

В заключении следует еще раз отметить, что высокая окислительная активность реагента «Фернел» объясняется наличием ферратов (VI и IV), а высокая адсорбирующая способность реагента — образованием высокодисперсного гидроксида железа (III).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Халемский А. М., Швец Э. М. Патент RU 2296110 от 27.03.2007 года.
2. Халемский А. М., Паюсов С. А. Патент RU2221754 от 20.01.2004 года.
3. Орехова А. И., Халемский А. М., Вовнова Т. М. Химия и химическая технология, 2014, том 57, № 3, с. 128-131.
4. Орехова А. И., Халемский А. М., Вовнова Т. М. Вестник УГМА Екатеринбурга, 2011, № 23, с. 32-33.

Д. Ф. Хусаинова, Л. А. Соколова

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Уральский государственный медицинский университет
Кафедра скорой медицинской помощи
г. Екатеринбург*

Аннотация

Самым массовым видом оказания медицинской помощи является скорая помощь. Одним из основных целевых показателей, отражающими работу скорой медицинской помощи, является показатель летальности. Смертность на догоспитальном этапе скорой помощи прямо пропорционально зависит от ее быстроты и качества.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, догоспитальный этап, летальность.

Известно, что самым массовым видом оказания медицинской помощи является скорая помощь. В то же время недостаточная оснащенность, устаревшие медикаментозные стандарты, дефицит информации от пациента, малая возможность общения с коллегами из других регионов, тяжелый круглосуточный труд создают объективные трудности в работе персонала «скорой» [1]. Основными целевыми показателями, отражающими работу скорой медицинской помощи, являются: показатель летальности и показатель времени ожидания обслуживания бригадой, так как эти показатели отражают своевременность и качество работы службы скорой помощи. Все остальные показатели относятся к показателям использования средств обеспечения, и детально рассматриваются при анализе и оценке основных целевых показателей. Смертность на догоспитальном этапе скорой помощи прямо пропорционально зависит от ее быстроты и качества [3].

Обнадеживающее снижение больничной летальности не сопровождается снижением летальности на этапе первичной медицинской помощи, и ее уровень уже много лет остается стабильно высоким и, чтобы добиться положительной динамики в данной области, целесообразно оценить структуру и динамику летальности на догоспитальном этапе [2].

Цель работы: оценить структуру летальности на этапе скорой медицинской помощи (СМП) за 2014 год в зависимости от возраста пациентов и периода оказания СМП.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ догоспитальной летальности 7030 больных за 2014 год, обратившихся за СМП по данным электронной базы станции СМП г. Екатеринбурга. Возраст пациентов от 0 до 98 лет, медиана возраста — 40,2±3,8. Соотношение мужчин и женщин —

4499/2531 чел. (64%/36%). Статистическая обработка результатов проводили с использованием пакетов программ Statistica 6.0. Дискретные переменные представлены в виде процента от общего числа больных в группе.

Результаты и обсуждения: за 2014 год зарегистрировано 7030 смертельных случаев на догоспитальном этапе. Наиболее частые причины летальности выявлены при онкологических заболеваниях (1758 чел., 25%), нервных болезнях (1476 чел., 21%), заболеваниях сердечно-сосудистой системы (1336 чел., 19%). В 10% причина неизвестна (703 чел.). Менее 10% заняли заболевания органов дыхания (422 чел., 6%), травмы (352 чел., 5%), асфиксия (211 чел., 3%), токсико-наркология (211 чел., 3%), общая терапия (211 чел., 3%), хирургические болезни (140 чел., 2%), инфекционные болезни (70 чел., 1%) и прочие (140 чел., 2%).

Детская летальность в 2014 году составила 40 случаев (1%) на догоспитальном этапе. Структура летальности по нозологии от 0 до 17 лет представлена в большинстве случаев асфиксией (9 чел., 23%), общетерапевтическими заболеваниями (6 чел., 14%), токсико-наркологическими болезнями (6 чел., 14%), заболеваниями органов дыхания (6 чел., 14%), травмами (4 чел., 11%), нервными болезнями (5 чел., 12%). Реже встречались такие патологии, как инфекционные болезни (1 чел., 1%), онкология (2 чел., 3%), неизвестные причины (3 чел., 8%).

На догоспитальном этапе за 2014 год умерло 252 человека в возрасте от 18 до 30 лет (3%). Из них, в большинстве случаев, от травм (78 чел., 31%), неизвестных причин (45 чел., 18%), асфиксия (38 чел., 15%), токсико-наркологических заболеваний (30 чел., 12%). Реже встречались инфекционные болезни (13 чел., 5%), онкология (10 чел., 4%), заболевания органов дыхания (10 чел., 4%), хирургические болезни (10 чел., 4%), общетерапевтическая патология (13 чел., 5%), нервные болезни (5 чел., 2%).

Лица от 31 до 60 лет, обратившиеся за СМП и умершие на догоспитальном этапе за 2014 год составили 1829 человек (26%). Наиболее распространенными причинами смерти были онкологические заболевания (402 чел., 22%), заболевания сердечно-сосудистой системы (348 чел., 19%), неизвестные причины (384 чел., 21%), травмы (201 чел., 11%). Также зарегистриро-

ваны случаи летальности при токсико-наркологических заболеваниях (110 чел., 6%), общетерапевтических болезнях (91 чел., 5%), инфекционных болезнях (73 чел., 4%), асфиксия (73 чел., 4%), хирургических болезней (55 чел., 3%), нервных болезней (55 чел., 3%), заболеваний органов дыхания (36 чел., 2%).

Лица старше 61 года в структуре летальности составили 4909 случаев (70%), и представлены болезнями: нервной системы (1424 чел., 29%), онкологическими (1375 чел., 28%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (933 чел., 19%). Реже в данной возрастной категории причинами смерти являлись: заболевания дыхательной системы (393 чел., 8%), неизвестные причины (295 чел., 6%), общетерапевтические болезни (295 чел., 6%), хирургические болезни (98 чел., 2%), травмы (49 чел., 1%), токсико-наркологические заболевания (49 чел., 1%).

До прибытия бригады СМП чаще всего летальность встречается при онкологических заболеваниях (25%), болезнях сердечно-сосудистой системы (17%), болезнях нервной системы (22%), тогда как в присутствии бригады СМП смерть наиболее часто наступает при сердечно-сосудистой патологии (41%). В машине СМП в 26% смерть от сердечно-сосудистой патологии, в 12% от хирургической патологии и заболеваний органов дыхания.

Таким образом, мы оценили летальность в зависимости от возраста пациентов и периода оказания СМП. Самая высокая летальность приходится на старшую возрастную группу (4909 чел., 70%) со следующими причинами: болезни нервной системы (1424 чел., 29%), онкология (1375 чел., 28%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (933 чел., 19%). Летальность в возрастной группе от 31 до 60 лет составила 1829 чел. (26%) и наиболее часто представлена онкологическими заболеваниями (402 чел., 22%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (348 чел., 19%), травмами (201 чел., 11%). Молодые лица в возрасте от 18 до 30 лет (252 человека, 3%) на догоспитальном этапе в большинстве случаев погибают от травм (78 чел., 31%). Дети до 17 лет в структуре летальности составили 40 случаев (1%) и основной причиной смерти у них зарегистрирована асфиксия (9 чел., 23%). Для достижения положительной динамики в данной области, целесообразно изучать

структуру и динамику летальности на догоспитальном этапе, выявлять ее связь с модифицируемыми и немодифицируемыми факторами, что позволит внедрить в клиническую практику новые подходы к организации дифференциальной диагностики и неотложной помощи пациентам на этапе СМП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ажеганов А.Е. Опыт снижения летальности при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе. Материалы 4-го Российского научного форума «Догоспитальный этап медицинской помощи: традиции и стереотипы». — Москва, ЦДХ, 20-23 октября 2009 г., МЕДИ Экспо, — 2009. — С. 16.
2. Гришина А. А. Предикторы догоспитальной летальности при остром коронарном синдроме. Значение факторов риска в мужской и женской популяциях. Автореферат по медицине 14.00.05, Екатеринбург. — 2009. — С. 3.
3. Жуков В.Н., Девяткова Г.И., Тиунов В.К., Нелюбин В.В. Целевые показатели работы станции отделения СМП, их роль в улучшении качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе // Неотложная терапия, М., 2008. — № 3-4. — С. 18-19.

П. Б. Цывьян

ВЛИЯНИЕ ПЕРИКОНЦЕПЦИОННЫХ УСЛОВИЙ РАЗВИТИЯ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА И ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

*Уральский государственный медицинский университет
Уральский НИИ охраны материнства и младенчества
г. Екатеринбург*

Аннотация

Периконцепционный период в развитии млекопитающих определен как весьма узкое по времени окно, охватывающее преконцепционный период и период от зачатия до имплантации эмбриона, воздействия в течение которого на мать и оплодотворенную яйцеклетку способны влиять на последующий рост и физиологические характеристики потомства. Исследования на человеке и животных моделях показали, что такие факторы как питание матери, условия культивирования эмбриона *in vitro*, воздействие на гаметы и эмбрион могут существенно влиять на состояние здоровья индивидуума в последующей жизни. Эпигенетические воздействия на ДНК и процессы организации хроматина являются наиболее вероятными механизмами реализации влияния факторов внешней среды на последующее развитие и фенотип. В обзоре уделяется особое внимание двум важным моментам раннего развития: гематогенезу и преимплантации. Обсуждаются долгосрочные эффекты модификации перимплантационных условий развития на последующее здоровье потомства.

Ключевые слова: эпигенетические воздействия, метилирование ДНК, питание матери, внутриутробное программирование заболеваний.

В настоящее время доказано, что риск возникновения сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний определяется не только укладом жизни и генетической предрасположенностью, но может быть программируемо особенностями внутриутробного развития. Ретроспективные исследования, проведенные

профессором Дэвидом Баркером и его коллегами из университета Саутхэмптона (Англия) в 80-х годах прошлого века, показали причинную связь между нарушением внутриутробного питания плода (суррогатным показателем которого является вес при рождении) и увеличением вероятности развития артери-