. Выполнено электрокардиографическое исследование (рис. 1). Диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Крупно очаговый заднедиафрагмальный инфаркт миокарда. Синусовая брадикардия. Кардиогенный шок II ст. Хроническая сердечная недостаточность II функционального класса».

Начато стартовое лечение: ингаляция увлажненным кислородом, аспирин (0,25 мг) per os, установлен внутривенный доступ, начат мониторинг сердечного ритма с применением дефибриллятора Lifepak 12 с готовностью к немедленной дефибрилляции.

Лечение продолжено капельным введением 4% раствора дофамина (5 мл в 200 мл изотонического раствора). С целью анальгезии и седации внутривенно введены 2 мг раствора буторфаноло тартрата («Стадол») и 2 мл 0,5% раствора сибазона. Болевой синдром купирован полностью. Благодаря непрерывному кардиомониторингу зафиксированы частые полиморфные желудочковые экстрасистолы. Внутривенно дробно введен кордарон (в общей дозе 450 мг). Начат сбор прицельного анамнеза с точки зрения возможности проведения тромболитической терапии.

В 2 часа 30 мин (спустя 20 мин после прибытия бригады) на мониторе зафиксирована фибрилляция желудочков. Диагностирована клиническая смерть. Немедленно начата сердечно-легочная реанимация, начиная с первичной электрической дефибрилляции разрядом бифазного тока 200 Дж, элементарная сердечно-легочная реанимация: массаж сердца и искусственная вентиляция легких (100% кислород) в соотношении 15:2. Выполнена интубация трахеи. Спустя 3 мин восстановлены самостоятельное дыхание (с частотой 10 в мин) и кровообращение с наличием пульсовых волн на сонных артериях, артериальное давление не определялось. Частота пульса и ритма по монитору — 28 в мин. Начата чрескожная электрическая кардиостимуляция с параметрами 40 мА, эффективно навязан ритм с частотой 80 в мин. Продолжено внутривенное капельное введение раствора дофамина. В 3 часа 05 мин (спустя 2 часа 05 мин от начала болевого приступа) начата тромболитическая терапия альтеплазой («Актилизе») по схеме I: 15 мг внутривенной струйно, гепарин внутривенно 5000 Ед, затем альтеплаза 50 мг внутривенно капельно за 30 мин и 35 мг внутривенно капельно во время транспортировки (10 капель в минуту).

На момент доставки (5 часов 00 мин) в отделение реанимации и интенсивной терапии Городской клинической больницы № 1 артериальное давление на фоне инотропной поддержки равнялось 90/60 мм рт. ст., частота пульса — 82 в мин (без кардиостимуляции), единичные желудочковые экстрасистолы, число дыханий — 20 в мин (рис. 2, а, б).



Рис. 2. Электрокардиограммы пациента В., 73 лет.

а — электрокардиограмма после завершения введения альтеплазы (6 часов 22 мин); б — электрокардиограмма в динамике (10 часов 45 мин).

Катамнез: пациент был выписан в удовлетворительном состоянии, со стабильными гемодинамическими показателями, отсутствием одышки и приступов стенокардии, хорошей толерантностью к физической нагрузке.

Данный клинический случай подтверждает необходимость оснащения специализированных бригад СМП современным оборудованием (дефибриллятор с кардиомонитором и функцией чрескожной кардиостимуляции), важность специальных учебно-тренировочных программ для персонала СМП (сердечно-легочная реанимация, экстренная кардиологическая помощь) [3], а также обоснованность раннего применения тромболитических препаратов в условиях догоспитального этапа.

Литература

1. Груздев А.К., Сидоренко Б.А., Максимов В.Р., Яновская З.И. Проведение системной тромболитической терапии у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе. — М. : Главное медицинское управление, Управление делами Президента Российской Федерации, 2005.
2. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. — М. : Медицинское информационное агентство, 1998.
3. Шуматов В.Б., Кузнецов В.В., Лебедев С.В. // Тихоокеанский мед. журнал. — 2006. — № 1. — С. 81—84.
4. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005/ed. by Nolan J., Bassett P. // Resuscitation. - Vol. 67, Suppl. 1. - P. 189.
5. Guidelines CPR and ECC 2005. - Dallas : American Heart Association, 2005.

Поступила в редакцию 07.12.2006.

THE CASE OF TROMBOLITIC THERAPY AND CPR ON PRE-HOSPITAL STAGE

V.N. Balashova, E. V. Pshennikova, N. V. Turina, S. V. Lebedev
Vladivostok Ambulance Station

Summary — The paper is devoted to the review of pre-hospital thrombolitic therapy case in Vladivostok city. The thrombolitic therapy (Actilyse) during cardiogenic shock and bradikardia after cardiac arrest and transcutaneous pacing was successfully made. The necessary conditions for a successful trombolitic therapy program also are determined.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 1, p. 95-97.