

время имеется тенденция к увеличению фельдшерских бригад СМП, доля которых по региону превышает 70% [2]. В соответствии с п. 2.5. Приложения 10 «Положение о фельдшере выездной бригады скорой медицинской помощи» к Приказу Минздрава РФ от 26.03.1999 № 100 (ред. от 10.06.2010) «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» фельдшер СМП обязан владеть техникой снятия ЭКГ, при этом анализ ЭКГ в данном приказе отнесен к прерогативе врача СМП. Вместе с тем, должностными обязанностями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.06.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», фельдшер СМП регистрирует и анализирует ЭКГ. К сожалению, описание и интерпретация ЭКГ в ряде случаев вызывают трудности не только у фельдшеров, но врачей СМП, наиболее часто при нарушениях ритма и проводимости, остром коронарном синдроме. Вызов врачебной или специализированной бригады СМП для оказания помощи фельдшерской бригаде СМП по расшифровке «трудных» ЭКГ является экономически неоправданным, описание ЭКГ старшими врачами и врачами СМП на подстанциях СМП и врачами в ЛПУ приводит к потере времени и тактическим ошибкам фельдшерских бригад. В Ивановской области накоплен определенный опыт по дистанционному анализу ЭКГ, передаваемыми фельдшерскими бригадами СМП в областной кардиологический диспансер. На наш взгляд, для улучшения качества диагностики необходимо сочетание организационных и инженерно-технических решений, а именно: проведение дополнительного повышения квалификации фельдшеров по вопросам анализа ЭКГ в догоспитальном периоде; оснащения автомобилей СМП классов А и В для общепрофильных фельдшерских бригад СМП электрокардиографами, оснащенными программами автоматического компьютерного анализа ЭКГ и системой дистанционной передачи ее на отдаленный пульт. Следует подчеркнуть, диагноз фельдшером СМП должен устанавливаться, прежде всего, на основании клинико-anamnestических данных пациента с учетом дополнительных методов исследования.

#### Список литературы

1. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Анализ выполнения стандарта оказания скорой медицинской помощи больным при пневмонии // XXV Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник трудов конгресса / под ред. акад. А.Г. Чучалина. – М.: ДизайнПресс. 2015. – С. 180.
2. Потапенко Л.В., Базанов С.В. Кадровый потенциал скорой медицинской помощи в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 657–658.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПАСАТЕЛЕЙ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

<sup>1,3</sup>Базанов С.В., <sup>2</sup>Шарабанова И.Ю.,  
<sup>3,1</sup>Потапенко Л.В.

<sup>1</sup>ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области», Иваново;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ивановская пожарно-спасательная академия ГПС» МЧС России, Иваново,  
e-mail: tcmkio@rambler.ru;  
<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ России, Иваново

Проблема дорожно-транспортного травматизма, несмотря на комплексный межведомственный подход, и значительные успехи в организации оказания помощи пострадавшим в ДТП [1, 2], не теряет свою актуальность. Ежегодно в Ивановской области в результате ДТП гибнет более 150 человек и ранения различной степени тяжести получает более 2500 человек [3]. Экономический ущерб от гибели пострадавших в ДТП сопоставим с затратами на региональное здравоохранение [4]. Ведущую роль в спасении жизни и сохранении здоровья пострадавших в ДТП играет своевременное и качественно оказанная первая и скорая медицинская помощь [5]. В условиях ограниченных финансовых ресурсов, учитывая кадровые изменения в системе СМП [6], увеличивается вклад первой помощи (ПП) в спасение жизни пострадавших в ДТП [7]. С учетом низкой готовности населения к оказанию ПП [8], роль спасателей МЧС России в оказании ПП пострадавшим в ДТП приобретает ведущее значение. Краеугольным камнем является качественная подготовка спасателей в оказании ПП пострадавшим в ДТП. Оптимизация методов обучения, внедрение новых технических устройств и их активное использование является важным направлением повышения качества учебного процесса [9]. Учитывая значительный положительный опыт подготовки сотрудников специальных служб по ПП на базе Территориального центра медицины катастроф Ивановской области (ТЦМК ИО) [10], считаем обучение спасателей на базе ТЦМК ИО с применением современных образовательных технологий оптимальным подходом к совершенствованию оказания ПП пострадавшим в ДТП.

#### Список литературы

1. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 653–654.
2. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 696.
3. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Динамика основных показателей дорожно-транспортных происшествий с пострадавшими в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 12–5. – С. 643–644.

4. Базанов С.В. Социально-экономический ущерб от гибели пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 649–650.

5. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Значение практической подготовки фельдшеров в улучшении качества оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях // Вестник научных конференций. – 2015. – № 4–1 (4). – С. 11–12.

6. Потапенко Л.В., Базанов С.В. Кадровый потенциал скорой медицинской помощи в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 657–658.

7. Базанов С.В. Роль первой помощи в снижении смертности от дорожно-транспортных происшествий // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 707.

8. Базанов С.В., Потапенко Л.В., Шарабанова И.Ю. Степень готовности населения к оказанию первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 4–3. – С. 490.

9. Шарабанова И.Ю., Шипилов Р.М., Харламов А.В. Применение новых методов подготовки и обучения спасателей, работающих в чрезвычайных ситуациях // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 90.

10. Базанов С.В. Обучение сотрудников специальных служб, участвующих в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий в Ивановской области, приемам оказания первой помощи // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 7. – С. 108.

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ HALUS VALGUS

<sup>1</sup>Гарбуз И.Ф., <sup>2</sup>Гарбуз А.И.

<sup>1</sup>Приднестровский государственный университет  
им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,  
e-mail: travorto.tir@mail.ru;

<sup>2</sup>Кишиневский государственный медицинский  
университет им. Н. Тестимичану, Кишинев

Halus valgus (вальгусное отклонение I пальца стопы) является одной из самых распространенных среди приобретенных патологий опорно-двигательного аппарата. Это обусловлено высокой частотой встречаемости данной патологии (7 до 72%) и высокими показателями неудовлетворительных результатов лечения (от 9 до 28%) [2]. Несмотря на то, что на протяжении всего заболевания пациенты страдают от выраженного болевого синдрома, из-за боли к врачу обращаются лишь 30–35% пациентов [1], остальных же беспокоит только косметический дефект. Это может быть обусловлено наличием среди пациентов большого числа лиц молодого возраста. С точки зрения эстетики и функции именно в этом возрасте наиболее эффективно выполнять хирургическую коррекцию деформации.

Механизм формирования Halus valgus имеет много составляющих, из которых на наш взгляд этому способствует: дисплазия плюснефалангового сустава первого пальца стопы; дисплазия головки первой плюсневой кости стопы; порочная иннервация отводящей мышцы первого пальца стопы; недоразвитие (гипоплазия) сухожилия и отводящей мышцы первого пальца стопы; парез отводящей мышцы первого пальца стопы; дисплазия (гипоплазия) сумочно-связочного аппарата по наружной поверхности плюснефалангового сустава стопы; и другие.

Конечный результат вышеуказанных предрасполагающих факторов, возраст больного, стиль работы и в конечном итоге стиль ношения обуви приводит к формированию Halus valgus с классической клинической картиной.

Для устранения этой сложной патологии предложено более 300 методик оперативного лечения, в практике применяются единицы [2, 5, 7, 9, 11].

Большая часть этих методик предусматривает удаление экзостоза, различного рода резекции проксимальной фаланги первого пальца стопы и первой плюсневой кости и комбинированные операции с использованием сухожильно-мышечной пластики. Данные методики направлены на устранение единичных компонентов деформации, при этом другие остаются без внимания, что в дальнейшем, как правило, приводит к развитию осложнений и рецидиву деформации [8, 10].

Такое разнообразие оперативных способов лечения вальгусного отклонения первого пальца стопы свидетельствует об отсутствии четкой доктрины, отражающей взгляды ортопедов на лечение данной патологии.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с Halus valgus путем разработки варианта на наш взгляд «патогенетического» способа хирургического лечения.

Объектом исследования стали 19 больных в возрасте старше 45 лет, все женского пола, прооперированных в клинике травматологии и ортопедии ГУ РКБ г. Тирасполь. Всего выполнено 26 операций, из которых у 11 больных оперированы обе стопы (22 операции) и лишь у 4 больных одна стопа.

Способ оперативного лечения при Halus valgus использованный нами имел цель устранения всех порочных элементов мадиальной стороны плюснефалангового сустава с их последующим укреплением, не изменяя форму первой плюсневой кости, восстановления конгруэнтности в плюснефаланговом суставе. Классическим доступом послойно углубляли рану до появления элементов сухожилий и капсулы плюснефалангового сустава первого пальца. У всех больных капсула дистрофически изменена, тонкая, а у 4 больных разорвана. С последней выкраивали широкий фартук с основанием у тыла стопы. После всего произведенного выделяли экзостоз и удаляли. Через плюснефаланговый сустав при помощи остроконечного скальпеля рассекали рубцово-измененную капсулу плюснефалангового сустава по латеральной стороне. После всего произведенного первый палец без особых усилий выводится в правильное положение. Для удержания первого пальца в правильном положении и одновременно укрепление медиальной стороны плюснефалангового сустава применяли специальную металлическую пластину, которая удерживала первый палец в правильном положении, предотвращая повторного развития экзостоза и сохраняла функцию в плюснефа-