

Структура причин обращений населения за скорой помощью на основании диагнозов фельдшеров, обслуживающих вызова, выглядят несколько иначе. Их ранжирование (по убывающей) представляет следующую картину. Верхние позиции по нозологическим формам занимает артериальная гипертензия (18,9%), острые респираторные вирусные инфекции (11,9%), бронхиальная астма (11,7%), ишемическая болезнь сердца (9,3%), алкогольное опьянение и абстинентный синдром (6,0%), травматические повреждения (5,6%), вертеброгенная люмбагия, торакалгия (3,2%), судорожный синдром (2,5%).

В разрезе отдельных классов болезней (МКБ-10) основная доля обращений (80,2%) приходится на болезни системы кровообращения (34,7%), органов дыхания (25,2%), психические расстройства и расстройства поведения (7,7%), болезни органов пищеварения (7,0%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (5,6%).

После оказания первой помощи каждый четвертый (23,3%) был госпитализирован, а 5,2% от предложенной госпитализации отказались. Часть вызовов (1,3%) по разным причинам оказались безрезультатными. Эффективность выездов фельдшера по скорой медицинской помощи в 61,9% случаев оценивается как улучшение состояния, в 37,6% – без перемен и в 0,5% констатирована наступившая смерть до приезда медработника.

Таким образом, при выборе организационных основ построения службы скорой (неотложной) медицинской помощи следует сохранить возможность дифференцированного подхода к выбору модели ее организации на местах с учетом особенностей региона, количества и структуры вызовов, построения сети учреждений здравоохранения, транспортной инфраструктуры, возрастного состава и других обстоятельств.

Литература:

1. Калининская, А.А. Научное обоснование потребности в объемах скорой и неотложной медицинской помощи /А.А.Калининская, С.И.Шляфер, А.К.Дзугаев, А.С.Морозов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№4. – С. 20–24.

2. Кудрявцева, В.В. Медицинская сестра педиатрической службы скорой медицинской помощи /В.В. Кудрявцева, А.И.Петрова // Медицинская сестра. – 2010. – №7. – С. 36–37.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Микульчик С.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассистент Кринец Ж.М.

Актуальность. Эндокринную офтальмопатию рассматривают как многофакторное заболевание, которое развивается на фоне поражения щитовидной железы и проявляется изменениями органа зрения и мягких тканей орбиты. Она объединяет три формы заболевания, способных переходить друг в друга и различающихся не только жалобами и клиническими признаками, но и патоморфологическими изменениями: тиреотоксический экзофтальм, отечный экзофтальм и эндокринная миопатия [1]. Тиреотоксический экзофтальм – это клинический синдром, развивающийся на фоне тиреотоксикоза и включающий признаки повышения сократительной способности мышцы Мюллера. Болезнь поражает лиц трудоспособного возраста, значительно ухудшая качество жизни, и развивается чаще в тридцать – пятьдесят лет.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения тиреотоксического экзофтальма.

Задачи и методы исследования. Нами обследовано 18 больных с тиреотоксическим экзофтальмом. Среди них преобладали женщины – 11 человек (61%), а мужчин было 7 (39%). Возраст больных колебался от двадцати шести до шестидеся-

ти лет. Более чем у половины пациентов (57,5%) наблюдалась гиперфункция щитовидной железы, в трети случаев (35%) имел место эутиреоз. Медикаментозный гипотиреоз составил 7,5%. План клинического обследования включал визометрию, компьютерную периметрию, экзофтальмометрию, офтальмоскопию. Для выявления синдрома «сухого глаза» использовали пробу Ширмера.

Результаты. С учетом возраста все пациенты с тиреотоксическим экзофтальмом были поделены на две группы: первая группа – от 26 до 45 лет (8 больных), вторая группа – старше 45 лет (10 больных). В первой группе клиническая картина характеризовалась первоначальным расширением глазной щели и появлением чувства «инородного» тела в глазах, позже присоединение слезотечения. Пациенты второй группы в качестве первых жалоб отмечали слезотечение, позднее присоединилось увеличение глазной щели за счет ретракции век, что явилось причиной обращения к офтальмологу. Ширина глазной щели в первой группе составила в среднем 11,0мм (8 –16 мм) при норме 7 –10 мм, во второй группе –10,3мм (7 –14 мм). Ретракция век в обеих группах встречалась у всех больных. У 11 пациентов (у 5 первой группы и 6 второй группы) имел место односторонний интермиттирующий птоз верхнего века. Степень выстояния глаза по отношению к наружной стенке орбиты у 13 больных колебалась в пределах 15 –22 мм. С учетом имеющихся данных о положении глаза в орбите средние показатели экзофтальмометрии не выходили за пределы нормы. Подвижность глаза во всех случаях оставалась в полном объеме. Симптом «сухого глаза» у молодых пациентов встречался в 34,5 % случаев, а у больных старшей возрастной группы его частота составила 50,1%.

Выводы. Клиническими признаками тиреотоксического экзофтальма являются расширение глазной щели, ретракция верхнего века и отсутствие протрузии глаза. Он может сопровождаться явлениями синдрома «сухого глаза», что требует раннего выявления и лечения с назначением кератопротекторов. При дальнейшем наблюдении за данными пациентами глазные симптомы исчезают при нормализации функций щитовидной железы.

Литература:

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия // Москва. – 2004.-174 с.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Миленцевич А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – зав. кафедрой Мельникова А.А.

В художественной литературе мы часто встречаем описание различных болезней. Читая произведения А.П. Чехова и Л.Н. Толстого, М. Булгакова и Вересаева, мы познакомились с некоторыми из них.

Хотелось бы остановиться на описании болезней крови в художественной литературе.

В литературе XIX века нет описания определённого поражения кроветворения у героев художественных произведений. Достаточно часто используются такие эпитеты, как «ни кровинки в лице», «бледная», «худосочный». В конце XIX века представления об анемии были достаточно неясными. По-видимому, путаница происходила из-за схожести отдельных синдромов при анемии и других заболеваниях.

Картина резко меняется со второй половины XX века. Сейчас уже болезни крови не только называются, но им посвящаются и отдельные произведения. Возрос интерес к здоровью человека и конкретным болезням. Это объясняется несколькими причинами, первая среди них – бурное развитие науки. Её развитие заставляет более ответственно относиться к своим открытиям и действиям.

После атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки массовые радиационные поражения дают толчок к развитию гематологии. Возникает противоречие между неограниченными возможностями науки и конечностью существования жизни на