

рабочих местах (далее РМ) городской поликлиники. В ходе исследования были изучены микроклиматические параметры (температура, влажность, подвижности воздуха) – 588 измерений, концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны – 63 пробы, освещенность – 43 измерения, напряженности электромагнитных полей (далее ЭМП) – 7 измерений, определены показатели тяжести и напряженности трудового процесса на 40 РМ.

Объектом изучения являлись врачи, средние медицинские работники и младший персонал городской поликлиники. Всего были проанализированы результаты обследований на 140 РМ поликлиники, в том числе общеполитический персонал (включая главного врача, заместителей главного врача, главную медицинскую сестру и т.д.) – 19 РМ; хирургический кабинет – 6 РМ; ЛОР-кабинет – 3 РМ; неврологический кабинет – 6 РМ; офтальмологический кабинет – 5 РМ; онкологический кабинет – 1 РМ.

В ходе исследования выявлено, что наиболее вредные воздействия производственных факторов были на следующих РМ : врач – статистик (класс условий труда 3.3) по напряженности ЭМП, естественному освещению и освещению рабочей поверхности; врач – хирург (класс условий труда 3.2) по естественному освещению и освещению рабочей поверхности. В этот же класс по этим же факторам вошли РМ ЛОР - врача, врача - офтальмолога и невролога.

Измерение концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны на 28 РМ, в том числе в центральном стерилизационном отделении, процедурных кабинетах, кабинетах ЛОР – врача и офтальмолога не показало превышение концентраций.

Вышесказанное позволяет нам сделать следующие выводы:

- из числа обследованных РМ в лечебном учреждении только 2,5 % мест характеризовались оптимальными и допустимыми условиями труда;
- основными факторами, определяющими опасные и вредные условия труда более чем на 45% РМ, являлись - напряженность электромагнитных полей в результате использования персональных компь ютеров устаревших типов, а также естественное освещение и освещенность рабочей поверхности, т.е. легко устранимые факторы.

Результаты данного исследования говорят об актуальности, в настоящее время, обоснования алгоритма и разработки системы мероприятий, направленностью которых было бы управление параметрами производственной среды с целью сохранения здоровья медицинских работников.

## ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУЖНЫХ ТРАВМАХ ГЛОТКИ, ГОРТАНИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

Гюсан А.О., Гюсан С.А.

*Кафедра оториноларингологии Ставропольской государственной медицинской академии, Ставрополь, Россия.*

Травматические повреждения глотки, гортани и шейного отдела трахеи встречаются последнее время все чаще, и вызывают тяжелые нарушения здоровья, нередко приводят к смертельным осложнениям или различной степени инвалидизации пострадавших.

**Цель работы** проведение ретроспективного анализа оказания помощи подобным пострадавшим и выявление путей её совершенствования.

**Объекты и методы исследования.** Критическому анализу подвергнуто 26 медицинских карт пострадавших, находящихся на лечении в различных отделениях (отоларингологическом, хирургическом, челюстно-лицевом) республиканской клинической больницы с травматическим повреждением глотки, гортани или верхних отделов трахеи. Лишь 6(23,0%) пострадавших с названной травмой лечились в ЛОРотделении. В остальных случаях ЛОРврач выступал лишь как консультант. Чаще всего помощь подобным пострадавшим оказывалась в хирургических отделениях. Объем вмешательств, проводимых ЛОРврачом, ограничивался трахеотомией. Не во всех случаях было проведено послойное ушивание травматического дефекта. У подавляющего числа пострадавших не было сразу проведено раздельное дренирование воздухо- и пищепроводных путей.

К сожалению, почти во всех случаях объем вмешательств ограничивался тяжестью состояния пострадавшего и различной степенью квалификации специалиста, оказывающего первую помощь. Так, во всех случаях оказания помощи общими хирургами не проводился целенаправленный осмотр гортани и трахеи, не применялись методы фиброэндоскопии и микроларингоскопии. Рентгенологическое исследование проведено 15 пострадавшим, а его оценка вовсе не соответствовала имеющейся патологии. В двух случаях при наложении трахеостомы была введена металлическая канюля несоответствующего размера. Вообще, даже при наложении трахеостомы таким пострадавшим ЛОРврачами в 2 случаях отмечалось несоответствие длины и изгиба ригидной пластмассовой трахеотомической трубки и затрудненном её использовании из-за нарушенных анатомических взаимоотношений и измененного гортанно-трахеального угла. Во всех случаях был введен назогастральный зонд, 5 больным выполнена неотложная гастростомия.

Всем пострадавшим экстренная хирургическая помощь выполнялась под интубационным наркозом, осуществлялась искусственная вентиляция легких, практически во всех случаях через трахеостому.

У 16 пострадавших (61,5%) наблюдались в дальнейшем различные осложнения, потребовавшие коррекции дальнейшего лечения. В двух случаях это был медиастинит, практически у всех наблюдалась эмфизема мягких тканей шеи, у одного больного развилась флегмона шеи, в последующем наблюдались бронхолегочные заболевания и рубцовые сужения просвета гортани и трахеи.

Проведенный анализ эффективности оказываемой помощи пострадавшим с травмами органов шеи позволил сделать следующие **выводы** и наметить пути её совершенствования.

1. При оказании медицинской помощи таким пострадавшим необходимо в первую очередь нормализовать дыхание, остановить кровотечение и провести мероприятия по профилактике травматического шока.

2. Чрезвычайно важна своевременно проведенная диагностика повреждений. Это и анамнестические данные, и целенаправленный осмотр глотки, гортани, трахеи с использованием фиброэндоскопической и микроларингоскопической техники. Правильное рентгенологическое исследование с проведением функциональных проб на вдохе и при фонации. При возможности КТ и МРТ.

3. С целью профилактики аспирации слюны, пищи других инородных тел необходимо провести раздельное дренирование воздухо- и пищепроводных путей. Это достигается введением назогастрального зонда и проведением трахеостомии.

4. Уже при оказании квалифицированной помощи пострадавшим её нужно проводить таким образом, чтобы предупредить развитие возможных в последствие осложнений: тщательное проведение трахеостомии, подбор ригидных пластмассовых трубок, соответствующих по длине и кривизне, исключая травму нижнего отдела шейной и верхнего отдела грудной части трахеи. Перевод всякого закрытого повреждения в открытое, с тщательной визуализацией имеющихся повреждений. Первоочередность восстановления глубже и нижележащих отделов.

5. Для квалифицированного оказания помощи необходимо сразу оценить взаимоотношение подъязычной кости и гортани, гортани и трахеи. Выявить наличие повреждений задней стенки трахеи и пищевода.

### КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Епифанцев А.В., Волченкова О.Ю.

*Областная детская больница,  
Ростов-на-Дону, Россия*

В комплексном лечении детей с органическими поражениями ЦНС с использованием различных методов афферентной стимуляции, при участии невролога, ортопеда, рефлексотерапевта, методиста по лечебной физкультуре, массажиста, логопеда, дефектолога, коррекционно-логопедическая работа выполняет важную функцию в реабилитации пациентов.

Непосредственная работа учителя-логопеда, как и учителя-дефектолога, осуществляется на индивидуальных и групповых коррекционных занятиях. При этом учитывается, что у ребенка имеется недостаточность самостоятельности планирования деятельности; отсутствие мотивации к познавательной деятельности; недостаточность пространственных представлений; нарушения зрительно-моторной координации; развитие контроля над собственной речью; дизартрия с различной степенью недоразвития; нарушения письменной речи; недостаточность пассивного и активного словаря, формирование связной речи; недостатки фонематического слуха и др. Комплексная программа работы логопеда и дефектолога выстраивается системно, проходя ряд взаимосвязанных этапов:

- Предварительная оценка результативности диагностики;
- Совместное наблюдение за детьми (взаимное обращение внимания на характерные специфические особенности речевого и познавательного развития детей);
- Сравнение индивидуальных коррекционно-развивающих программ специалистов;
- Построение программы совместной работы для решения общих задач в соответствии с имеющимися дефектами развития;
- Проведение комплексных коррекционно-развивающих занятий;
- Контрольная диагностика результата совместной работы.

Проанализировав совместную работу можно сделать выводы:

1. Постановка одной общей цели в реабилитации позволяет достичь решения специфических логопедических и дефектологических задач, которые при совместной работе осуществляются более полно;

2. Наличие на занятии двух специалистов стимулирует детей к повышению мотивации, что ведет к улучшению их работоспособности; в то же