

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФ.В.Ф.ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНЗДРАВА РФ**

**КРАСНОЯРСКОЕ КРАЕВОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ»**

**СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Красноярск – 2016

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФ.В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНЗДРАВА РФ**

**КРАСНОЯРСКОЕ КРАЕВОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

**Материалы XI региональной научно-практической конференции
19-20 мая 2016 года**

Красноярск - 2016

Скорая медицинская помощь Красноярского края. Материалы XI региональной научно-практической конференции 19-20 мая 2016 года. – Красноярск, 2016. –114 с.

Редакторы:

Попов Андрей Алексеевич

Попова Елена Анатольевна

Материалы печатаются в авторской редакции.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ПОСОБИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ И В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н.В.Андрианов, М.А.Большакова, Ю.Н.Бурмистров, С.М.Ващук, Е.Ю.Иванова,
И.А.Карманова, Г.Б.Карелина, С.В.Козулин, И.Г.Лагутин, А.А.Любченко, В.В.Мороз,
А.С.Морозов, А.А.Попов, Е.А.Попова, Р.М.Рахманов, Е.А.Рахманова, С.И.Ростовцев,
С.А.Скрипкин, В.Д.Стельмах, К.В.Тутынин

Актуальность темы. Дорожно-транспортный травматизм на территории Красноярского края является медико-социальной проблемой, так как участниками ДТП являются и гибнут люди трудоспособного возраста [1,7].

Формирование четкой преемственности в оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП между догоспитальным и госпитальным этапами является одним из приоритетных факторов, позволяющих уменьшить последствия полученных травм [2,3,4,9].

Цель исследования: Снизить летальность и уменьшить общее количество осложнений у пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях путем обоснования применения комплексного обезболивания на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материалы и методы исследования. Проведено одноцентровое проспективное рандомизированное исследование у 200 пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, которым на до- и госпитальном этапах проводилось обезболивание различными схемами анальгезии и у которых была диагностирована костная травма с развитием и без развития травматического шока.

Настоящее исследование проводилось в Красноярской межрайонной клинической больнице скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» за период с октября 2011 года по сентябрь 2015 года.

Контрольную группу составили 100 больных, получавших общепринятую терапию шока на догоспитальном и стационарном этапах.

Исследуемую группу составили 100 больных с применением разработанной терапии на догоспитальном этапе, включающую введение даларгина, ингибиторов синтеза простагландинов – кеторола (при травмах с умеренным болевым синдромом)

или лорноксикам (при травмах с выраженным болевым синдромом). На стационарном этапе больные получали общепринятую терапию травматического шока.

Средний возраст в контрольной группе составлял $32,3 \pm 1,43$ года, в исследуемой группе $33,0 \pm 1,47$ лет.

В контрольной группе мужчин было 57, женщин - 43. В исследуемой группе мужчины составили 59, женщины – 41.

Тяжесть состояния соответствовала характеру повреждений. Таким образом, по полу, возрасту и тяжести состояния больных группы были сопоставимы.

Методика аналгезии у больных на догоспитальном этапе.

Для обезболивания на догоспитальном этапе, непосредственно на месте получения травмы внутримышечно вводятся ингибиторы синтеза простагландинов – кеторол (при травмах с умеренным болевым синдромом), что позволяет защитить периферические рецепторы и уменьшить травматическое перевозбуждение рецепторов и афферентов или лорноксикам со средством, действующим на сегментарном уровне – промедолом (при травмах с выраженным болевым синдромом) (рис. 1) []

догоспитальный этап

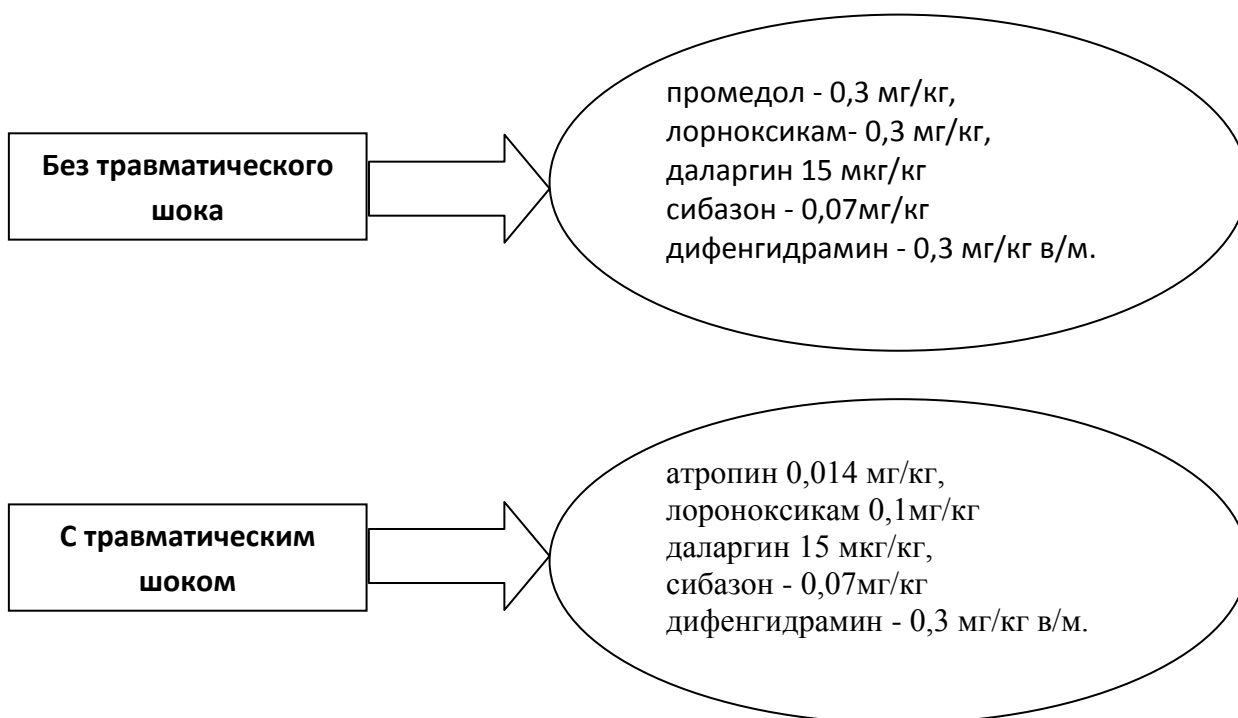


Рис. 1 Схема лечения болевого синдрома на догоспитальном этапе медицинской помощи у пострадавших при ДТП

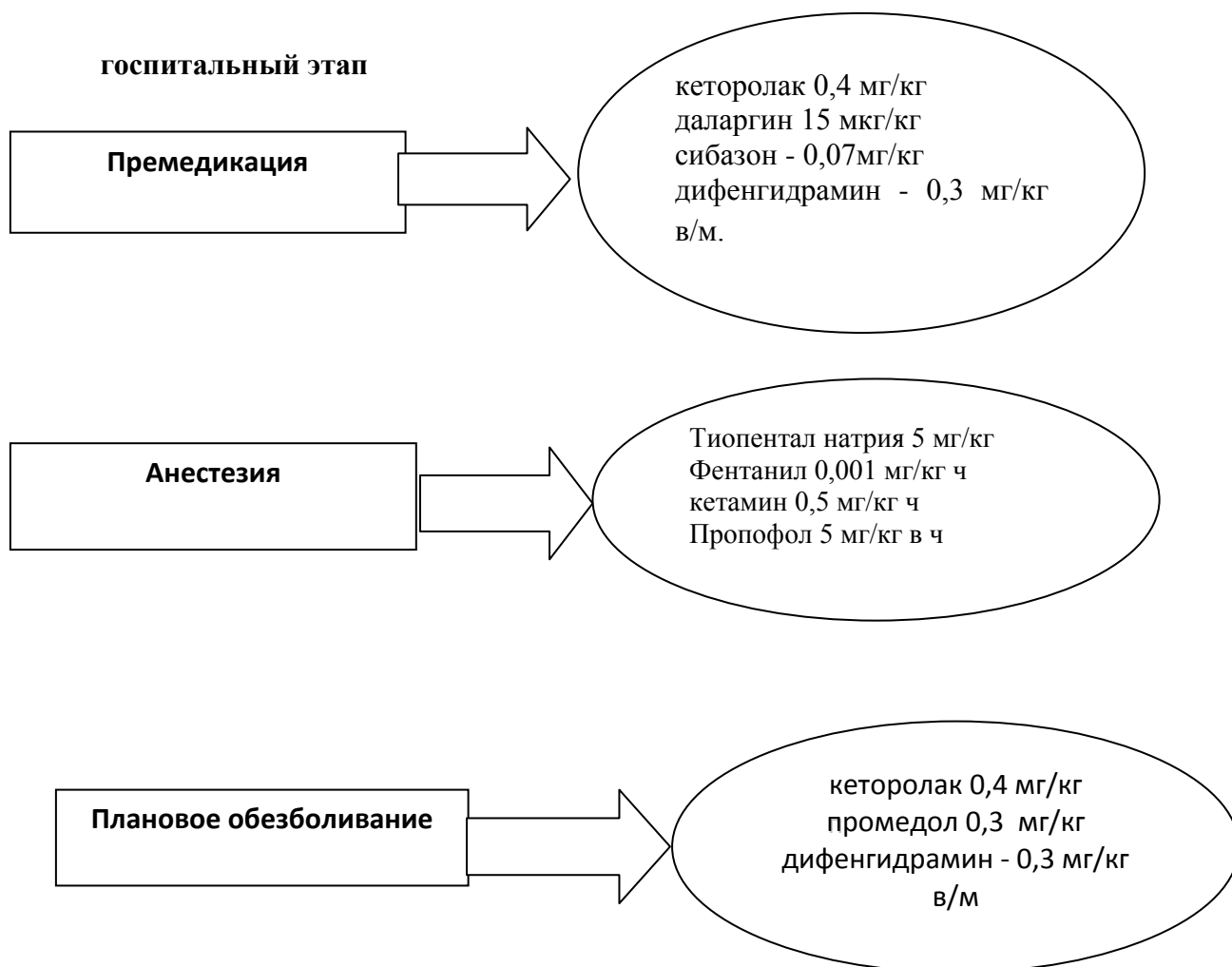


Рис. 2 Схема лечения болевого синдрома на госпитальном этапе медицинской помощи у пострадавших при ДТП

Основное условие применения вышеуказанных препаратов - минимальные дозы, которые не вызывают нарушения сознания, дыхания и кровообращения.

«Шоковый индекс» Альговера-Бурри [M.Allgower, C.Burri, 1967] определяли по формуле: ШИ = ЧСС/АДс

Потребность миокарда в кислороде определяли по формуле:

$ПМО_2 = ЧСС \times АДс$ [Т.М. Дарбинян, А.А.Тверской, 1984].

Для оценки состояния функции вегетативной нервной системы больным контрольной и исследуемой групп после проведенной терапии, в течение 1-2 суток проведен анализ variability сердечного ритма. Индекс напряжения рассчитывался по формуле: ИН = $\frac{АМо}{2Мо\Delta x}$ [Р. Н. Баевский с соавт., 1984]. Уровень кортизола определялся в ЦНИЛ КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Биохимические параметры (глюкоза, натрий, калий, кальций, креатинин, мочеви́на, АСТ, АЛТ, ЛДГ и ЩФ крови) определялись в лаборатории КМКБСМП им. Н.С.Карповича. С целью

определения «нормы» исследуемых биохимических и расчетных показателей, а также для сравнения их с полученными результатами было введено контрольное значение.

Выше указанные показатели исследовались в динамике: на догоспитальном этапе, после проведенной терапии, в течение 1-2, 10 суток нахождения в стационаре.

С помощью метода вариационной статистики определялась средняя арифметическая (M), ее ошибка ($\pm m$), критерий Стьюдента (t) при различных уровнях значимости (p). Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Для сравнения малых выборок использовался непараметрический метод Вилкинсона-Манна-Уитни. Расчет выживаемости проводили моментным методом Каплана-Мейера [5].

Результаты исследования и их обсуждение У больных с травматическими повреждениями быстрый анализ и точная оценка клинических и доступных инструментальных показателей в значительной степени облегчает выбор адекватной тактики лечения пострадавших, что влияет на снижение осложнений и летальности.

Всем больным проводили обследование согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке"

Таблица

Оценка степени тяжести травматологических больных

Показатели	Оценка, баллы		
	0	1	2
Центральная нервная система (шкала ком Глазго)	14-15	13-8	<8
Цвет кожных покровов	Обычный СБП < 1 сек	Бледный с цианозом СБП = 1-3 сек	Бледный с выраженным цианозом и землистым оттенком СБП >3 сек
Влажность кожных покровов	Обычная, теплая	Влажная, холодная	Сухая, холодная
Частота сердечных сокращений (уд.в мин)	± 10	91-120	>120, <50
Артериальное давление систолическое (мм.рт.ст.)	± 20	90-60	<60
Шоковый индекс (услн. ед.)	0,5-0,9	1,0-2,0	>2,0
Потребность миокарда в кислороде (услн.ед.)	>8200	8190-7200	<7200

Центральное венозное давление (мм Н ₂ O)	51-89	50-30	<30
Частота дыхательных движений (в мин).	14-18	19-35	>35
Сатурация крови (%)	98-100	90-97	< 90
Фракция кислорода во вдыхаемой смеси	0,21	0,33-0,74	0,75-1,0
Шока нет – 0-5 баллов; шок централизации – 6-16 баллов; шок децентрализации – >16 баллов			

Нами была предложена схема диагностики, основанная на оценке клинических и доступных инструментальных показателей, которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на до- и госпитальном этапах. На наш взгляд данная методика позволяет оперативно оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести (Шока нет – 0-5 баллов; шок централизации – 6-16 баллов; шок децентрализации – >16 баллов). Перед детальным анализом тяжести состояния пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях мы провели сравнение диагностических возможностей предлагаемой нами таблицы со шкалой ВПХ-СП и получили близкие результаты ($U_{Эмп} = 4$).

Для изучения используемых схем аналгезии у пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапе оказания помощи были проанализированы 420 карт вызовов 7 станций скорой медицинской помощи (Ачинск, Красноярск, Лесосибирск, Минусинск, Назарово, Норильск, Канск), данные 200 историй болезни Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича, Клинической больницы № 51ФМБА России (г.Железногорск), проведен анализ 67 анкет сотрудников выездных и специализированных бригад отделений скорой медицинской помощи ЦРБ (Балахта, Березовка, Дивногорск, г.Железногорск, Емельяново, Новоселово, Уяр, Шарыпово).

Представленный материал показал, что на сегодняшний день у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на трассах и в населенных пунктах Красноярского края аналгетики назначались не системно и без учета современных требований для обезболивания. Учитывая данный факт, для сравнения эффективности нашей методики аналгезии мы выбрали наиболее часто используемые схемы аналгезии: на догоспитальном этапе у больных с костной травмой без признаков шока (68,1%) (метамизол натрия $26,7 \pm 1,22$ мг/кг + дифенгидрамин $0,27 \pm 0,02$ мг/кг), с травматическим шоком (18,5%) (промедол $0,27 \pm 0,01$ мг/кг+ дифенгидрамин $0,27 \pm$

0,02 мг/кг) или (36,1%) (метамизол натрия $13,4 \pm 1,22$ мг/кг + промедол $0,27 \pm 0,01$ мг/кг+ дифенгидрамин $0,27 \pm 0,02$ мг/кг).

Анализ данных визуально-аналоговой шкалы боли и изучения показателей ритмограмм показал, что использование с анальгетической целью комбинации метамизол натрия и дифенгидрамина оказывало недостаточный обезболивающий и стресс-протекторный эффект у пострадавших с незначительными переломами костей опорно-двигательного аппарата, купирование болевой реакции достигалось усилением схемы промедолом. У большинства пострадавших с развитием шока централизации схемы (промедол+ дифенгидрамин) или (метамизол натрия + промедол + дифенгидрамин) в предлагаемых дозировках не смогли снизить интенсивность болевой реакции до 3 баллов. Повышение дозы промедола ($0,4 \pm 0,01$ мг/кг) привело к нарастанию сонливости и заторможенности (оценка по шкале Глазго $12,4 \pm 0,18$ балла $p < 0,001$).

Совместное использование далагина, наркотического анальгетика и нестероидного противовоспалительного препарата обеспечивало хорошую аналгезию, нейровегетативную защиту, при осмотре в приемном покое пострадавшие исследуемой группы были контактны, что способствовало более тщательному сбору жалоб, анамнеза и осмотру больного.

Травматические повреждения, болевая и психоэмоциональная реакции у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях приводит к развитию нейрогуморального стресса, анаэробного метаболизма, цитолитического синдрома, нарушению процессов минерализации, что на фоне катаболической фазы вызывало опасность нарушения процессов регенерации костной ткани.

Недостаточная и непоследовательная аналгезия у больных контрольной группы малоэффективно влияла на вышеуказанные процессы, о чем свидетельствовали низкий уровень кортизола, умеренная гипогликемия, увеличение активности ЛДГ, АСТ, АЛТ, уменьшение концентрации кальция, на фоне снижения активности ЩФ.

Предлагаемая методика аналгезии способствует улучшению адаптационных возможностей организма больных исследуемой группы.

Использование в схеме общей анестезии у больных с автодорожными травмами кеторола, лорноксикама и далагина, за счет применения комбинации анестетиков разных фармакологических групп и действия на разные патогенетические механизмы возникновения болевого синдрома, приводит к повышению эффективности общей анестезии, снижению расхода наркотических средств (фентанил - на 32,7%, тиопентал

натрия - на 17,4%, кетамин – на 28,6%), что предполагает уменьшение их отрицательного действия на организм.

Сочетанное применение в схеме общей анестезии у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях нестероидного противовоспалительного препарата и синтетического энкефалина, за счет воздействия на неболевые факторы, приводит к более позднему (на 84 мин) возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде и снижению дозы промедола на 55,6%.

У пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях сопровождающие их осложнения определялись тяжестью травмы, состоянием компенсаторных возможностей организма в ответ на повреждения и шоковую реакцию.

В контрольной группе у пострадавших без явлений шока среднее пребывание в стационаре заняло $9,6 \pm 0,09$ дней, в то время как в исследуемой группе - $8,8 \pm 0,09$ дней. Более длительное пребывание пациентов контрольной группы в ЛПУ на наш взгляд связано с некомфортным течением ближайшего постнаркозного периода. Пациенты в контрольной группе просыпались через $38,6 \pm 0,62$ минут после окончания наркоза, при этом головокружение, слабость, неустойчивая походка сохранялись в течение еще $41,3 \pm 0,84$ минут. В исследуемой группе пробуждение пациентов происходило через $20,1 \pm 0,04$ минут, полностью больные восстанавливались еще через $20,8 \pm 0,04$ минут после окончания анестезиологического пособия. Данную картину мы связываем со снижением дозы кетамина.

Основными осложнениями у больных с травматическим шоком являлись РДСВ (27,9%), острые стрессовые язвы ЖКТ (6,4%) и сепсис (3,6%).

Применение разработанной методики способствовало достоверному уменьшению количества возникающих осложнений с $38 \pm 0,04\%$ в контрольной группе до $21 \pm 0,04\%$ в исследуемой группе, позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на $7 \pm 0,5$ койко-дней и снизить общую летальность с $12 \pm 0,03\%$ в контроле до $6 \pm 0,02\%$ в исследуемой группе.

ВЫВОДЫ

Предлагаемая нами таблица оценки тяжести состояния травматологических больных доступна к применению медицинским персоналом, так как составлена на основе клинических и инструментальных показателей, которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на до- и госпитальном этапах, при этом полученные данные коррелируются с показателями наиболее часто используемых оценочных шкал.

1. Разработанная схема обезболивания основанная на совместном использовании нестероидного противовоспалительного препарата и даларгина не вызывает ухудшение состояния жизненно важных органов и систем у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с любой степенью тяжести, поэтому может применяться у данной категории больных на до- и госпитальных этапах.

2. Поэтапное применение комбинации ненаркотического анальгетика и синтетического энкефалина обеспечивает достаточные обезболивающий, стресс-лимитирующий и органопротекторный эффекты, что повышает результаты интенсивной терапии, анестезиологического пособия и оперативного лечения у пострадавших с различной степенью тяжести.

3. Применение разработанной методики способствовало достоверному уменьшению количества возникающих осложнений с $38 \pm 0,04\%$ в контрольной группе до $21 \pm 0,04\%$ в исследуемой группе, позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на $7 \pm 0,5$ койко-дней и снизить общую летальность с $12 \pm 0,03\%$ в контроле до $6 \pm 0,02\%$ в исследуемой группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян, В. В. Организационные проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмами / В. В. Агаджанян // Политравма. – 2012. – № 1. – С. 5–9.

2. Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко [и др.]. – СПб. : КОСТА, 2007. – 400 с.

3. Борисенко, Л. В. Дорожно-транспортный травматизм – организационные аспекты оказания медицинской помощи и лечения пострадавших / Л. В. Борисенко, А. В. Акиншина // Новости науки и техники. Сер. Медицина. Вып. Медицина катастроф. Служба медицины катастроф. – 2010. – № 3. – С. 1–8.

4. Бурмистров, Ю. Н. Трассовые пункты оказания экстренной медицинской помощи: опыт Красноярского края / Ю. Н. Бурмистров // Здоровоохранение. – 2011. – № 9. – С. 92–96.

5. Гланц, С. Медико-биологическая статистика : пер. с англ. / С. Гланц. – М. : Практика, 1998. – 459 с.

6. Рябов, С. В. Обезболивание на догоспитальном этапе медицинской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.37 / Рябов Сергей Валентинович. – М., 2004. – 20 с.

7. Скрипкин, С. А. Совершенствование скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальной этапе (на примере Красноярского края) : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Скрипкин Сергей Анатольевич. – Красноярск, 2011. – 166 с.

8. A meta-analysis of prehospital care times for trauma / B. G. Carr, J. M. Caplan, J. P. Pryor [et al.] // Prehosp. Emerg Care. – 2006. – Vol. 10, № 2. – P. 198–206.

9. Borse, N. N. Call for more research on injury from the developing world: results of a bibliometric analysis / N. N. Borse, A. A. Hyder // Indian J. Med. Res. – 2009. – Vol. 129, № 3. – P. 321–326.

**АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ВЫЕЗДНЫМИ
БРИГАДАМИ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ
ЗА 2014-2015г.г.**

Аусев К.В., Бучнев А.М., Дзюба И.В., Игнатъев Р.Г., Колбанов К.В., Красильникова
Н.С., Мороз В.В., Мусакиева З.А., Тихонова Т.В.
КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи»

Цель работы:

- Статистические исследования структуры, обратившихся на Станцию скорой медицинской помощи беременных с акушерскими кровотечениями.
- Оценка качества и объема оказываемой неотложной помощи беременным с акушерскими кровотечениями на этапе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 1255 выездных карт скорой медицинской помощи КГБУЗ «Норильская ССМП».

Кровотечения в период беременности и в родах являются грозной акушерской патологией и связаны в основном с неправильным прикреплением плаценты к матке или преждевременным её отделением, и с гипотонией матки.

Маточные кровотечения в этих случаях могут угрожать жизни беременной и плоду. Своевременное распознавание этой патологии и её лечение способствуют снижению материнской и перинатальной смертности.

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в ее структуре в чистом виде - 20–25%, как конкурирующая причина - 42%, а как фоновая - до 78% случаев.

Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов, при этом 2–4% акушерских кровотечений связаны с гипотонией матки в последовом и раннем послеродовом периоде, около 1% случаев возникают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты.

Наследственные или приобретенные дефекты системы гемостаза могут явиться причиной кровотечения как во время беременности, так и в родах или в послеродовом

периоде. Среди анатомических факторов следует выделить инфантилизм, нарушение развития матки, истмико-цервикальную недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте или родах, опухоли.

Особенностями акушерских кровотечений являются:

- массивность и внезапность их появления;
- кровопотеря нередко сочетается с резко выраженным болевым синдромом;
- для акушерских кровотечений характерны острый дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии;

- причиной нарушения гемодинамики при акушерских кровотечениях является дефицит ОЦК и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла. Возникающая при этом тканевая гипоксия приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением ЦНС, почек, печени, надпочечников и других систем организма.

- происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия (КЩР), гормональных соотношений, ферментных процессов.

- как правило, при акушерских кровотечениях страдает плод, что диктует необходимость срочного родоразрешения и не позволяет дожидаться стойкой стабилизации гемодинамических показателей и проведения инфузионно-трансфузионной терапии в полном объеме;

- особенности патофизиологических изменений в организме беременных женщин приводят к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у беременных с осложненным течением родов, поздним гестозом;

- нередко возникает опасность развития развернутой картины синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) и массивного кровотечения.

Основные направления терапии и тактические действия бригады СМП зависят от наличия у беременной женщины кровянистых выделений, которые могут принимать характер кровотечения, выявления повышения тонуса матки и наличия боли в нижних отделах живота.

Обследование беременной женщины проводится по алгоритму:

- выяснение срока беременности и акушерской ситуации (срок беременности, наличие или отсутствие регулярной родовой деятельности, оценить изменение формы матки, состояние нижнего сегмента матки, определить её тонус, болезненность, характер предлежащей части), осложненный акушерско-гинекологический анамнез, рубец на матке, миома матки.
- выявление изменения формы матки, определение ее тонуса, болезненности, характера предлежащей части с помощью осторожного наружного обследования.
- Оценка состояния плода (шевеление, сердцебиение).
- Оценка общего состояния беременной (частота пульса, дыхания, АД, окраска кожных покровов), степени анемизации, геморрагического шока по шоковому индексу Алговера и кровопотери.
- **Определение угрожающих жизни состояний:**
 - прекращение или угасание сердечно-сосудистой деятельности;
 - наличие дыхательной недостаточности.

Обязательное поведение пульсоксиметрии, контроль гемодинамики и ЧДД.

Дифференциальная диагностика неотложного состояния:

1. Самопроизвольное (криминальное) прерывание беременности
2. Эктопическая беременность
3. Предлежание плаценты

4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Аномалии прикрепления плаценты
6. Гипо- и атонические кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах
7. Разрыв матки
8. Разрыв варикозно расширенных вен влагалища
9. ДВС-синдром

Беременные с любой клинической формой прерывания беременности должны лечиться в стационаре.

Основные направления терапии на этапе скорой помощи:

- При незначительных кровянистых выделениях на догоспитальном этапе лечения не требуется.

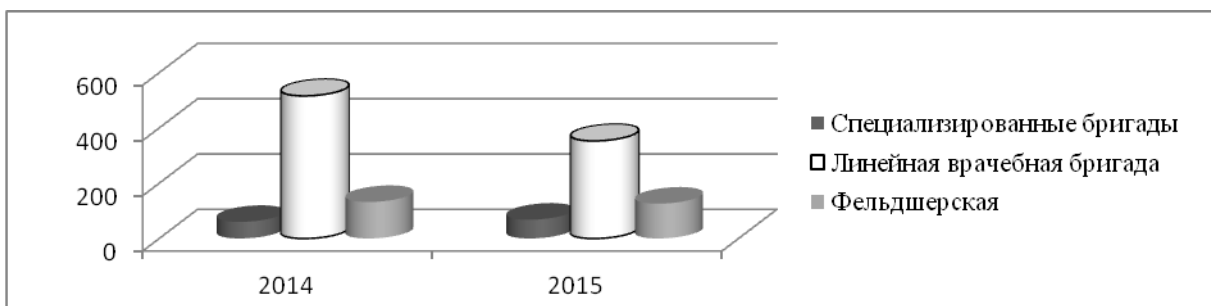
Неотложная помощь беременным со значительной кровопотерей на догоспитальном этапе сводится к лечению геморрагического шока и проведению гемостатической терапии транексамовой кислотой 500мг в 250мл раствора гемохеса и этамзилата 250мг. При обильных кровянистых выделениях немедленно начинается инфузионная терапия, направленная на восполнение ОЦК и стабилизацию состояния женщины, раствором полиглюкина 400 мл внутривенно и раствором крахмала (инфукол ГЭК, рефортан ГЭК, стабизол ГЭК, НАЕС). Инфузионная терапия осуществляется до момента поступления в стационар. При транспортировке поддерживается АД на уровне 80–100 мм рт. ст.

- при гипотоническом кровотечении вводится раствор окситоцина 1,0 мл в/в капельно в 400,0 мл полиглюкина (при отделившемся последе) со скоростью введения не более 20 капель в 1 минуту).
- С целью профилактики внутриутробной гипоксии плода вводится 20 мл 40% глюкозы и 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно.
- Терапия глюкокортикоидами и ингаляция воздушно-кислородной смеси 40–60% через аппараты ИВЛ/ВВЛ по показаниям.
- Обязательная срочная госпитализация в горизонтальном положении с приподнятой головной частью туловища на носилках в Родильный дом.
- Обязательно предупреждается через диспетчера 03 приёмный покой роддома.
- При транспортировке продолжается инсуфляция кислородом, инфузионная терапия, контроль состояния матки и гемодинамики.

Профиль бригад СМП, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам с акушерским кровотечением

Таблица №1

Профиль бригады СМП	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Специализированные бригады	60	8,4%	68	12,5%
Общепрофильные врачебные бригады	516	73,0%	353	64,5%
Фельдшерские бригады	132	18,6%	126	23,0%
	708		547	



Вывод:

1. Медицинская помощь женщинам с акушерскими кровотечениями на этапе скорой помощи оказывается преимущественно общепрофильными врачебными бригадами в 73% и 64,5% случаях.
2. Обращения с акушерскими кровотечениями на ССМП г. Норильска в структуре вызовов составили в 2014г. 1,1% (63082 вызова), в 2015г. – 0,9% (60804 вызова).
3. Обращений с акушерскими кровотечениями на ССМП значительно снизилось в 2015г. на 161 случай – 0,2%.

Результат вызова

Таблица №2

Результат вызова	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Оставлено на месте	38	5,4%	40	7,3%
Госпитализировано	651	92%	483	90,1%
Отказались от госпитализации	19	2,6%	24	4,4%
	708		547	

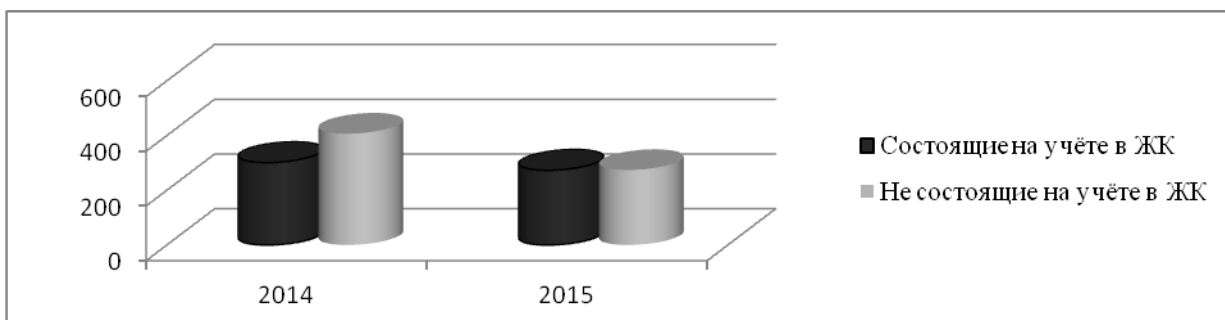
Вывод:

1. Оставлено на месте беременных с угрожающими выкидышами в 5,4% и 7,3% случаях.
2. Госпитализируется 92% - 91% обратившихся беременных с акушерскими кровотечениями на ССМП.
3. Отказались от госпитализации 2,6% - 4,4% беременных с акушерскими кровотечениями, повторных обращений на ССМП не было.

Взятие на учет в женской консультации исследуемых беременных

Таблица №3

	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Состоящие на учёте в ЖК	301	42,5%	273	50%
Не состоящие на учёте в ЖК	407	57,5%	274	50%
	708		547	



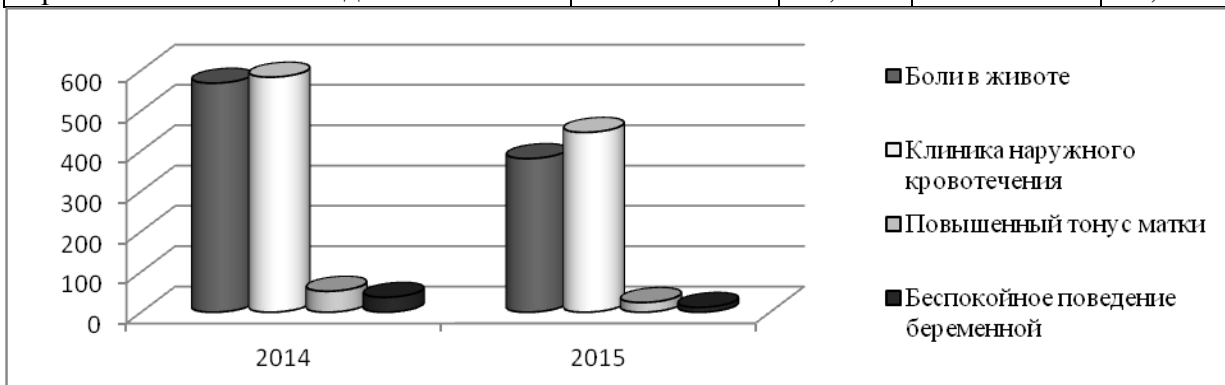
Вывод:

1. В 2015г. возросло количество женщин, вставших на учет в женскую консультацию с ранними сроками беременности.

Клинические проявления осложнений беременности и родов у беременных, обратившихся на ССМП

Таблица №4

Клинические проявления осложнений беременности	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в животе	568	80,2%	381	69,7%
Клиника наружного кровотечения	583	82,3%	446	81,5%
Повышенный тонус матки	52	7,3%	34	6,2%
Беспокойное поведение беременной	37	5,2%	12	2,2%
Признаки гипоксии плода	16	2,2%	14	2,6%



Вывод:

1. Осложнение беременности клинически проявлялось в 80% - 70% случаев болями в животе и наружным кровотечением.

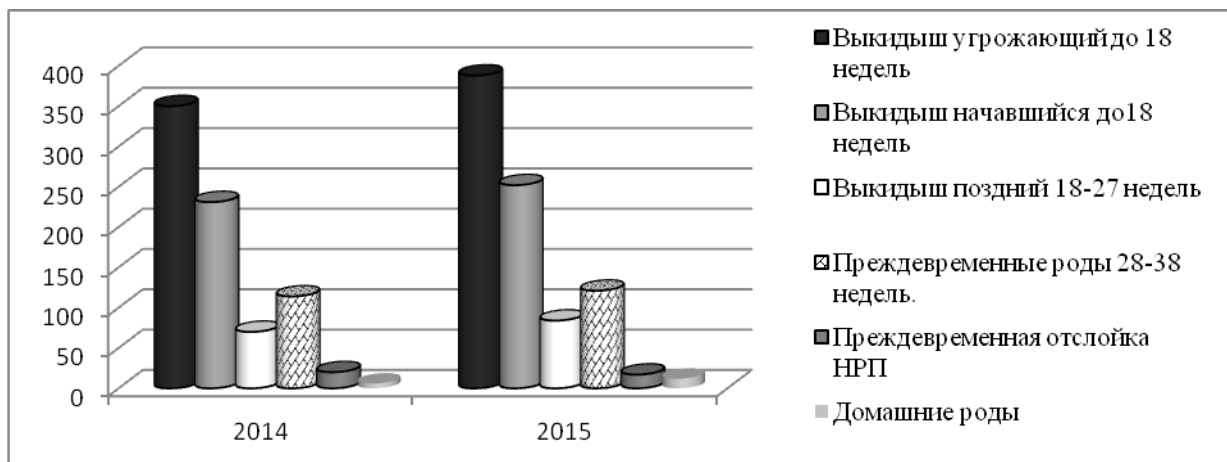
2. Повышенный тонус матки отмечался у 7% - 6% беременных.

Структура акушерских кровотечений

Таблица №5

Структура акушерских кровотечений	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Внематочная беременность	14	2,0%	13	2,4%
Выкидыш угрожающий до 18 недель	300	42,4%	243	44,4%
Выкидыш начавшийся до 18 недель	220	31,1%	165	30,2%
Выкидыш поздний 18-27 недель	50	7,1%	44	8,0%
Преждевременные роды 28-38 недель.	95	13,3%	63	11,5%
Преждевременная отслойка НРП	16	2,3%	7	1,3%

Предлежание плаценты II триместр	3	0,4%	4	0,7%
Предлежание плаценты III триместр	4	0,6%	1	0,2%
Домашние роды	6	0,8%	12	2,2%
Всего:	708		547	



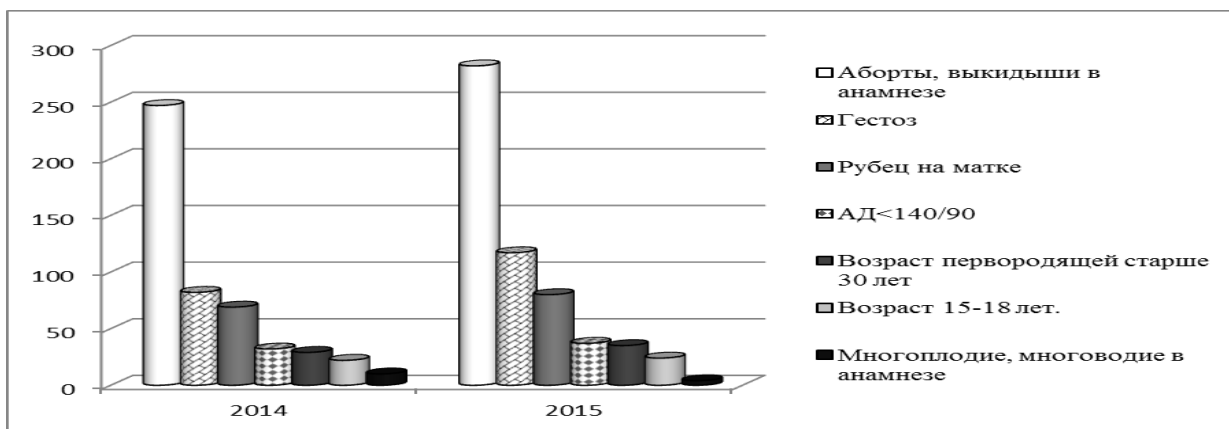
Выводы:

1. Доля угрожающих выкидышей с болями и кровомазанием в сроке до 18 недель беременности составили 42,4% - 44,4% от обратившихся с осложнениями беременности.
2. Начавшихся выкидышей с кровотечением в сроке до 18 недель беременности составили 31% - 30%, а поздних выкидышей в сроке 18-27 недель – 7,1% - 8%.
3. Осложнений беременности с преждевременной отслойкой НРП и предлежанием плаценты было в 3,3% - 2,2% случаев.
4. Домашних родов в 2014г. было 6, в 2015г. – 12 в основном за счет приезжих.

Развитие акушерских кровотечений на фоне отягощённого акушерского анамнеза

Таблица №6

Наличие отягощенного акушерского анамнеза	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Аборты, выкидыши в анамнезе	271	38,3%	235	43%
Гестоз	26	3,7%	18	3,3%
Рубец на матке	33	4,7%	22	4%
АД > 140/90 мм рт. ст.	20	2,8%	13	2,4%
Возраст первородящей старше 30 лет	20	2,8%	11	2%
Возраст 15-18 лет.	24	3,4%	8	1,5%
Многоплодие, многоводие в анамнезе	4	0,6%	2	0,4%
Анемия беременных	6	0,9%	1	0,2%
Всего:	708		547	



Вывод:

1. Развитие акушерских кровотечений на фоне отягощённого акушерского анамнеза наблюдалось в основном с абортами и выкидышами в анамнезе.

Степень тяжести обратившихся беременных с акушерскими кровотечениями

Таблица №7

Степень тяжести акушерских кровотечений	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Удовлетворительное состояние	95	13,4%	129	23,6%
Средней степени	610	86,2%	414	75,7%
Тяжелой степени	3	0,4%	4	0,7%
Всего:	708		547	

Вывод:

1. В удовлетворительном состоянии обратилось 13,4% беременных с акушерскими кровотечениями в 2014г. и 23,6% в 2015г.

2. В средней степени тяжести с геморрагическим шоком 1 – 2 степени были беременные в 86,2% - 75,7% случаях, в 2015г. отмечается снижение тяжести на 10,5%ю

3. С геморрагическим шоком 3 степени были единичные случаи в году.

Объем лечебных мероприятий при акушерских кровотечениях, оказываемых бригадами скорой медицинской помощи

Таблица №8

Объем медицинской помощи	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Инсуффляция кислорода	36	5,1%	33	6%
Гемостатические препараты (Этамзилат, Транексамовая кислота)	27	3,8%	24	4,4%
Оптимизация уровня АД (инфузия коллоидов ГЭК или кристаллоидов)	16	2,3%	12	2,2%
Профилактика гипоксии плода (глюкоза, кокарбоксилаза, Vit.C)	9	1,3%	3	0,6%
Введение ГКС	3	0,4%	2	0,4%

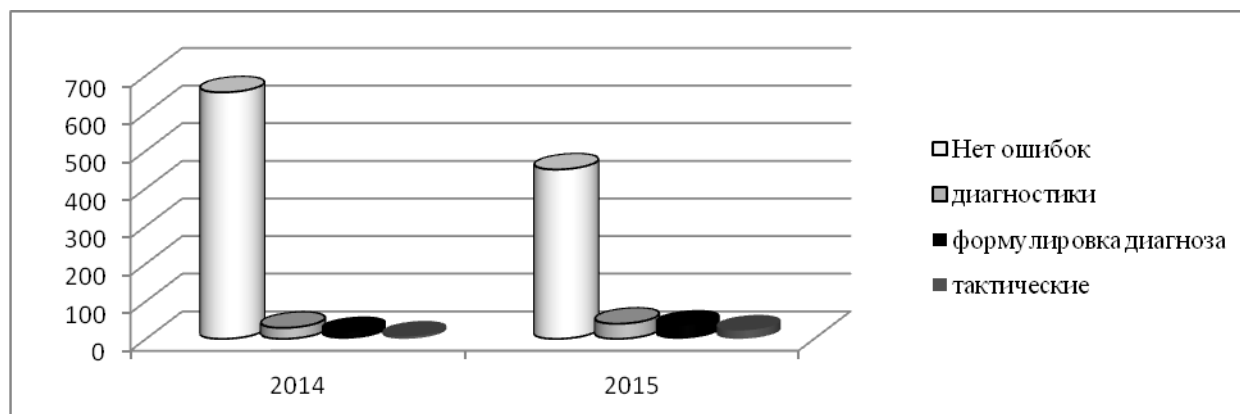
Вывод:

1. По тяжести состояния больных с акушерскими кровотечениями неотложная терапия с инфузией кровозаменителей, гемостатическими препаратами и стабилизация гемодинамики потребовалась в 4% случаев обратившихся.

Врачебные ошибки на догоспитальном этапе скорой помощи

Таблица №9

Врачебные ошибки на этапе скорой помощи	2014г		2015г	
	Абс.	%	Абс.	%
Ошибки диагностики	29	4,1%	40	7,3%
Некорректная формулировка диагноза	18	2,6%	35	6,4%
Тактические ошибки	6	0,8%	12	2,2%
Недостаточно собран акушерский анамнез	43	6,1%	37	6,8%
Не выявлено дефектов	612	86,4%	423	77,3%
Всего больных:	708		547	

**Вывод:**

1. Не выявлено замечаний по диагностике, полноте сбора анамнеза и оказанию медицинской помощи в 86,4% и 77,3% больным.
2. Не достаточно собирается акушерский анамнез в 6,1% - 6,8% больных.
3. Ошибки диагностики, когда диагностируется выкидыш в малом сроке у больных с апоплексией яичников и НМОЦ отмечаются в 4,1% - 7,3% случаях, причем их количество возросло в 2015 году, не смотря на проведенные учебные семинары с принятием зачетов по акушерским кровотечениям.
4. Тактические ошибки допускаются в 0,8% - 2,2% случаев, их количество также возросло в 2015 году.

Общие выводы:

1. В структуре вызовов Норильской ССМП обращения беременных с акушерскими кровотечениями составили в 2014г. 1,1% (63082 вызова), в 2015г. – 0,9% (60804 вызова), отмечается снижение обращений с акушерскими кровотечениями в 2015г. на 161 случай – 0,2%.
2. В 5,4% и 7,3% случаях оставлено на месте беременных с угрожающими выкидышами.
3. Госпитализируется 92% - 91% обратившихся беременных с акушерскими кровотечениями на ССМП.
4. Отказались от госпитализации 2,6% - 4,4% беременных с акушерскими кровотечениями, повторных обращений на ССМП не было.
5. Осложнение беременности клинически проявлялось в 80% - 70% случаев болями в животе и наружным кровотечением.
6. Повышенный тонус матки отмечался у 7% - 6% беременных.
7. Доля угрожающих выкидышей с болями и кровомазаньем в сроке до 18 недель беременности составили 42,4% - 44,4% от обратившихся с осложнениями

беременности. Начавшихся выкидышей с кровотечением в сроке до 18 недель беременности было 31% - 30%, а поздних выкидышей в сроке 18-27 недель – 7,1% - 8%. Осложнений беременности с преждевременной отслойкой НРП и предлежанием плаценты было 3,3% - 2,2% случаев.

8. Домашних родов в 2014г. было 6, в 2015г. – 12 в основном за счет приезжих.

9. Развитие акушерских кровотечений на фоне отягощённого акушерского анамнеза наблюдалось в основном с абортами и выкидышами в анамнезе.

10. По тяжести состояния больных с акушерскими кровотечениями неотложная терапия с инфузией кровозаменителей, гемостатическими препаратами и стабилизация гемодинамики потребовалась в 4% случаев обратившихся.

11. Имеются замечания в работе бригад скорой медицинской помощи:

- не достаточно полно собран акушерский анамнез в 6,1% - 6,8% больных (не указываются инфекционные заболевания, перенесенные в детстве, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции, патологические роды в анамнезе, экстрагенитальная патология);

- ошибочно диагностирован выкидыш в малом сроке у больных с апоплексией яичников и НМОЦ в 4,1% - 7,3% случаях, причем их количество возросло в 2015 году, не смотря на проведенные учебные семинары с принятием зачетов по акушерским кровотечениям.

- тактические ошибки были допущены в 0,8% - 2,2% случаев, их количество также возросло в 2015 году.

12. Время прибытия бригад СМП к больным в 99% случаев не превышает 20 минут.

13. Все бригады СМП укомплектованы лекарственными препаратами, используемыми для купирования геморрагических шоков и оснащены дыхательной аппаратурой для проведения инсуффляции кислородом и пульсоксиметрами для контроля содержания кислорода в крови.

14. Администрацией ССМП регулярно проводятся организационные мероприятия, циклы повышения квалификации и обучающие семинары для устранения лечебных и диагностических ошибок медицинского персонала.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГИТАМИ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ НА НОРИЛЬСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ ПОМОЩИ

ЗА 2013-2015г.г.

Афанасьева Л.Г., Базарова О.А., Куляшова В.А., Лалаян И.С., Мороз В.В., Мусакиева
З.А., Хмара И.А.

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи».

Цель работы:

- Статистические исследования, обратившихся на Станцию скорой медицинской помощи больных с ОРВИ, которые осложнились стенозирующими ларингитами.
- Оценка качества и объёма оказываемой неотложной помощи больным с ларингитами и стенозами на этапе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 1070 выездных карт скорой медицинской помощи КГБУЗ «Норильская ССМП».

Ларингит – воспаление слизистой оболочки гортани и голосовых связок. Именно воспаление и отёк голосовых связок приводит к осиплости или временному исчезновению голоса. Чаще ларингит связан с инфекциями (ОРВИ, грипп, корь, скарлатина, коклюш), аллергическими реакциями, химическим раздражением, курением, употреблением спиртных напитков, повреждением гортани. Дополнительные факторы риска: запылённость помещений, горячий сухой воздух, перенапряжение голоса, наличие хронических очагов воспаления в носоглотке, нарушения носового дыхания. Воспалительный процесс может захватывать или всю слизистую гортани (разлитая форма) или слизистую надгортанника, голосовых складок, стенок подголосовой полости.

В патогенезе отёк слизистой гортани и трахеи, спазм мышц гортани, трахеи и бронхов, приводящий к гиперсекреции желёз слизистой гортани, трахеи и бронхов. Клинически проявляется характерной триадой: грубый лающий кашель, осиплый голос, стенотическое дыхание. Чаще развивается ночью или ранним утром (в результате отёка гортани ниже голосовой щели). Стеноз усиливается за счёт секреции слизи и во время вдоха в связи с сужением просвета гортани в месте максимального физиологического сужения на уровне перстневидного хряща. Отёк голосовых связок проявляется охрипостью.

Синдром крупа является одним из наиболее тяжёлых проявлений инфекционной патологии, требующий оказания неотложной медицинской помощи из-за возможного неблагоприятного исхода болезни, проявляется стенозирующим ларинготрахеитом и стенозирующим ларингитом. Чаще это не самостоятельное заболевание, а синдром другого заболевания.

Предрасполагающими факторами к развитию стенозирующего ларинготрахеита являются:

- Возраст больного – от 6 до 36 месяцев (увеличение контактов и частота ОРВИ)
- Диспропорция между темпом роста, увеличивающаяся возрастная потребность в кислороде и относительная узость гортани
- Половое соотношение: мальчики – девочки = 2,2:1,0
- Аллергическая настроенность организма
- Предшествующие заболевания
- Вакцинация.

Мероприятия по диагностике и лечению данных состояний проводятся бригадами СМП согласно утвержденным стандартам на ССМП. Для лечения больных с заболеваниями органов дыхания, в том числе и ларингитами и стенозами, в условиях скорой медицинской помощи с 2001 года применяется небулайзерная терапия.

К преимуществам небулайзерной терапии относят:

- Более быстрое всасывание лекарственного вещества
- Возможность применять лекарственное вещество в неизменённом виде, которое действует при заболевании дыхательных путей более эффективно (минуя печень)
- Равномерное распределение лекарственного вещества по поверхности дыхательных путей
- Проникновение лекарственного вещества с током воздуха во все отделы ВДП (нос, глотка, гортань и т.д.)
- Атрауматичность введения лекарства
- Отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением лекарства
- Возможность безопасного применения высоких доз лекарственного вещества
- Получение фармакологического ответа за короткий промежуток времени
- Непрерывная подача лекарства с мелкодисперсными частицами
- Быстрое и значительное улучшение состояния пациента

- Быстрое достижение терапевтического эффекта при использовании меньших доз лекарства
- Лёгкая техника проведения ингаляции.

Все бригады СМП оснащены небулайзерами и лекарственными препаратами, используемыми для проведения ингаляции и купирования стенозов, дыхательной аппаратурой для проведения инсуффляции кислородом и диагностической аппаратурой для контроля содержания кислорода в крови.

**Осложнения заболеваний ОРВИ стенозирующим ларингитом
в г. Норильске за 2013-2015г.г.**

Таблица №1

Нозология	2013г		2014г		2015г	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ОРВИ	8700		8195		9251	
стенозирующий ларингит	388	4,5%	335	4,1%	357	3,9%

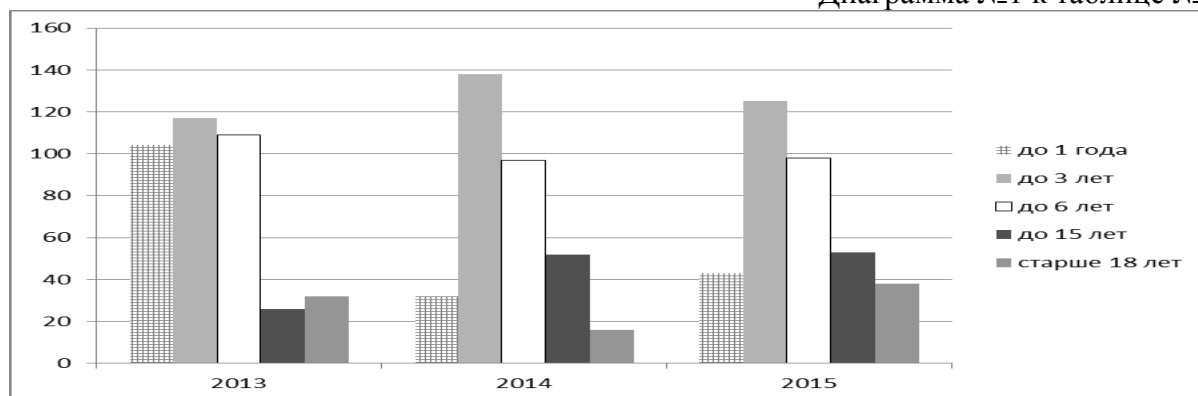
Вывод: Наблюдается тенденция к снижению заболеваемости стенозирующими ларингитами

Структура случаев стенозирующих ларингитов по возрасту

Таблица №2

Возраст	2013г		2014г		2015г	
до 1 года	104	26,8%	52	15,5%	63	17,7%
до 3 лет	117	30,2%	138	41,2%	125	35,0%
до 6 лет	109	28,1%	97	28,9%	98	27,5%
до 15 лет	26	6,7%	32	9,6%	33	9,2%
старше 18 лет	32	8,2%	16	4,8%	38	10,6%
Всего	388		335		357	

Диаграмма №1 к таблице №2



Вывод:

1. Среди заболевших пациентов стенозирующим ларинготрахеитом преобладают дети в возрасте от 1 года до 6 лет. Это дети, посещающие детские дошкольные учреждения и наиболее активно контактирующие среди взрослых и детей, их доля составила соответственно по годам в 2013г. 330 человек – 85%, в 2014г. – 287 детей – 86% и в 2015г. – 286 больных – 80%.

2. Доля детей с 6 лет до 15 лет возросла с 6,7% в 2013г. до 9,6% в 2014г. и до 9,2% в 2015г.

3. В возрасте старше 18 лет болело в 2013 году 32 человека – 8,2%, в 2014 году - 16 человек - 4,8%, в 2015 году - 38 человек - 10,6%.

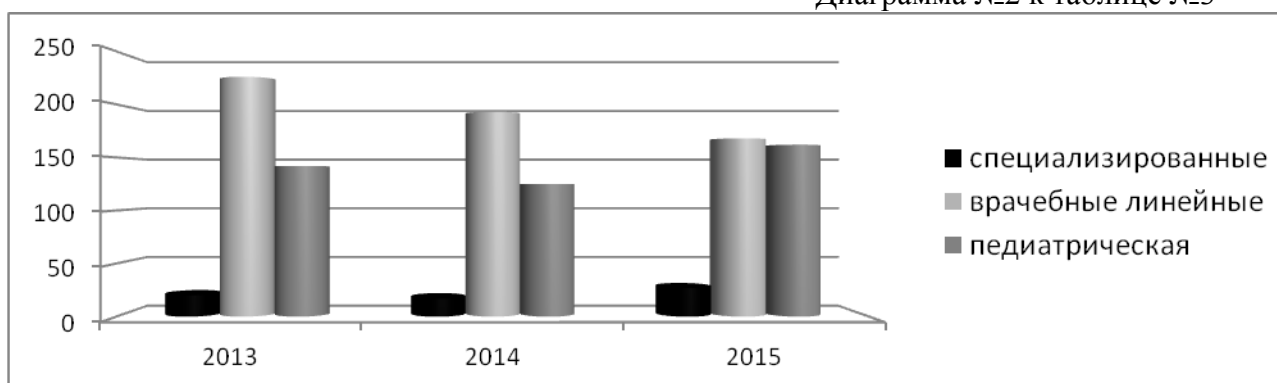
4. В 2015 году наблюдается снижение заболеваний стенозирующим ларинготрахеитом у детей в возрасте до 1 года и рост в возрастной группе старше 18 лет.

Профиль бригад СМП, оказывающих медицинскую помощь больным со стенозирующими ларингитами

Таблица №3

Профиль бригады СМП	2013г	2014г	2015г
Реанимационная бригада	6	8	13
Кардиологическая бригада	14	9	14
Педиатрическая бригада	142	125	162
Общепрофильная врачебная бригада	226	193	168

Диаграмма №2 к таблице №3



Вывод: Медицинская помощь больным со стенозирующими ларингитами на этапе скорой помощи оказывается преимущественно педиатрической бригадой на центральной подстанции СМП г. Норильска – 42% - 37% - 45% и общепрофильными врачебными бригадами на подстанциях СМП районов Талнах и Кайеркан 67% - 58% - 47%.

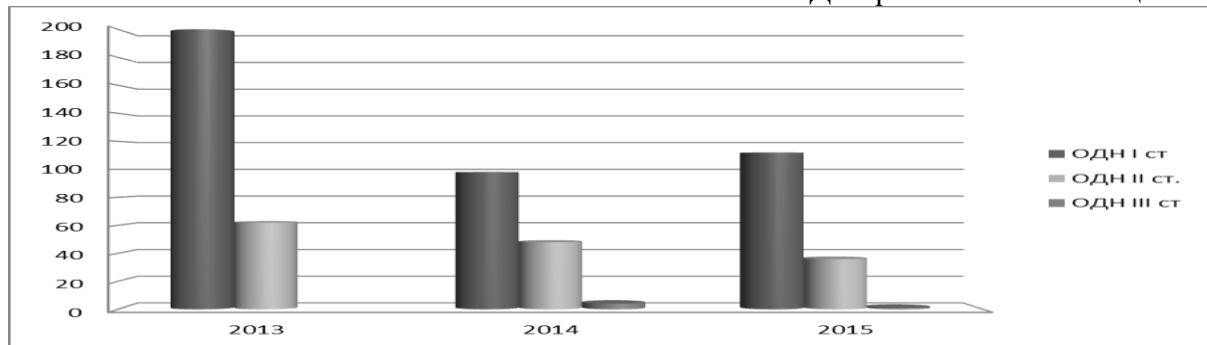
Клинические проявления стенозирующих ларингитов:

Таблица №4

Симптомы заболевания	2013 г	2014 г	2015 г
Постепенное начало	174	84	113
Внезапное начало	214	251	244
Осиплость голоса	257	232	202
Лающий кашель	243	322	330
Одышка	176	169	134
Беспокойство, чувство страха	24	100	69
Втяжение яремной ямки	66	65	34
Снижение проходимости дыхательных путей	63	-	-
Отсутствие цианоза	329	290	324
Нарастание цианоза при физической нагрузке	44	34	27
Наличие цианоза в покое	15	11	6
Нормальная температура тела	193	126	130
Субфебрильная температура	100	102	114
Температура тела выше 38*С	94	103	119
Снижение сатурации кислорода	145	180	218

ЧДД более 30 в минуту	27	11	1
Проявления стенозирующих ларингитов дыхательной недостаточностью			
I степень	200	98	112
II степень	62	48	36
III степень	-	4	1

Диаграмма №3 к таблице №4



Вывод:

1. Развивается стенозирующий ларингит чаще внезапно на фоне ОРВИ. Одним из факторов, ухудшающих течение заболевания ОРВИ, является аллергологическая настроенность.

2. Клинически стенозирующий ларингит проявляется осиплостью голоса, лающим кашлем, одышкой и реже беспокойством и чувством страха.

3. Отмечается тенденция к снижению тяжести течения стенозирующего ларингита у пациентов: отсутствует цианоз кожных покровов и слизистых в 85% - 87% - 91% соответственно по годам, тахипноэ более 30 в 1 мин отмечалось в 2015г. только у одного больного.

4. Температура тела выше 38*С наблюдалась у трети больных.

5. Снижение сатурации кислорода у больных возросло с 40% в 2013г. до 61% в 2015г.

6. Среди симптомов, характеризующих дыхательную недостаточность, таких как набухание шейных вен и нарушения сознания, не было ни одного случая.

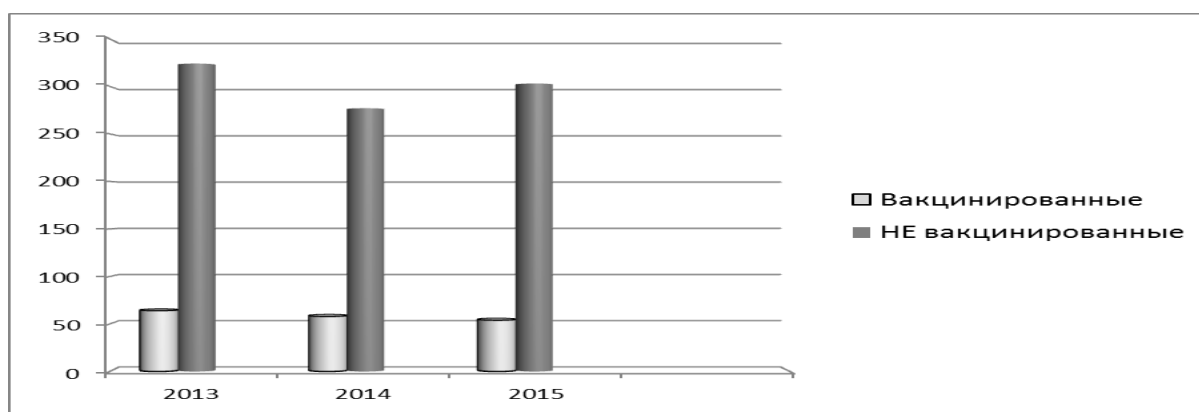
7. Дыхательная недостаточность I степени отмечалась у больных в 3 раза чаще, чем II степени. Дыхательная недостаточность III степень развивалась в единичных случаях.

Роль вакцинации от гриппа в развитии осложнений ОРВИ

Таблица №5

Категория пациентов	2013г	2014г	2015г
Вакцинированные	64	58	54
Невакцинированные	324	277	303

Диаграмма №4 к таблице №5



Вывод: Среди не вакцинированных больных от гриппа течение ОРВИ осложнялось стенозирующими ларингитами в 5 раза чаще.

Результат выезда бригад СМП к больным со стенозирующим ларингитом

Таблица №6

Результат выезда бригады СМП	2013г	2014г	2015г
Оставлено на месте	138	140	112
Отказались от госпитализации после улучшения состояния	133 – 34%	102 – 31%	148 – 42%
Госпитализировано в стационар	117 – 30%	93 – 28%	97 – 27%
Повторные вызовы	4		

Вывод:

1. Госпитализируется в стационар больных со стенозирующими ларингитами всего 27% - 30%.
2. Отказались от госпитализации после улучшения состояния 34% - 31% - 42% больных, причем больше в 2015г. почти на 10%, что свидетельствует об эффективности оказания неотложной помощи больным с данной патологией на этапе скорой помощи.
3. Третьей части больным со стенозами после проведения неотложной терапии бригадами СМП требовалось только наблюдение участкового врача.
4. К 4 пациентам в 2013 году были выполнены повторные вызовы.

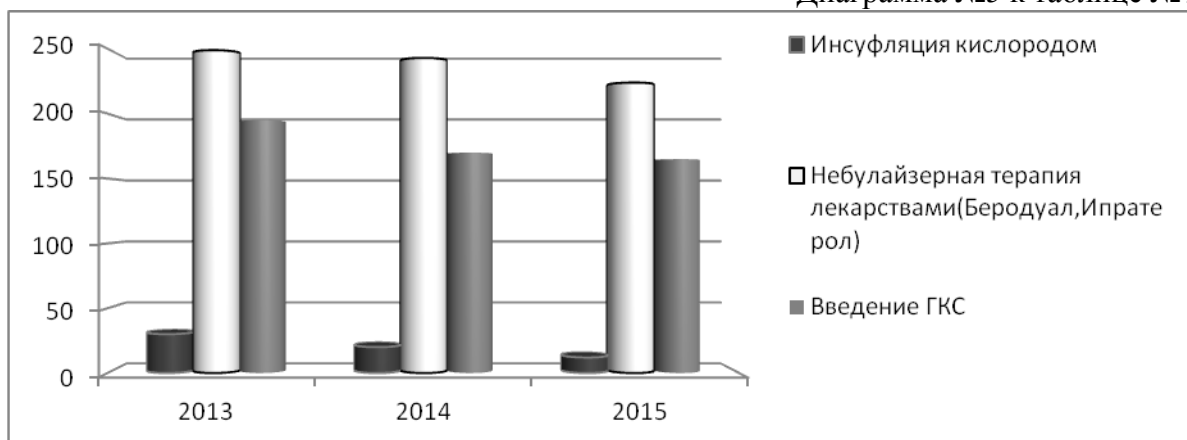
Объем лечебных мероприятий при стенозирующих ларингитах, оказываемых бригадами скорой медицинской помощи

Таблица №7

Лечебные мероприятия	2013г	2014г	2015г
в/в введение аминофиллина	1	1	2
Инсуффляция кислорода	30	20	12
Ингаляция нафтизина через небулайзер	-	10	-
Небулайзерная терапия другими лекарствами (беродуал, пульмикорт и лазолван, 0,9% NaCL)	249	243	224
Введение ГКС (преднизолон, дексона, пульмикорта)	195	170	165
Эффективность терапии на догоспитальном этапе скорой помощи			
Купирование приступа	19	22	17

Улучшение	303- 78%	220-66%	239-67%
Без изменения	66	93	101

Диаграмма №5 к таблице №7



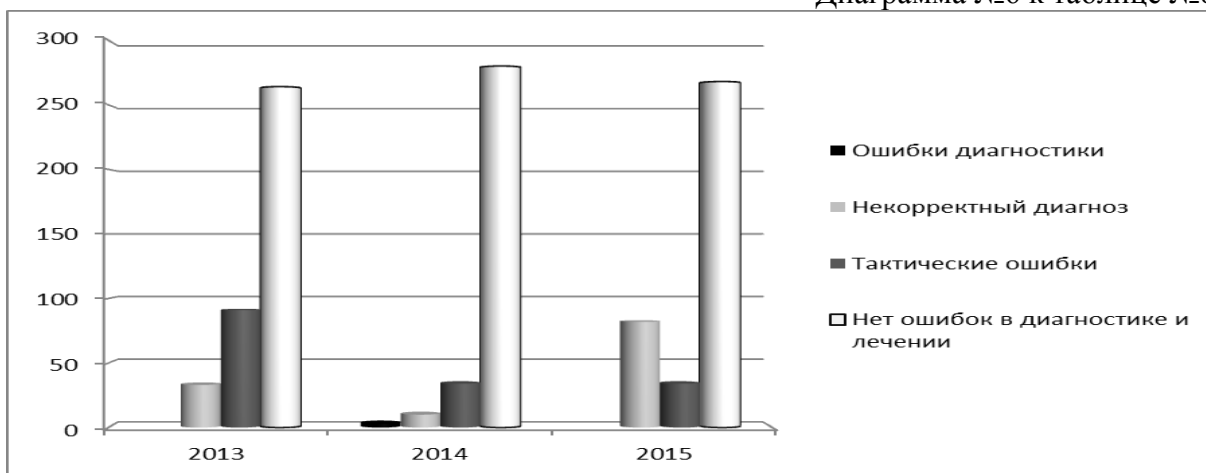
Вывод: В 78% - 66% - 67% случаев на этапе оказания скорой помощи наступало улучшение течения стенозирующих ларингитов и только в 5% - 7% приступы стеноза были купированы.

Выявленные дефекты в лечении больных

Таблица № 8

	2013г	2014г	2015г
Не проведена небулайзерная терапия	1	4	93
Не проводилась инсуфляция кислорода	2	-	6
Не передан актив в поликлинику	-	-	5
Транспортировка пациента без мониторинга	-	47	24
Ошибки диагностики		3	
Некорректный диагноз	33	10	82
Тактические ошибки	91	34	34
Нет ошибок в диагностике и лечении	264	280	268

Диаграмма №6 к таблице №8



Общие выводы:

1. Одно из «лидирующих» мест среди заболеваний органов дыхания у детей занимают ОРВИ, осложнившиеся стенозирующим ларингитом, как правило, у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

2. Чаще в 80% - 85% случаев стенозирующим ларинготрахеитом болеют дети в возрасте от 1 года до 6 лет. Доля детей с 6 лет до 15 лет возросла с 6,7% в 2013г. до 9,6% в 2014г. и до 9,2% в 2015г. В 2015 году наблюдается снижение заболеваний стенозирующим ларинготрахеитом у детей в возрасте до 1 года и рост в возрастной группе старше 18 лет.

3. Отмечается тенденция к снижению тяжести течения стенозирующего ларингита у больных.

4. Заболевание всегда имеет характерную для данного заболевания «триаду» симптомов: стенотический кашель, стридорозное дыхание и осиплость голоса.

5. Благодаря своевременному обращению за медицинской помощью доступностью её, чаще заболевание протекает в лёгкой или среднетяжёлой степени тяжести. За исследуемый период был всего один случай тяжёлого течения заболевания.

6. Время прибытия бригад СМП к больным в 99% случаев не превышает 20 минут.

7. За исследуемый период в 78% - 66% - 67% случаев на этапе оказания скорой помощи наступало улучшение течения стенозирующих ларингитов и только в 5% - 7% приступы стеноза были купированы.

8. Госпитализируется в стационар больных со стенозирующими ларингитами всего 27% - 30%, отказываются от госпитализации после улучшения состояния 34% - 42% больных.

9. Все бригады СМП оснащены небулайзерами и лекарственными препаратами, используемыми для проведения ингаляции и купирования стенозов, дыхательной аппаратурой для проведения инсуффляции кислородом и диагностической аппаратурой для контроля содержания кислорода в крови.

10. Администрацией ССМП регулярно проводятся организационные мероприятия, циклы повышения квалификации и обучающие семинары для устранения лечебных и диагностических ошибок медицинского персонала.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Боброва Е.Н.

КГБУЗ «КССМП» г.Красноярска

С 2008года я работаю врачом скорой медицинской помощи в составе бригады скорой медицинской помощи на подстанции №4 и обслуживаю в основном педиатрические вызовы. Наша подстанция выполняет вызовы к населению Октябрьского и частично Железнодорожного районов.

Состояния, требующие выезда общепрофильной бригады к детям:

1. Несчастные случаи (травмы, ранения, ожоги, поражение электрическим током, отморожения) без угрозы для жизни у детей
2. Острые заболевания, протекающие с гипертермическим синдромом у детей
3. Внезапные заболевания, угрожающие жизни больного ребенка (остро развивающиеся нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, органов дыхания и т.д.)
4. Боли в животе у детей
5. Обострение хронических заболеваний у детей, наблюдающихся участковыми педиатрами.
6. Первичные больные дети в нерабочее время поликлиник.
7. Судорожный синдром, комы, острая сердечная, сосудистая, дыхательная недостаточность, отравления, травмы, ожоги с угрозой для жизни у детей при отсутствии специализированных бригад.
8. Транспортировка больных детей, нуждающихся в медицинском сопровождении в стационары, новорожденных и недоношенных новорожденных с матерями из род.домов в стационары для дальнейшего лечения и обследования по договоренности.

Количественные и качественные показатели работы за 2013-2015 годы

Количество выполненных вызовов по годам

таб.1

Показатель	2013г.	2014г.	2015г.	всего
Выполнено всего мной вызовов	1357	1263	2037	4657
Без результата	12 (0,9%),	14 (1.1%)	9 (0,4%)	35(0,8%)
Всего результативных	1345	1249	2028	4622

За отчетный период мною было выполнено 4657 вызовов, из них 35 безрезультативных вызовов, что составляет в среднем 0,8 % ежегодно. В 2013 году я выполнила 1345 результативных вызовов, в 2014 году 1249 вызовов и в 2015 году 2028 вызовов. Увеличение количества вызовов в 2015 году связано и с общим увеличением количества обращений граждан за медицинской помощью и главным образом с тем, что я стала работать по внутреннему совместительству до 1,0 ставки в той же должности.

Среднесуточная нагрузка на бригаду

таб.2

Показатель	2013	2014	2015
Выполнено вызовов	1357	1263	2037
Количество суток	106	110	131,5
Среднесуточная нагрузка	12,8	11,5	15,5

Из приведенной выше таблицы видно, что среднесуточная нагрузка на бригаду была меньше в 2014 году (11,5 вызовов) и больше в 2015 году (15,5 вызовов), в 2013 году – 12,8; что связано с увеличением количества обращений граждан в скорую помощь в 2015 году.

Таблица причин вызова СМП

таб.3

Причина	2013	2014	2015	всего
Внезапное заболевание	1168 (86,9%)	1096 (87,8%)	1829 (90,2%)	4093 (88,5%)
Экстренная транспортировка	89 (6,6%)	70 (5,6%)	107 (5,3%)	266 (5,8%)
Несчастный случай	88(6,5%)	83 (6,6%)	92 (4,5%)	263 (5,7%)
Роды	0	0	0	0
Неотложная помощь	0	0	0	0
Всего результативных вызовов	1345(100%)	1249(100%)	2028(100%)	4622(100%)

Из приведённой выше таблицы видно, что из числа результативных вызовов(4622) на внезапное заболевание приходится 88,5% вызовов, экстренный транспорт и несчастные случаи составили 5,8% и 5,7% соответственно. В 2013- 2015 году увеличилось число транспортировок главным образом за счет транспортировки новорожденных детей из роддомов для дальнейшего лечения и обследования в детских стационарах. В красноярском крае в последние годы сохраняется естественный прирост населения.

Анализ результата вызовов

таб.4

Результат вызова	2013	2014	2015	всего
Оставлен на месте	1080(80,3%)	851(68,1%)	1591(78,5%)	3522(76,2%)
Доставлен в стационар	242(18%)	378(30,3%)	420(20,7%)	1040(22,5%)
Доставлен в травм.пункт	19(1,4%)	18(1,4%)	13(0,6%)	50(1,1%)
Передан спец.бригаде	4(0,3%)	2(0,2%)	4(0,2%)	10(0,2%)
Всего результативных	1345(100%)	1249(100%)	2028(100%)	4622(100%)

Из приведённой выше таблицы видно, что было доставлено в стационары города 22,5% от общего количества результативных вызовов за отчетный период, в травм.пункты города 1,1% пострадавших, передано реанимационной специализированной бригаде 0,2%, оставлено на месте 76,2% .

Таблица анализа повторных вызовов

таб.5

	2013	2014	2015	всего
Всего результативных вызовов	1345	1249	2028	4622(100%)
Повторные вызова	3(0,2%)	6(0,5%)	8(0,6%)	17(0,4%)

Из приведённой выше таблицы видно, что повторные вызова составили 0,4% от обслуженных мной вызовов за 3 года. Результатом повторных вызовов является госпитализация. Основными причинами повторных вызовов было развитие заболевания, отказ родителей от госпитализации при первичном обращении и желание родителей быть под наблюдением врача СМП.

Структура заболеваний, выявленных мной за отчетный период по системам:

таб.6

Нозология		2013	2014	2015	всего
A00-B99	Инфекционные и паразитарные болезни	116 (8,6%)	137 (11%)	138 (6,8%)	391 (8,4%)
J00-J99	Болезни органов дыхания	788 (58,6%)	691 (55,3%)	1307 (64,4%)	2786 (60,3%)
K00-K93	Болезни органов пищеварения	160 (11,9%)	134 (10,7%)	225 (11,1%)	519 (11,2%)
S00-T98	Травмы и отравления	88 (6,5%)	83 (6,7%)	92 (4,5%)	263 (5,7%)
H65-H66	Болезни уха	9 (0,7%)	10 (0,8%)	14 (0,7%)	33 (0,7%)
H00-H59	Болезни глаза	6 (0,4%)	6 (0,5%)	10 (0,5%)	22 (0,5%)
I00-I99	Болезни системы кровообращения	7 (0,5%)	5 (0,4%)	5 (0,2%)	17 (0,4%)
L00-L99	Болезни кожи и подкожной клетчатки	41 (3,1%)	47 (3,8%)	69 (3,4%)	157 (3,4%)
N00-N99	Болезни мочеполовой системы	14 (1,0%)	23 (1,8%)	25 (1,2%)	62 (1,3%)
D50-D89	Болезни крови и кроветворения	0	0	3 (0,2%)	3 (0,1%)
E00-E90	Болезни эндокринной системы	2 (0,2%)	1 (0,1%)	2 (0,1%)	5 (0,1%)

G00-G99	Болезни нервной системы	14 (1,0%)	13 (1,0%)	6 (0,3%)	33 (0,7%)
P00-P96	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	95 (7,1%)	81 (6,5%)	109 (5,4%)	285 (6,2%)
M00-M99	Болезни костно-мышечной системы	4 (0,3%)	16 (1,3%)	20 (1%)	40 (0,9%)
R00-R99	Симптомы, признаки и другие отклонения от нормы	1 (0,1%)	2 (0,1%)	3 (0,2%)	6 (0,1%)
	Всего результативных вызовов	1345 (100%)	1249 (100%)	2028 (100%)	4622 (100%)

Из приведённой выше таблицы видно, что в структуре заболеваний, выявленных мной за 3 года, на первом месте стоят заболевания органов дыхания (в среднем 60,3%), на втором месте – заболевания органов пищеварения (в среднем 11,2%), на третьем – инфекционные болезни (в среднем 8,8%), на четвертом месте состояния, возникшие в перинатальном периоде (в среднем 6,3%), на пятом месте травмы и отравления (в среднем 5,9%) и на шестом месте аллергические заболевания (в среднем 3,4%).

При выполнении вызовов к детям с болями в животе выполняю приказ МЗ СССР № 38-ДСП от 14.01.1983г. «О мерах по совершенствованию экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости».

Структура выявленных мной заболеваний органов дыхания

таб.7

	2013	2014	2015	всего
ОРВИ	646(82%)	507(73,4%)	1092(83,3%)	2245(80,6%)
ОРВИ с тонзиллитом	86(10,9%)	99(14,3%)	101(7,7%)	286(10,3%)
Обструктивный бронхит, пневмония	33(4,2%)	47(6,8%)	60(4,6%)	140(5%)
ОРВИ, круп	23(2,9%)	38(5,5%)	54(4,1%)	115(4,1%)
Всего	788-100%	691-100%	1307-100%	2786-100%

Из приведённой выше таблицы видно, что в структуре заболеваний органов дыхания у детей острые респираторно-вирусные инфекции являются основным поводом для обращения и составляют за отчетный период 80,6%; частота осложнений такие как тонзиллит составляет 10,3%; бронхиты – 5% и круп в среднем 4,1 %.

Рост заболеваемости респираторно- вирусными инфекциями объясняется следующими причинами: наличие в окружающей среде высоковирулентных штаммов вирусов передающихся воздушно-капельным путем, высокая контагиозность, посещение детьми дошкольно-школьных учреждений, где быстро происходит заражение в коллективе, активизация вирусов при охлаждении, снижение иммунитета у значительной части детского населения; несоблюдение или неосведомленность родителей о противоэпидемических мероприятиях при нахождении больного в семье.

Увеличение процента осложнений в виде обструктивного бронхита и пневмонии можно объяснить следующими причинами: ухудшение экологической

ситуации, пассивное курение, бесконтрольное использование антибиотиков, аллергическая предрасположенность, искусственное вскармливание. Для лечения и обследования после оказания помощи, с кислородной поддержкой дети с этими заболеваниями госпитализируются.

Структура инфекционных заболеваний

таб.8

	2013	2014	2015
кишечные инфекции	92 (79,3%)	96 (70,1%)	97 (70,2%)
Вирусный менингит	6 (5,1%)	10(7,3%)	2(1,5%)
Ветряная оспа	10(8,6%)	18(13,1%)	32(23,2%)
Скарлатина	3(2,5%)	5(3,6%)	2(1,5%)
Коклюш	0	3(2,2%)	1(0,7%)
Эпидемический паротит	1(0,9%)	0	0
Клещевой энцефалит	1(0,9%)	0	0
Боррелиоз	1(0,9%)	0	0
Инфекционный мононуклеоз	1(0,9%)	3(2,2%)	3(2,2%)
Чесотка	1(0,9%)	0	0
Вирусный гепатит	0	2(1,5%)	1(0,7%)
всего	116 (100%)	137 (100%)	138 (100%)

Из приведённой выше таблицы видно, что в структуре инфекционных заболеваний в 2013-2015 годах первое место занимают острые кишечные инфекции и составили в 2013 году 79,3%, в 2014 году 70,1% и в 2015 году 70,2% , на втором месте – ветряная оспа и составила в 2013 году 8,6%, в 2014 году 13,1% и в 2015 году 23,2%, на третьем месте по встречаемости вирусный менингит, составил в 2013 году 5,1%, в 2014 году 7,3% и в 2015 году 1,5%. Инфекционный мононуклеоз в 2013 году составил 0,9%, в 2014 году 2,2%, в 2015 году 2,2%, скарлатина в 2013 году составила 2,5%, в 2014 году 3,6% и в 2015 году 1.5%. Остальные инфекции встречались в единичных случаях. В 2015 году снизилось число вирусных менингитов.

Особенностью течения кишечных инфекций в 2013 -2015 годах является: высокий рост заболеваемости независимо от сезонности, рост ротавирусной инфекции. Основными причинами кишечных инфекций можно считать:

- неправильное хранение и употребление в пищу скоропортящихся продуктов без учёта сроков хранения
- несоблюдение населением элементарных санитарно-гигиенических норм
- употребление в пищу продуктов, не прошедших надлежащую очистку и термическую обработку.

Структура травм

таб.9

	2013	2014	2015	всего
Ушибы и раны	32(36,4%)	37(44,6%)	36(39,1%)	105(40%)
переломы и вывихи	15(17,0%)	10(12,1%)	16(17,4%)	41(15,5%)
ЗЧМТ, сотрясение головного мозга	21(23,9%)	17(20,5%)	18(19,6%)	56(21,3%)

Термические ожоги	6(6,8%)	2(2,4%)	7(7,6%)	15(5,6%)
Инородное тело	10(11,3%)	9(10,8%)	14(15,2%)	33(12,4%)
Тупая травма живота	2(2,3%)	1(1,2%)	-	3(1,2%)
отравления	2(2,3%)	7(8,4%)	1(1,1%)	10(3,9%)
всего	88	83	92	263

Из приведённой выше таблицы видно, что в структуре вызовов к детям, в результате несчастного случая в течение 3 лет на первом месте стоят раны и ушибы (составляют в среднем около 40%), на втором месте ЗЧМТ, сотрясение головного мозга – 21,3%, переломы и вывихи на третьем месте (составляют в среднем 15,5%). При этом, как правило, требуется оказание экстренной медицинской помощи в условиях травматологических пунктов и детских хирургических отделений, куда транспортируется ребёнок после оказания ему помощи на догоспитальном этапе.

Большое количество вызовов к детям с инородными телами и составляют они в среднем 12,4% от всех несчастных случаев. случаев отравления небольшое количество связано с тем, что на такие вызова как правило попадает реанимационная бригада.

Отравление является химической травмой, развивающейся вследствие одномоментного воздействия токсической дозы химического вещества, способной вызвать нарушение жизненно важных функций организма. Основными факторами влияющими на клиническое течение отравлений являются – доза токсического вещества, скорость его введения, путь проникновения, своевременность оказания помощи.

Основными мероприятиями при отравлениях проводимыми общепрофильной бригадой являются:

- 1) Восстановление функций жизненно важных органов и купирование ведущих патологических синдромов (нарушений гемодинамики, внешнего дыхания, болевого синдрома, судорожного синдрома и др.), определение и купирование медиаторных токсикологических синдромов;
- 2) прекращение поступления яда в организм (промывание желудка, удаление яда с кожных покровов);
- 3) Введение антидотов и антагонистов;
- 4) Проведение гемодилюции, форсированного диуреза, симптоматической терапии;
- 5) Транспортировка в токсикологическое отделение.

Выводы

За отчетный период 2013-2015 годы мной было обслужено 4657 вызовов, из них 35 безрезультатных вызова, что составляет 0,8% от общего количества вызовов. Из 4622 результативных вызовов на внезапное заболевание приходится 88,3% вызовов, экстренный транспорт и несчастные случаи составили 5,8% и 5,7% соответственно. Было доставлено в стационары города 22,5% от общего количества результативных вызовов за отчетный период, в травм.пункты города 1,1% пострадавших, передано реанимационной специализированной бригаде 0,2%, оставлено на месте 76,2%. Из общего количества результативных вызовов за отчетный период заболевания органов дыхания составили 60,3%, заболевания органов пищеварения 11,2%, инфекционные заболевания 8,8%, состояния, возникшие в перинатальном периоде 6,3%, травмы и отравления 5,9%, аллергические заболевания 3,4%.

Повторные вызова составили 0,4% или 17 случаев за отчетный период(3 года).

В структуре заболеваний органов дыхания у детей острые респираторно-вирусные заболевания являются основным поводом для обращения и составляют за отчетный период 80,6%; частота осложнений такие как тонзиллит составляет 10,3%; бронхиты – 5% и круп в среднем 4,1 %.

Среднесуточная нагрузка на мою бригаду была меньше в 2014 году (11,5 вызовов) и больше в 2015 году (15,5 вызовов), в 2013 году – 12,8; что связано с увеличением количества обращений граждан в скорую помощь в 2015 году.

В структуре инфекционных заболеваний у детей выявленных мной в 2013-2015 годах первое место занимают острые кишечные инфекции и составили в 2013 году 79,3%, в 2014 году 70,1% и в 2015 году 70,2% , на втором месте – ветряная оспа и составила в 2013 году 8,6%, в 2014 году 13,1% и в 2015 году 23,2%, на третьем месте по встречаемости вирусный менингит, составил в 2013 году 5,1%, в 2014 году 7,3% и в 2015 году 1,5%.

В структуре вызовов моей бригады к детям, в результате несчастного случая в течение 3 лет на первом месте стоят раны и ушибы (составляют в среднем около 40%), на втором месте ЗЧМТ, сотрясение головного мозга – 21,3%, переломы и вывихи на третьем месте (составляют в среднем 15,5%).

Уровень качества лечения 0,98.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Власов П.Н., Грицан Г.В., Рымарчук Р.А., Копытко А.А.
КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича», Красноярск

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из основных заболеваний человека, ухудшающих качество жизни и приводящих к летальному исходу. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – заболевание которое может закончиться выздоровлением больного без вмешательства врачей, и наоборот привести к смерти. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, жизнь которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения [1]. Самым опасным представляется ранний период заболевания, когда высок риск остановки сердца и развития острой сердечной недостаточности (ОСН). Летальность при инфаркте миокарда по данным литературы составляет 18,5 – 40 % [1,5].

Известно, что на сегодняшний день реперфузия миокарда, выполненная в первые 6 часов от начала развития ОИМ с использованием тромболитических препаратов или интервенционных процедур, доказала свою эффективность в ограничении зоны повреждения и предупреждении развития ОСН. Внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК) так же эффективна в лечении ОСН. Наибольшая эффективность применения данного метода получена в сочетании с реперфузионной терапией [3]. Острая левожелудочковая недостаточность может быть следствием большой площади инфарктного повреждения сердечной мышцы, артериальной гипертензии, выраженной митральной регургитации, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Сердечная недостаточность при ОИМ обусловлена развитием либо систолической либо систоло-диастолической дисфункции левого желудочка. Диастолическая дисфункция приводит к появлению гипертензии в малом круге кровообращения, что существенно нарушает процессы газообмена в легочной ткани. Диастолическая дисфункция ЛЖ, вызванная снижением сократительной способности миокарда, может приводить к значительному уменьшению фракции выброса (ФВ). Эти патогенетические механизмы приводят к появлению соответствующей клинической картины: нарушение процессов микроциркуляции, появление цианоза, одышки, влажных хрипов, тахикардии, олигоурии [2].

Применение препаратов, обладающих положительным инотропным эффектом, таких, как добутамин, допамин и ингибиторы фосфодиэстеразы, не дало однозначного ответа относительно эффективности и безопасности их применения [1,4]. Левосимендан является негликозидным кардиотоническим препаратом, первым представителем нового класса фармакологических средств – сенситизаторов кальция, который обладает двойным механизмом действия: повышает сократительную способность сердечной мышцы и оказывает вазодилатирующее действие. Важным фармакологическим свойством левосимендана является открытие АТФ – зависимых калиевых каналов, что улучшает капиллярный коронарный кровоток и приводит к ограничению зоны гибернированного миокарда и восстановления сократимости оглушенного миокарда [1]. Обширность зоны некроза напрямую зависит от сроков и степени реперфузии миокарда, поэтому важным условием эффективности терапии левосименданом может быть сочетание с ранним применением медикаментозных и немедикаментозных методов восстановления кровоснабжения ишемизированного миокарда. На сегодняшний день доказана клиническая эффективность левосимендана, как препарата с многоплановым механизмом действия, который снижает летальность [2]. Левосимендан не влияет на процесс расслабления миокарда в диастоле и восстанавливает насосную функцию сердца без заметного повышения потребности миокарда в кислороде и риска развития аритмий. Эффективность терапии левосимендана обусловлена результатом фармакологического действия не только самого левосимендана, но и его активного метаболита (OR – 1896), который так же является активным сенситизатором кальция и благодаря более длительному периоду полувыведения его терапевтическое действие сохраняется на протяжении нескольких суток после инфузии препарата [3,2].

Цель: Продемонстрировать опыт использования левосимендана у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: В нашей работе представлен опыт применения левосимендана у 5-ти больных с ОИМ с подъемом сегмента ST. Диагноз инфаркта миокарда выставлен на основании клинической картины, изменений на ЭКГ, положительного уровня специфических ферментов (тропонин I) согласно международным и российским рекомендациям.

Пример №1: Пациент Ш.Р.Д. 61 год, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 05.07.2015 с диагнозом: ИБС, острый с зубцом Q передний распространенный инфаркт миокарда от 05.07.2015 СН 2А (левожелудочковая). В экстренном порядке доставлен в рентген- операционную на каранароангиографию (КАГ): стеноз 1/3 передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) 30%, тромботическая окклюзия с/3 ПМЖВ за бифуркацией с диагональной ветвью. Стеноз д/3 огибающей ветви (ОВ) за бифуркацией с 2-й ветвью тупого края (ВТК) 70 %, Стеноз правой коронарной артерии (ПКА) при переходе в горизонтальную часть 40%. Выполнено стентирование ПМЖВ с/3 Resolute Integrity 3.0*22.

ЭХО КГ: ФВ 41% , ФВ 2х – 37%, ФВ 4х – 37%. КДО 166 мл. Гипокинез переднеперегородочных базального и медиального, переднебокового переднего медиальных сегментов, акинез апикальных переднеперегородочного и переднебокового. 07.07.2015 переведен в кардиологическое отделение.

14.07.2015 в рентген кабинете остановка сердечной деятельности по типу ФЖ, реанимационные мероприятия в течении 20 минут. ИВЛ. Доставлен в рентген операционную, на КАГ тромбоз стента ПМЖВ, выполнена тромбэкстракция и РЭД стента ПМЖВ. Установлен ВАБК в режиме 1:1, с приростом 100%.

14.07.2015-15.07.2015 инфузия левосимендана болюсно 24мкг/кг/мин в течении 10 минут системно, далее 0,1 мкг/кг/мин в течении 24 часов. Экстубирован через 24 часа. ВАБК отключен 16.07.2015.

ЭХО КГ: ФВ 2х – 31%, ФВ 4х – 33%, КДО 160 мл. Гипокинез переднеперегородочных базального и медиального, переднебокового переднего медиальных, нижнего и заднебокового сегментов, акинез апикальных переднеперегородочного и переднебокового. 19.07.2015 переведен в кардиологическое отделение.

Пример №2. Пациент Н.В.В. 49 лет, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 09.07.2015 с диагнозом: острый с зубцом Q задний распространенный инфаркт миокарда от 09.07.2015. Осл.: СН 2А (левожелудочковая). В экстренном порядке выполнена реканализация тромботической окклюзии ПКА, начата селективная инфузия левосимендана в ПКА в течении 10 минут, со скоростью 24 мкг/кг/мин через ДЛВ. Гемодинамически стабилен. Выполнено стентирование ПКА стентом Integriti 4.0*30. Переведен в кардиореанимацию на продленную инфузию левосимендана в течении 24 часов со скоростью 0,1 мкг/кг/мин.

ЭХО КГ от 10.07.2015: ФВ 39%, ФВ 2х – 28 %, КДО 137 мл, гипокинез заднебоковых сегментов на базальном, медиальном, апикальных доступах, гипокинез нижнего медиального.

ЭХО КГ от 13.07.2015: ФВ – 48%, ФВ 2х – 41 %. Сохраняется гипокенез заднебоковых сегментов на всех уровнях, гипокинез сегментов нижних, медиального и апикального. Переведен в кардиологическое отделение 13.07.2015.

Пример №3. Пациент К.А.Н. 81 год, поступил в приемный покой кардиологического отделения БСМП 17.07.2015 с диагнозом: ИБС, острый повторный задний инфаркт миокарда от 17.07.2015, Кардиогенный шок от 17.07.2015. В экстренном порядке подан в ренген операционную, по результатам КАГ: стеноз д/3 ПМЖВ 70 %, критический стеноз устья ОВ, тромботическая окклюзия ПКА от устья. Во время через кожное коронарное вмешательство (ЧКВ) дважды фибрилляция желудочков с успешной реанимацией. Переведен на ИВЛ. Установлен ВАБК в режиме 1:1, с 100% приростом. Выполнено стентирование ПКА от устья. Проводилась кардитоническая поддержка нордреналином 0,2-0,15 мкг/кг/мин. 19-21.07.2015 проводилась инфузия левосимендана через ДЛВ со скоростью 0,1мкг/кг/мин, с нагрузкой 12 мкг/кг/мин в течении 10 минут системно. Отключен ВАБК 25.07.2015. Экстубирован 26.07.2015. Инфузия норадреналина прекращена 31.07.2015.

ЭХО КГ от 21.07.2015: ФВ 48 %, КДО 99 мл. Сократительная функция снижена умеренно на фоне гипокинеза заднебазального, заднесреднего, задневерхушечного, заднебокового сегментов. СДЛА 55 мм.рт.ст. ЭХО КГ от 24.07.2015: ФВ 45 %, КДО 110 мл. Сократительная функция снижена умеренно на фоне гипокинеза заднебазального, заднесреднего, задневерхушечного, заднебокового сегментов. СДЛА 48-50 мм.рт.ст. Переведен в кардиологическое отделение 04.08.2015.

Пример №4. Пациентка С.В.Е. 59 лет, поступила 01.08.2015 в приемный покой кардиологического отделения БСМП с диагнозом : Острый нижний инфаркт миокарда от 01.08.2015. Осл.: кардиогенный шок от 01.08.2015. В экстренном порядке подана в рентген операционную, по результатам КАГ: стеноз устья ПМЖВ 50%, стеноз устья ОВ 50%, стеноз с/3 ОВ 70%, тромботическая окклюзия с/3 ПКА. Выполнена реканализация правой коронарной артерии (ПКА), во время проведения тромбэкстракции остановка сердечной деятельности по типу ФЖ с успешной реанимацией, переведена на ИВЛ. Далее выполнена РЭД и стентирование ПКА. На контрольных снимках тромбирование стента ПКА, повторно выполнена дилатация (РЭД ПКА), интракоронарно введен инетгрилин 180 мкг/кг. Так же подключен в/в интегрилин через ДЛВ со скоростью 2 мкг/кг/мин. После перевода в кардиореанимацию начата инфузия левосимендана 12мкг/кг в течении 10 минут в/в, далее 0,1 мкг/кг/мин в течении 24 часов. Проводилась кардитоническая поддержка норадреналином 0,1-0,05 мкг/кг/мин, дофамином 3-5 мкг/кг/мин. Экстубирована 02.08.2015. Норадреналин отменен 05.08.2015, дофамин 07.08.2015.

ЭХО КГ от 03.08.2015: ФВ 40 %, КДО 228 мл, СДЛА 48-50 мм.рт.ст, гипертрофия левого желудочка, дилатация всех полостей сердца. Сократительная функция значительно снижена, на фоне гипокинеза всех задних отделов.

ЭХО КГ от 07.08.2015: ФВ 45 %, КДО 218 мл, СДЛА 40-42 мм.рт.ст, гипертрофия левого желудочка, дилатация всех полостей сердца. Сократительная функция значительно снижена, на фоне гипокинеза всех задних отделов.

Переведена в кардиологическое отделение 10.08.2015.

Пример №5. Пациентка Н.В.К.66 лет поступила в приемный покой кардиологического отделения 18.05.2015 с диагнозом ИБС. Острый заднебоковой инфаркт миокарда от 18.05.2015. Осл: СН2А, левожелудочковая. Синусовая брадикардия. Кардиогенный шок от 18.05.2015. Killip IV. Пациентка в экстренном порядке подана в операционную, где развился отёк лёгких, произведена интубация трахеи, начата ИВЛ, выполнена КАГ. По результатам КАГ: тромботическая окклюзия 1/3 ОВ. Окклюзия с/з ПМЖВ с заполнением из ЛКА и ПКА. Учитывая тяжесть состояния больной, кардиогенный шок, а так же многососудистое поражение коронарных артерий (КА): Установлен ВАБК. Выполнена реканализация огибающей ветви (ОВ), установлен стент Resolute 3.5x38 мм. РЭД устья ветви тупого края (ВТК) через ячейку стента баллоном 3,0. Реканализация ПМЖВ, РЭД баллоном 2,0 мм., установлен стент Driver 3.0x24 мм. В кардиоренимации начата кардиотоническая поддержка: дофамин 17,8 мкг/кг/мин, норадреналин 0,04 мкг/кг/мин. Продолжается инфузия ангиокса ч/з ДЛВ со скоростью 28 мл/час. В послеоперационный период почечная дисфункция, СПОН. 20.05.2015 подключена инфузия лазикса со скоростью 50 мг/час, отключена кардиотоническая поддержка дофамином. У больной в области крестца на вторые сутки образовался пролежень, консультирована хирургом, наложена противопролежневая повязка. Произведена коррекция антибактериальной терапии.

ЭхоКГ от 20.05.2015: ФВ-50%, ДО 160 мл, КСО 80 мл.

Заключение: Склероз аорты и створок АК и МК, кальциноз кольца и створок АК и МК, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого предсердия. Сократительная способность снижена на фоне акинезии передневерхушечного, верхушечнобокового, сегментов, гипокинезии сегментов передней стенки. ДДЛЖ по 1 типу. М. регургитация 2 ст. Т. регургитация 1-2, А. регургитация 1 ст. СДЛА- 35 мм.рт.ст.

21.05.2015 проведен сеанс заместительной почечной терапии. Наблюдаются явления ОРДС, 25.05.2015 прекращена кардиотоническая поддержка норадреналина, подключен дофамин 7,1 мкг/кг/мин. 26.05.2015 явления ОДН энцефалопатии, сеансы ЗПТ продолжаются. 28.05.2015 подключена инфузия норадреналина 0,08 мкг/кг/мин. 30.05.2015 прекращена инфузия дофамина.

ЭхоКГ от 28.05.2015: в динамике ФВ-44%(37%). Зоны гипокинезии теже. СДЛА 45-47 мм.рт.ст.

31.05.2015 диагностирована нозокомиальная пневмония справа, желудочковая тахикардия, выполнена электроимпульсная терапия (ЭИТ) синусовый ритм восстановлен. 01.06.2015 явления септического шока.

ЭхоКГ от 08.06.2015: ФВ-50%, КДО 242 мл, КСО 120 мл.

Умеренный склероз аорты и створок АК и МК, кальциноз кольца и створок АК и МК, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого и правого предсердия. Сократительная способность снижена на фоне гипокинезии передневерхушечного, верхушечнобокового, сегментов, гипокинезии сегментов передней стенки. М. регургитация 2-3 ст. Т. регургитация 2, А. регургитация 1 ст. СДЛА- 40-42 мм.рт.ст. Выпот в перикарде и плевральных полостях.

11.06.2015 клиника отёка лёгких. 12.06.2015 отек легких купирован. Подключена инфузия левосимендана с нагрузочной дозой 12 мкг/кг/мин в течении 10 мин, далее 0,1 мкг/кг в мин в течении суток. 13.06.2015. клиника отека легких.

19.06.2015 остановка кровообращения по типу асистолии. Констатирована биологическая смерть.

Обсуждение. По данным литературы известно, что левосимендан проявляет различные механизмы патогенетического воздействия в зависимости от времени введения (клинической картины). Возможно введение препарата во время ревазуляризации, для стабилизации гемодинамики и кардиопротективных эффектов и после операционном периоде [5].

В первом клиническом примере на фоне разшившегося ретромбоза в стенке ПКА левосимендан был успешно использован в послеоперационном периоде без инотропной поддержки.

Во втором клиническом примере начата селективная инфузия левосимендана в ПКА в течении 10 минут, со скоростью 24 мкг/кг/мин в ренген операционной. Гемодинамика стабильна, что не требовало подключения кардиотоников. В кардиореанимации продолжена инфузия левосимендана в течении 24 часов.

В третьем и четвертом примере мы применяли левосимендан в послеоперационном периоде после реканализации, тромбэкстракции и стентирования на фоне инфузии больших доз кардиотоников. Однако, удалось в течении 3-х суток отменить инотропную поддержку и сократить время пребывания в кардиореанимации.

В пятом клиническом примере левосимендан не применялся в остром периоде, так как у больного нарастали явления кардиогенного шока и полиорганная недостаточность. Летальный исход наступил от тяжелого сепсиса и септического шока.

У всех пациентов ФВ после применения препарата не снижалась и имела тренд к увеличению от 45-50%.

Выводы: 1. Левосимендан стабилизирует гемодинамику с преимущественным влиянием на диастолическую функцию без уменьшения зоны поражения.

2. Сокращает время пребывания в кардиореанимации.

3. Уменьшает количество осложнений за счет эффекта прекондиционирования.

4. Использование левосимендана со своевременной ревазуляризацией инфаркт зависимой артерии обеспечило более благоприятное клиническое течение заболевания.

5. Продленная инфузия левосимендана доказала свою эффективность и позволяет снизить частоту и дозу симпатомиметиков.

Список литературы:

1. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по госпитальной терапии: учеб. пособие / [Ананченко В. Г. и др.] ; под ред. профессора Л. И. Дворецкого. -, 2010. - 456 с: ил., вкл. цв. ил. - 12 п.

2. Применение левосимендана в сочетании с эндоваскулярной реперфузией у пациентов с ОИМ, ослабленным левожелудочковой недостаточностью. Д.Г.Иоселиани, И.Ю. Костянов, А.В. Сидельников. №9, 2005 , 18 – 24.

3. Shertel E.R. Assessment of left ventricular function. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1998, 46, suppl, 248-54.

4. Jamali I.N., Kersten J.R., Pagel P.S. et al. intracoronary levosimendan enhances contractile function of stunned myocardium. Anesth. Analg, 1997, 85, 23-9.

5. Выбор стратегии левосимендана у кардиохирургических больных с выраженной дисфункцией миокарда / Тезисы XIV съезда федерации анестезиологов и реаниматологов.-2013.-С.245

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕРАКСОНА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Врублевский М.В., Скрипкин С.А., Воронько И.О., Вербицкая В.В.

Острое нарушение мозгового кровообращения остается главной причиной инвалидизации населения. Для предупреждения утяжеления состояния после развившегося инсульта с ноября 2010 года в городе Красноярске на догоспитальном этапе применяется **лекарственный препарат «Цераксон»**. Относится к группе ноотропных средств. Цитиколин (действующее вещество препарата Цераксон) - обладает широким спектром действия. В остром периоде инсульта цитиколин уменьшает объем поражения ткани головного мозга, препятствует образованию свободных радикалов, улучшает холинергическую передачу, способствует восстановлению поврежденных мембран клеток. При черепно-мозговой травме уменьшает длительность посттравматической комы и выраженность неврологических симптомов, кроме этого цитиколин способствует уменьшению продолжительности восстановительного периода.

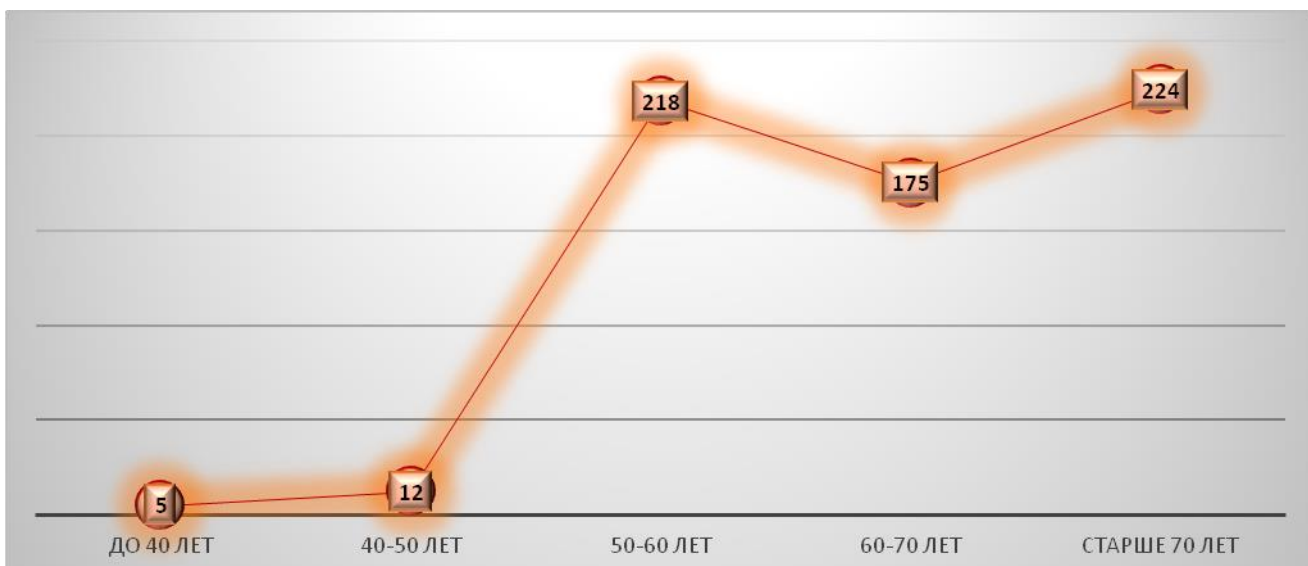
Показания: острый период ишемического инсульта (в составе комплексной терапии); восстановительный период ишемического и геморрагического инсультов; черепно-мозговая травма, острый (в составе комплексной терапии) и восстановительный период; когнитивные и поведенческие нарушения при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга.

Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 и 1000 мг.

Острый период ишемического инсульта и черепно-мозговой травмы: рекомендуемая доза составляет 1000 мг (4 мл). Восстановительный период ишемического и геморрагического инсультов, восстановительный период черепно-мозговой травмы, когнитивные и поведенческие нарушения при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга: рекомендуемая доза составляет 500-2000 мг в сутки (2-8 мл 1-2 раза в сутки). Доза и длительность лечения зависят от тяжести симптомов заболевания.

Возрастные категории пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

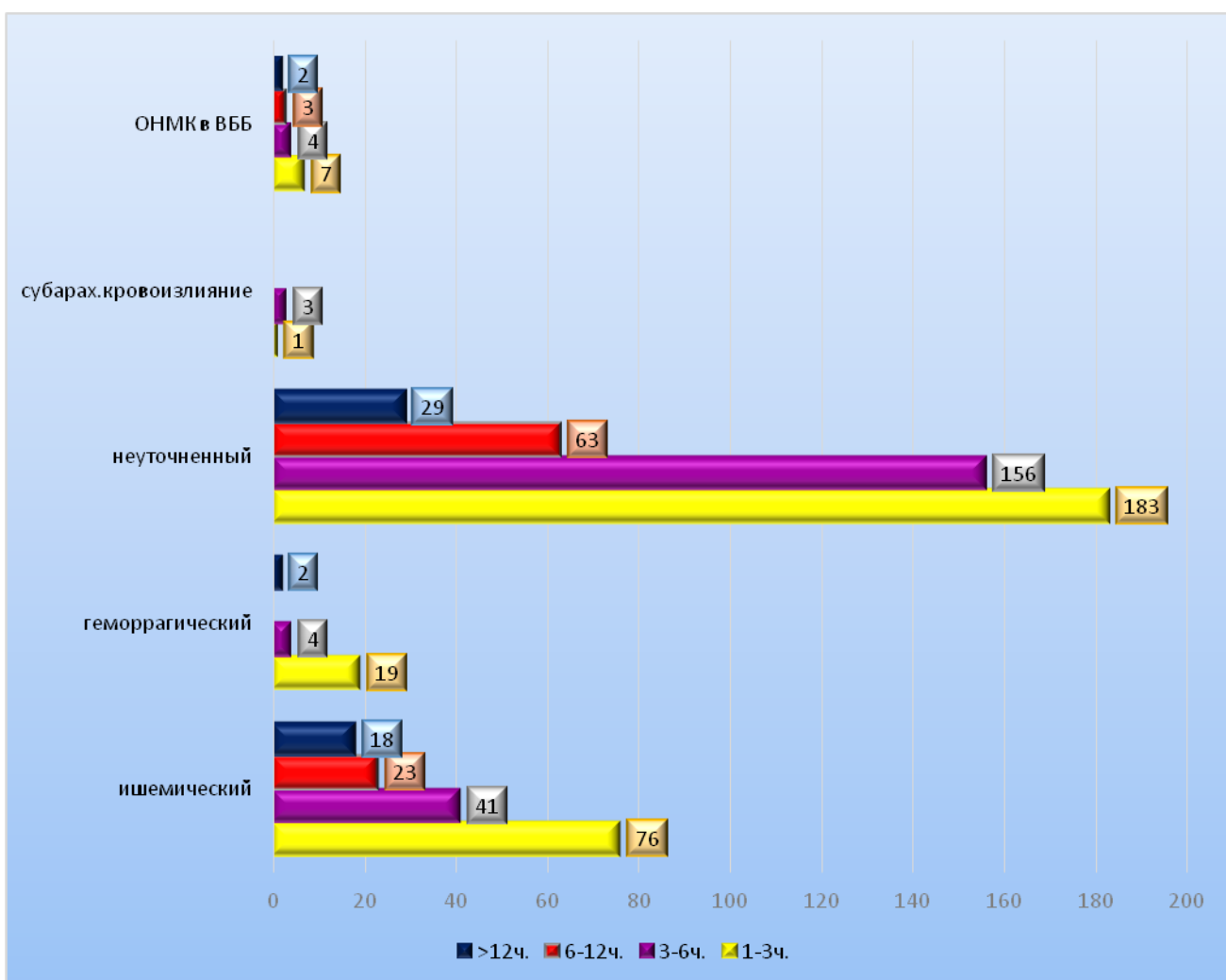
Возраст пациента	Количество	%
До 40 лет	5	0,8%
40-50 лет	12	1,9%
50-60 лет	218	34,4%
60-70 лет	175	27,6%
Старше 70 лет	224	35,3%
Всего	634	100%



Учитывая количественные и графические показатели видно, что с высоким риском развития инсультов оказались возрастные группы с 50 до 60 лет – 218 обращений (34,4% от общего количества инсультов) и старше 70 лет – 224 обращения (35,3%). Всем на догоспитальном этапе был введен «цераксон» - 1000 мг.

Время обращения за медицинской помощью от начала заболевания

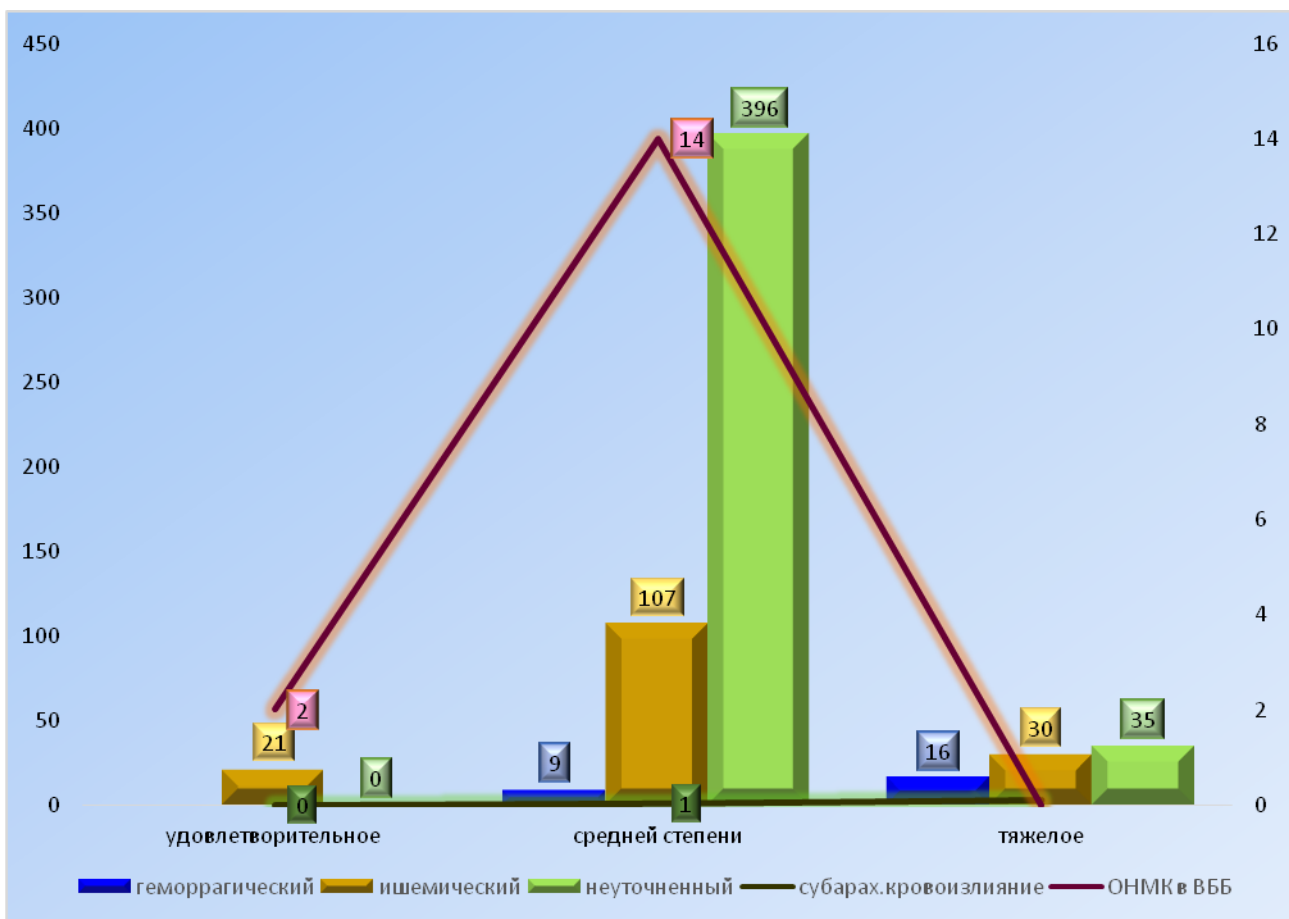
Тип нарушения мозгового кровообращения	Временной интервал				Всего
	1-3 ч.	3-6 ч.	6-12 ч.	>12 ч.	
Геморрагический	19	4	-	2	25
Ишемический	76	41	23	18	158
Нарушение в вертебро-базилярном бассейне	7	4	3	2	16
Неуточненный	183	156	63	29	431
Субарахноидальное кровоизлияние	1	3	-	-	4
Всего	286	208	89	51	634



Из приведенных таблицы и диаграммы становится ясно, что наибольшее количество обращений за медицинской помощью занимает временной промежуток от 1 до 3 часов от начала заболевания, что немаловажно при выборе дальнейшей тактики в стационаре.

Оценка тяжести состояния пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения до введения «цераксона»

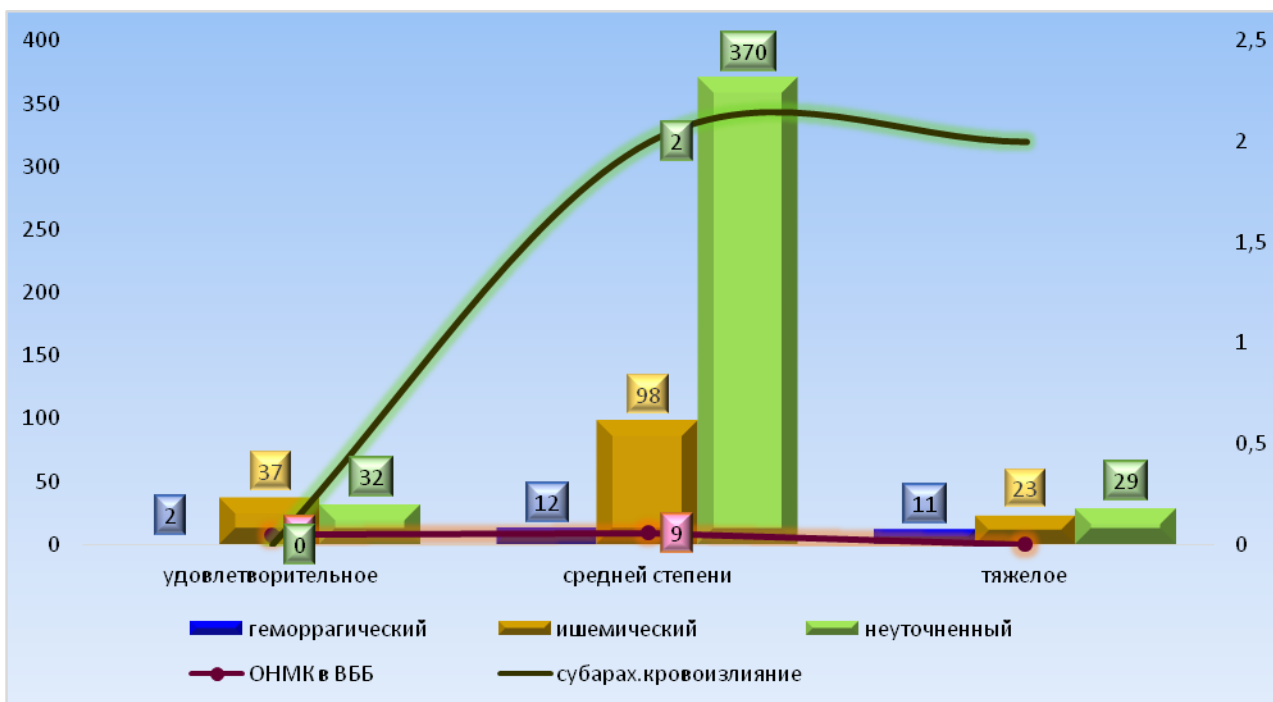
Тип инсульта	Состояние						Всего
	Удовлетвор		Среднее		Тяжелое		
Геморрагический	-	-	9	1,7%	16	19,0%	25
Ишемический	21	91,3%	107	20,3%	30	35,7%	158
Неуточненный	-	-	396	75,1%	35	41,7%	431
ОНМК в вертебро-базиллярном бассейне	2	8,7%	14	2,7%	-	-	16
Субарахноидальное кровоизлияние	-	-	1	0,2%	3	3,6%	4
Всего	23	100%	527	100%	84	100%	634



Опираясь на количественные и графические данные таблицы, и диаграммы видно, что на момент первичного осмотра пациентов состояние тяжести в основном, расценивается как средней степени тяжести: ишемические инсульты – 107 пациентов (20,3% от количества пациентов средней степени тяжести), неуточненные инсульты – 396 пациентов (75,1%), с синдромом вертебробазилярной недостаточности – 14 пациентов (2,7%)

Оценка тяжести состояния пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения после введения «цераксона»

Тип инсульта	Состояние					
	Удовлетвор		Среднее		Тяжелое	
Геморрагический	2	2,6%	12	2,4%	11	16,9%
Ишемический	37	47,4%	98	20,0%	23	35,4%
Неуточненный	32	41,0%	370	75,4%	29	44,6%
ОНМК в вертебро-базилярном бассейне	7	9,0%	9	1,8%	-	-
Субарахноидальное кровоизлияние	-	-	2	0,4%	2	3,1%
Всего	78	100%	491	100%	65	100%



Опираясь на данные представленных выше таблиц и диаграмм можно сказать, что при более ранней диагностике и начале нейропротективной терапии состояние больных с острым нарушением мозгового кровообращения и выраженность клинических проявлений уже в первые часы от начала лечения стабилизируется либо имеет положительную динамику, что дает больше шансов на укорочение восстановительного периода после перенесенного инсульта. Таким образом после введения «цераксона» на догоспитальном этапе и повторном осмотре неврологом приемного покоя стационара оценка тяжести состояния несколько меняется в положительную сторону, хотя в общей массе превалирует состояние средняя степень тяжести: неуточненные инсульты - 370 пациентов (75,4%), ишемические инсульты – 98 пациентов (20%), с синдромом вертебробазиллярной недостаточности – 9 пациентов (1,8%).

Заключение

Результаты применения «цераксона» на догоспитальном этапе у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения показали положительный эффект. Побочных эффектов или осложнений после его введения не наблюдалось. Безопасность и хорошая переносимость «цераксона», а также применение на догоспитальном этапе до точной диагностики типа инсульта оказались важными моментами в эффективности дальнейшего ведения больных с инсультами в стационаре и более благополучного развития заболевания.

ЭКСПРЕСС ТЕСТ «КардиоБСЖК» ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Головенкин С.Е., Шульман В.А., Петрова М.М., Штегман О.А., Пелипецкая Е.Ю., Деревянных Е.В., Радионов В.В., Матюшин Г.В.

ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Инфаркт миокарда – тяжелое заболевание, нередко приводящее к летальному исходу. Ранняя постановка диагноза позволяет своевременно начать необходимые лечебные мероприятия, что безусловно положительно сказывается на прогнозе. Лабораторное подтверждение некроза миокарда – важнейший компонент при

выставлении диагноза инфаркт миокарда. К сожалению, «золотой стандарт» лабораторной диагностики – тропониновый тест, хорошо выявляет некроз миокарда лишь после 6 часов от начала ангинозных болей. Более ранний маркер - миоглобин достаточно чувствителен, но недостаточно специфичен. Поэтому появление ещё одного теста - экспресс-теста «КардиоБСЖК», позволяющего уже в первые часы выявить инфарктирование миокарда, стало значимым событием.

Цель исследования: выяснить чувствительность и специфичность экспресс-теста «КардиоБСЖК» при диагностике некроза миокарда у пациентов острым коронарным синдромом.

Методы исследования: в исследование включены 228 пациентов. У 83 из них при поступлении в клинику был диагностирован острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST, у 115- острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST, у 30 – стабильная стенокардия. Всем пациентам проведен экспресс-тест «КардиоБСЖК» (пациентам острым коронарным синдромом - в первые 12 часов от начала ангинозных болей).

Результаты. Всем пациентам острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST в клинике был выставлен диагноз инфаркт миокарда. Диагноз ИМ выставлялся на основании клиники, изменений на ЭКГ, положительном тропониновом тесте. Экспресс-тест «КардиоБСЖК» был положительным у 81 из 83 пациентов этой группы, т.е. чувствительность теста в этой группе больных составила 97,6%. Из 115 пациентов группы больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST диагноз ИМ был выставлен 49 больным, нестабильная стенокардия – 66 пациентам. У 43 из 49 больных ИМ тест «КардиоБСЖК» был положительным, у 6 - отрицательным. У 6 из 66 больных нестабильной стенокардией тест «КардиоБСЖК» был положительным, у 60 - отрицательным. Таким образом, в группе больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST чувствительность теста составила 87,8%, специфичность – 90,9%. В группе пациентов со стабильной стенокардией тест «КардиоБСЖК» был положительным у 3 больных, у 27 – отрицательным (т.е. специфичность теста в этой группе больных составила 90,0%). При анализе чувствительности экспресс-теста «КардиоБСЖК» в зависимости от времени его проведения получены следующие результаты: при проведении теста пациентам острым коронарным синдромом в интервале 1-3 часа от начала ангинозных болей – чувствительность составила 87,4%, 3-6 часов – 92,7%, 6-9 часов – 94,4%, 9-12 часов – 94,0%.

Заключение: Высокая диагностическая точность в первые часы инфаркта миокарда, удобство и простота применения экспресс-теста «КардиоБСЖК» могут позволить широко использовать тест в клинической практике, в том числе и на догоспитальном этапе, с целью установления точного диагноза и раннего назначения адекватной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА: КОГДА НАЧИНАТЬ?

Дорогайкина Е.А., Врублевский М.В., Вербицкая В.В.

КГБУЗ «КССМП»

Все знают о страшных и катастрофических последствиях инсульта: высокой смертности, стойкой инвалидности, полном параличе и невозможности двигаться самостоятельно, проблемах с речью и подобное. Инсульт, независимо от вида, геморрагический или ишемический, — это тяжелое испытание не только для пострадавшего, но и для его близких, которые должны обеспечить ему должный уход. После такой сосудистой катастрофы только единицы находят в себе силу вернуться к

прежней жизни. Потому о предупреждении данного заболевания необходимо думать заранее и делать все, чтобы обезопасить себя от такой участи. Ведь не зря говорят, что лучшее лечение – это профилактика.

Факторы риска.

Практически вся профилактика инсульта базируется на выявлении и устранении известных и значимых рисков факторов сосудистой катастрофы мозга. Все эти факторы можно разделить на контролируемые и неконтролируемые.

Контролируемые рискованные обстоятельства - это обстоятельства, на которые мы можем воздействовать медикаментами, другими консервативными методами лечения, сменой жизненного образа и поведенческих реакций. К ним относят:

1. Неконтролируемая гипертония. Риск инфаркта и кровоизлияния у пациентов с давлением более 165/100 мм рт. ст. увеличен в два раза, а у людей с цифрами более 190/110 мм рт. ст. – в десять раз чаще случается инсульт.

2. Табакокурение ускоряет атеросклеротические изменения в сосудах и увеличивает количество инсультов среди любителей сигарет вдвое, причем не зависимо от количества сигарет в день. Через четыре года после того, как человек бросил курить этот риск выравнивается с людьми, которые не курят, потому бросить курить никогда не поздно.

3. Злоупотребление алкоголем. Злоупотребление алкогольными напитками увеличивает риск инсульта в три раза.

4. Фибрилляция предсердий и другие эмбологенные сердечные патологии. Риск у таких пациентов повышен в четыре раза, что диктует необходимость постоянной медикаментозной профилактики эмболии мозговых сосудов.

5. Факторы нездорового способа жизни – лишние килограммы, гиподинамия, жизнь в хроническом стрессе, нездоровое питание. Эти обстоятельства опосредованно воздействуют на развитие инсульта, так как увеличивают количество атеросклеротического поражения сосудов, гипертонии и диабета.

6. Гиперхолестеринемия – повышенное содержание атерогенного холестерина в крови.

7. Сахарный диабет. Люди с таким диагнозом чаще страдают нарушением жирового обмена веществ, атеросклеротическим процессом, гипертензивной болезнью, что значительно увеличивает шанс инсульта.

Перенесенные в анамнезе ТИА и инсульт. Это увеличивает риск повторного заболевания в 10 раз.

8. Постоянное употребление женщинами оральные контрацептивы. Особенно опасен данный фактор в сочетании с табакокурением и повышенным давлением.

Необходимо запомнить, что все контролируемые рискованные обстоятельства инсульта поддаются исправлению путем лекарственной терапии и изменения образа жизни.

Неконтролируемые факторы риска - это те обстоятельства, которые повышают риск развития инсульта, но человек никак не может повлиять на них. К ним относят:

1. Возраст. С последующим прожитым десятком лет после 55 вероятность инсульта увеличивается в 2 раза.

2. Пол. У мужчин вероятность развития инсультного поражения головного мозга немного выше, чем у представительниц женского пола, но смертность от данного заболевания преобладает у женщин.

3. Генетическая склонность. Люди, в семье у которых уже были зарегистрированы случаи инсульта, имеют больший шанс заболеть.

Медикаментозная профилактика

Лекарственной профилактике отводится важное место, но она не должна быть единственной. В обязательном порядке прием лекарств нужно сочетать с другими профилактическими мероприятиями.

Медикаментозное предупреждение инсульта включает:

- лекарственная коррекция уровня холестерина в крови;
- поддержание нормальных значений артериального давления;
- антитромботическая и антикоагулянтная терапия;
- адекватное лечение сахарного диабета, сердечной патологии.

Лекарственная коррекция количества холестерина

Атеросклероз – это системный процесс, который также поражает церебральные сосуды. В основе этого патологического процесса лежит накопление холестерина в сосудистых стенках из-за повышенного его количества в крови. В результате сосуды суживаются, закрываются тромбами, и развивается инсульт. Длительная повышенная концентрация холестерина в крови увеличивает риск мозгового инфаркта на 30%. Потому поддержание нормального уровня атерогенных липопротеидов – это задача номер один в профилактике.

В первую очередь снижение уровня холестерина в организме должно быть достигнуто немедикаментозным путем – диета, физические нагрузки, снижение массы тела, отказ от курения и злоупотребления алкоголем. Но достичь быстрого его снижения таким путем не всегда удастся, потому широко применяют гиполипидемические препараты.

Поддержание нормальных значений давления.

Повышенное АД – это очень важный фактор риска, как мозгового инфаркта, так и геморрагического инсульта. В то же время он отлично поддается коррекции, если следовать всем врачебным рекомендациям по лечению гипертонии.

Очень важным заданием такой терапии является предупреждение гипертонических кризов, во время которых риск инсульта увеличивается в несколько раз. Лекарственная терапия при гипертонии должна быть постоянной.

Необходимо запомнить, что принимать назначенные врачом лекарства от гипертонии нужно ежедневно. Запрещается самостоятельно менять дозу. А также крайне не рекомендуется пропускать очередной прием медикаментов. В противном случае это может послужить причиной гипертонического криза и инсульта.

Антитромботическая и антикоагулянтная терапия.

Антитромботическое лечение необходимо всем пациентам с системным атеросклерозом. С этой целью применяют препараты, которые препятствуют склеиванию тромбоцитов и образованию тромбов.

В случае, когда у пациента присутствуют такие факторы риска, как мерцательная аритмия, искусственные клапаны сердца и другие эмбологенные заболевания, ему рекомендовано принимать антикоагулянтные средства непрямого действия.

Адекватное лечение сахарного диабета, сердечной патологии.

Эти заболевания при неконтролируемом протекании значительно увеличивают риск инсульта. Потому таким пациентам должна быть назначена соответствующая медикаментозная терапия. При сахарном диабете – это пероральные сахароснижающие препараты и инсулин, а при сердечных патологиях, например, антиаритмические медикаменты, лекарства для профилактики прогрессирования сердечной недостаточности, антиангинальные средства.

Другие консервативные мероприятия профилактики инсульта.

Немедикаментозные методы профилактики инсульта не менее важны, чем лекарственная терапия, а в некоторых случаях позволяют даже отказаться от регулярного приема не совсем безвредных препаратов.

Диетическое питание.

Это обязательный компонент профилактики инсульта. Диета в первую очередь должна быть направлена на снижение поступления холестерина с пищей (ограничение жиров животного происхождения). Также рацион питания должен быть обогащенным

витаминами и полезными микроэлементами (свежие овощи, фрукты, морепродукты, орехи и пр.). Если имеется лишний вес, то следует ограничить калорийность рациона и употребление простых углеводов. При артериальной гипертонии нужно избегать продуктов, которые повышают давление, в том числе кухонной соли.

ЛФК

Регулярные физические упражнения должны войти в привычку. Речь не идет о большом спорте, но пешие прогулки на свежем воздухе, утренняя гимнастика, поход на работу пешком – это самое то. У людей, которые регулярно занимаются физкультурой, риск внезапной смерти снижается на 30% и более.

Выработка стрессоустойчивости.

Роль стресса в развитии сердечно-сосудистых катастроф давно известна и не единожды доказана. Стрессовые гормоны способствуют сердечным и сосудистым заболеваниям. А в случае хронических конфликтов и стрессовых ситуаций риск инсульта увеличивается в несколько раз. Если самостоятельно не удастся справиться с проблемами, то стоит обратиться к специалисту-психотерапевту, который научит, как выработать в себе стрессоустойчивость.

Борьба с лишним весом и вредными привычкам.

Как уже упоминалось, лишние килограммы, курение и злоупотребление алкоголем увеличивает заболеваемость инсультом. Устранив эти факторы риска, вы сможете обезопасить свое здоровье и жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С. «Головокружение. Отоневрологические аспекты». М.:Медпресс-информ,2014г.,184с.
2. Манвелова Л.С., Кадыкова Л.С. «Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга: руководство для врачей». М.:ГЭОТАР – Медиа,2014г.,344с.
3. Фоякин А.В., Гераскина Л.А. «Профилактика ишемического инсульта. Рекомендации по антиромботической терапии». ИМА – ПРЕСС,2014г.,72с.

ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА В ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Иванова Г.А., Иванов В.Е., Тарабанова Н.В.

КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»

В последние годы в Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция к высоким показателям распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности от них. По данным эпидемиологического исследования, распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения превысила 40%, в то время как частота контролируемой АГ не превышает 5% у мужчин и 17% у женщин. Неуклонное увеличение частоты АГ сопровождается ростом количества гипертонических кризов (ГК), являющихся наиболее опасным осложнением АГ. Развитие ГК сопряжено с ухудшением прогноза больных с АГ. Так, результаты многоцентрового исследования ОСАДА (Оптимальное снижение артериального давления при неосложненных гипертонических кризах у больных с артериальной гипертензией) показали, что даже неосложненные гипертонические кризы при рецидивирующем течении достоверно увеличивают частоту и риск развития сердечно-сосудистых осложнений. О серьезности проблемы также свидетельствует тот факт, что из числа больных, у которых развивались осложненные ГК, 40% умирали в течение трех лет от развития инсульта или почечной недостаточности.

Несмотря на большое количество антигипертензивных препаратов, проблема эффективного и безопасного лечения АГ и ГК остается весьма актуальной. Особенно сложной задачей является лечение таких больных с учетом конкретной клинической ситуации и наличия сопутствующих заболеваний. Пациенты с артериальной гипертензией часто страдают целым рядом других заболеваний. Так, сочетание АГ и сахарного диабета (СД) наблюдается в 30% случаев, а АГ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) – до 35% случаев обращения пациентов с повышенным уровнем артериального давления (АД). К числу эффективных антигипертензивных препаратов, предлагаемых для безопасного снижения АД, в том числе у больных с сочетанной патологией, относится агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин.

Сто лет прошло с того момента, когда химик George Barger и нейробиолог сэр Henry Hallett Dale предложили термин «симпатомиметик» для определения веществ, имитирующих эффекты возбуждения симпатической нервной системы (СНС). Это столетие ушло на понимание роли СНС в регуляции нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, взаимосвязи ее с ренин-ангиотензиновой-альдостероновой системой

(РААС), патогенезе артериальной гипертензии, развитию атеросклероза, аритмий, сердечной недостаточности и др. Изучение, в свою очередь, привело к созданию множества лекарственных препаратов, имеющих своей точкой приложения различные уровни СНС.

В настоящее время установлено: симпатическая нервная система играет ведущую роль в регуляции артериального давления (АД) и сердечной деятельности. Это осуществляется через поддержание сосудистого тонуса, частоты и силы сокращения сердца, функционирования РААС, почек. Центры, расположенные в стволе головного мозга, осуществляют кратковременный и долгосрочный контроль функционирования сердца, кровеносных сосудов и многих других органов. При этом преобладают рефлекторные механизмы регуляции, позволяющие поддерживать динамическое постоянство организма.

Патогенез таких главных сердечно-сосудистых заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ), сердечная недостаточность (СН), ишемическая болезнь сердца (ИБС), возникновение и прогрессирование атеросклероза, связаны с симпатической гиперактивностью – состоянием нарушенного гомеостаза. Выраженная гиперактивность, наблюдаемая, например, почти у 30% пациентов с АГ, быстро приводит к гипертрофии миокарда левого желудочка, аритмиям, прогрессирующему поражению почек, инсулинрезистентности тканей, приводящей, в свою очередь, к дальнейшей стимуляции инсулином СНС. Замкнутый порочный круг быстро приводит к фатальному исходу. Данный, понятный и логичный, патогенез АГ, установленный достаточно давно, привел к тому, что среди первых гипотензивных препаратов преобладали средства, блокирующие повышенную симпатическую активность (симпатолитики).

Моксонидин (препарат Физиотенз) является лекарственным средством, обладающим высокой избирательностью по отношению к II-рецепторам имидазолина. Связываясь с II-имидазолиновыми рецепторами, расположенными в роstralной вентролатеральной зоне продолговатого мозга (RVLM, rostral ventrolateral medulla), моксонидин снижает симпатическую активность нейронов. Уменьшение прессорного действия симпатической нервной системы сопровождается снижением общего периферического сопротивления, в то время как частота сердечных сокращений, ударный и минутный объемы сердца не изменяются. Наибольшая степень снижения АД зарегистрирована у больных с наиболее высоким исходным уровнем АД. Результаты исследований свидетельствуют также о снижении избыточного пульсового давления, повышение которого рассматривается в качестве значимого фактора риска

неблагоприятного прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях. Снижение АД было одинаковым как в группах больных, которым предварительно проводилась антигипертензивная терапия, так и в группе больных без терапии, а также при комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

С практической точки зрения весьма интересные результаты были получены в рандомизированном многоцентровом сравнительном исследовании эффективности моксонидина у больных с неосложненным ГК (рандомизированное многоцентровое сравнительное исследование эффективности моксонидина, АВЕС, AVES). Сравнительный анализ клинической эффективности однократного назначения моксонидина в дозе 0,4 мг и классического антигипертензивного препарата каптоприла в дозе 25 мг подтвердил сопоставимое снижение как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД) в обеих группах от начала лечения до 2 часов наблюдения (табл. 1, 2). В то же время продолжающееся снижение уровня АД на протяжении последующих 6 и 12 часов наблюдения отмечалось только в группе моксонидина. Такое отличие антигипертензивного действия моксонидина особенно привлекательно на догоспитальном этапе, так как устойчивое снижение АД со стабилизацией клинического состояния больных позволяет предупреждать рецидивы подъема АД, тем самым исключая необходимость повторных выездов бригад скорой медицинской помощи для оказания неотложной медицинской помощи. Как видно из таблиц 1 и 2, назначение моксонидина не сопровождалось избыточным снижением АД более чем на 25% от исходных значений. Именно такое снижение обеспечивает безопасность антигипертензивного действия и соответствует современным клиническим рекомендациям. Как свидетельствуют результаты суточного мониторирования АД, моксонидин способствует формированию физиологического типа суточного профиля АД – так называемого типа *dipper* (с нормальной степенью ночного снижения (СНС) АД), уменьшая долю пациентов с профилем АД типа *non-dipper* (с недостаточной СНС АД) и приводя к практически полному исчезновению у пациентов профиля АД типа *night peaker* (с устойчиво повышенным АД в ночное время).

Время	Моксонидин (n = 113)		Каптоприл (n = 112)	
	САД, мм рт. ст.	Δ, %	САД, мм рт. ст.	Δ, %
Исходно	194,5 ± 15,3	–	194,0 ± 16,1	–
Через 30 минут	179,6 ± 15,9*	7,6	179,2 ± 18,2*	7,6
Через 60 минут	166,2 ± 17,9*	14,5	165,4 ± 18,6*	14,7
Через 2 часа	155,7 ± 19,1*	19,9	151,2 ± 23,0*	22,0
Через 6 часов	150,9 ± 14,7*	22,2	157,1 ± 16,8*	19,0
Через 12 часов	147,4 ± 16,2*	24,2	155,4 ± 16,6*	19,8

* p < 0,05 по сравнению с исходными значениями.

Время	Моксонидин (n = 113)		Каптоприл (n = 112)	
	ДАД, мм рт. ст.	Δ, %	ДАД, мм рт. ст.	Δ, %
Исходно	110,4 ± 13,5	–	109,0 ± 11,7	–
Через 30 минут	102,2 ± 15,5	7,4	101,5 ± 13,1	6,8
Через 60 минут	94,5 ± 13,2*	14,4	95,2 ± 13,2*	12,6
Через 2 часа	90,7 ± 12,9*	17,8	90,8 ± 13,5*	16,6
Через 6 часов	89,1 ± 10,9*	19,2	101,1 ± 18,6	7,2
Через 12 часов	87,9 ± 10,8*	20,3	90,2 ± 10,8*	17,2

* p < 0,05 по сравнению с исходными значениями.

Моксонидин оказывает корригирующее влияние на показатели микроциркуляции, способствуя переходу патологических типов микроциркуляции в нормальный, и тем самым оптимизирует ток крови в тканях. У больных АГ с высоким риском поражения органов-мишеней наиболее перспективной является комбинированная терапия. В ряде исследований не только продемонстрирована сравнительная антигипертензивная эффективность моксонидина с препаратами первого ряда для лечения АГ, но также подтверждена хорошая переносимость и возможность дополнительного снижения АД у больных с резистентной АГ.

Моксонидин имеет целый ряд дополнительных эффектов, позволяющих рекомендовать его применение по различным показаниям. В экспериментах у животных моксонидин увеличивал концентрацию предсердного натрийуретического пептида, который помимо регуляции объема препятствует развитию гипертрофии кардиомиоцитов. У животных, получавших моксонидин, выявлено дозозависимое повышение натрийуреза, диуреза и экскреции с мочой циклического гуанозинмонофосфата, являющегося маркером предсердного натрийуретического пептида. Важным аспектом терапии моксонидином является корригирующее воздействие препарата на процессы ремоделирования сердца. В результате терапии отмечается улучшение диастолической функции левого желудочка. Особое значение имеет способность моксонидина уменьшать объем левого предсердия, так как устранение дилатации левого предсердия у больных с АГ способствует предупреждению развития фибрилляции предсердий.

У больных с ХОБЛ на фоне терапии моксонидином отмечено снижение исходно повышенного давления в легочной артерии, что приобретает весьма важное значение, учитывая специфику указанного контингента больных. В свою очередь, устранение легочной гипертензии положительно влияет на механику дыхания, способствует улучшению вентиляционно-перфузионного отношения и газового состава крови. За счет стимуляции имидазолиновых рецепторов почек подавляется активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что сопровождается снижением активности ренина плазмы, уровня ангиотензина II, альдостерона, способствующим в конечном итоге снижению АД. Наблюдающийся натрийурез вносит дополнительный вклад в системный антигипертензивный эффект препарата. Ренопротективное действие моксонидина подтверждается уменьшением микроальбуминурии и снижением содержания уровня креатинина в крови.

К числу уникальных особенностей моксонидина по сравнению с другими антигипертензивными препаратами следует отнести его положительное влияние на метаболический профиль. Избирательное воздействие моксонидина на имидазолиновые рецепторы в клетках островков Лангерганса поджелудочной железы сопровождается повышением чувствительности тканей к инсулину, оптимизацией процессов утилизации глюкозы, что в конечном итоге способствует снижению повышенного уровня глюкозы в крови у больных с АГ и СД. Корректирующее влияние моксонидина на углеводный обмен также весьма важно при антигипертензивной терапии больных с метаболическим синдромом (МС), так как инсулинорезистентность и гипергликемия являются основным звеном патогенеза МС.

Применение моксонидина в клинической практике

Доказанная антигипертензивная активность и наличие благоприятных метаболических эффектов позволяют рекомендовать моксонидин для лечения больных с АГ и ее осложнениями как в качестве монотерапии, так и при проведении комбинированной терапии. В исследовании TOPIC (Trial of Physiotens in Combination – Исследование Физиотенза в составе комбинированной терапии) были тщательно проанализированы эффекты моксонидина у больных с эссенциальной АГ в возрасте от 18 до 80 лет. До начала исследования у включенных в него участников антигипертензивная терапия либо не проводилась, либо отмечалась ее недостаточная эффективность или плохая переносимость предшествующих антигипертензивных препаратов, как правило, диуретиков, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов или антагонистов кальция.

Первая фаза исследования включала монотерапию моксонидином в начальной дозе 0,2 мг перорально, с последующим титрованием дозы при необходимости до 0,4 мг в сутки. Стабильный антигипертензивный эффект был достигнут у половины пациентов (294 из 566). Вторая фаза исследования включала 272 пациента, из которых у 57% была отмечена неэффективность предшествующей терапии, в связи с чем была назначена комбинированная терапия моксонидином в дозе 0,4 мг один раз в сутки в сочетании либо с однократным приемом амлодипина в дозе 5 мг, либо с применением эналаприла 10 мг или гидрохлортиазида 12,5 мг. В результате такой терапии устойчивый контроль АД был достигнут у 46,9% пациентов в группе моксонидина и амлодипина, у 26,8% – в группе моксонидина и эналаприла, у 21,1% – в группе моксонидина и гидрохлортиазида.

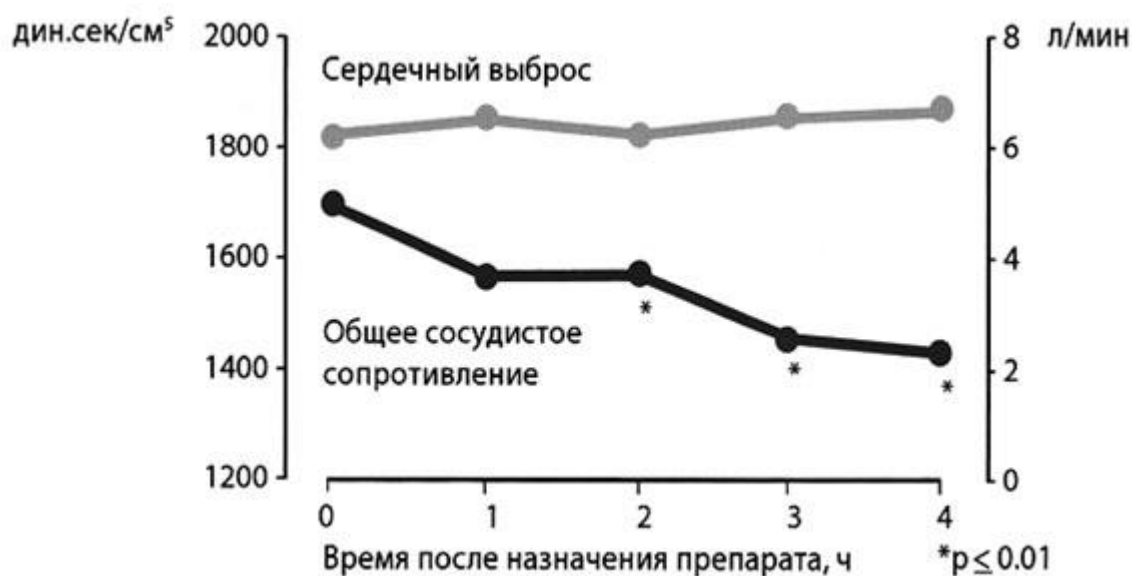
В ходе исследования TOPIC моксонидин продемонстрировал эффективность и хорошую переносимость как в монотерапии, так и в составе комбинированного лечения больных с АГ. Выраженная антигипертензивная эффективность моксонидина подтверждена при лечении больных с неосложненным ГК. Сублингвальный прием препарата в дозе 0,4 мг обеспечивал надежный антигипертензивный эффект со стабилизацией клинического состояния у 90% больных, при этом достоверное снижение как САД, так и ДАД после однократного приема моксонидина отмечалось уже через 20 минут, достигая максимума действия через 90 минут.

Получены обнадеживающие результаты по применению моксонидина при терапии больных АГ на фоне длительно протекающей ХОБЛ. Лечение моксонидином таких больных сопровождалось улучшением гемодинамики как в большом, так и в малом круге кровообращения. При этом снижение исходно повышенного АД в легочной артерии вызывало улучшение функции внешнего дыхания и оксигенации крови. Агонисты имидазолиновых рецепторов, в числе которых моксонидин обладает наибольшей избирательностью и эффективностью среди известных до настоящего времени аналогов, включены в состав одной из рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов для лечения больных с МС – ингибитор АПФ + агонист имидазолиновых рецепторов.

Моксонидин успешно применяется для лечения АГ у женщин в постменопаузе. Наряду с устранением гиперсимпатикотонии у таких пациенток, моксонидин улучшал метаболические параметры и структурно-функциональные показатели сердца у женщин с АГ и МС. В качестве важного преимущества моксонидина как при монотерапии, так и в составе комбинированной антигипертензивной терапии следует отметить весьма незначительную частоту нежелательных явлений, а также возможность добиваться стойкого и длительного терапевтического эффекта при однократном приеме препарата в течение суток.

Важно отметить стабильность антигипертензивного действия моксонидина — отношение остаточного снижения АД к максимальному снижению АД — этот показатель должен быть не менее 50%. У моксонидина он составляет 70%. При применении моксонидина у пациентов с АГ наблюдается двойной механизм действия — препарат обеспечивает как краткосрочный (в основном за счет воздействия на симпатические центры головного мозга), так и за счет воздействия на симпатические центры головного мозга), так и долгосрочный контроль АД (за счет подавления выброса ренина и улучшения экскреторной функции почек). Так, разовая пероральная доза моксонидина (0,4 мг) вызвала статистически достоверное снижение АД у пациентов с АГ в среднем с 176/105 мм.рт.ст. до 158/95 мм.рт.ст. При этом антигипертензивное действие препарата сопровождалось снижением исходного повышенного общего сосудистого сопротивления с 1695 до 1427 дин.сек/см⁵, в то время как сердечный выброс достоверно не изменялся.

Влияние моксонидина на сердечный выброс и общее сосудистое сопротивление:



Выявлена также интересная особенность моксонидина — у пациентов с АГ более высокий исходный уровень АД ассоциируется с более сильным его снижением. В связи с этим, перспективным направлением применения в клинической практике рассматривается возможность купирования моксонидином гипертонических кризов. Кроме того, отмечается эффективность и безопасность применения моксонидина при АГ и ряде сопутствующих заболеваний, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет, метаболический синдром и др.

Фармакокинетика моксонидина

При приеме внутрь абсорбция моксонидина из желудочно-кишечного тракта составляет 90% (37). Максимальная концентрация в плазме крови после однократного приема 0,2 мг препарата достигается через 60 мин. (36, 37). Биодоступность — 88%. Прием пищи не оказывает влияния на фармакокинетику моксонидина. Полупериод

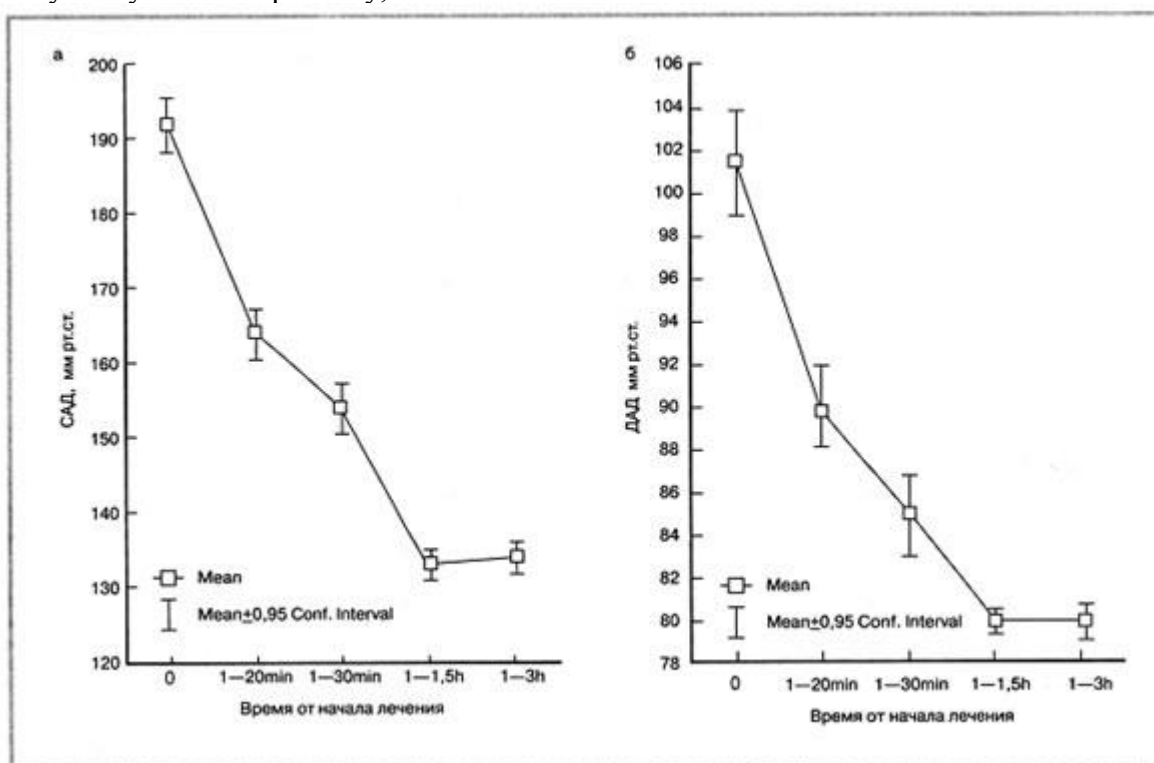
выведения моксонидина и метаболитов составляет 2,5 и 5 часов соответственно. В течение 24 часов более 90% препарата выводится почками (37). Моксонидин не кумулируется при длительном применении.

Множественное назначение моксонидина не приводит к кумуляции в организме больных, включая больных с почечной недостаточностью средней степени тяжести (39). На поздних стадиях у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 10 мг/мин), находящихся на гемодиализе, концентрация в плазме крови и конечный полупериод выведения в плазме крови ($T_{1/2}$), соответственно, в 6 и 4 раза оказываются выше, чем у пациентов с нормальной функцией почек. У таких пациентов дозу препарата следует подбирать индивидуально. Обнадешивающие результаты, подтверждающие ренопротективные свойства моксонидина были получены J. Radermacher и соавт. (40). У 601 пациента, перенесшего аллотрансплантацию почки, терапия моксонидином приводила к снижению риска недостаточного аллотрансплантата на 70%.

В исследование TOPIC (Trial of Physiotens in Combination), проведенном в Великобритании на 138 клинических базах (42), было включено 566 пациентов с АГ в возрасте 18-80 лет. При назначении моксонидина в дозе 0,2 мг или 0,4 мг в день надежный контроль при монотерапии был достигнут у 294 пациентов (52%), у остальных пациентов — при комбинированной терапии (в сочетании с амлодипином или эналаприлом). В ходе исследования препарат зарекомендовал себя эффективным и хорошо переносимым как в условиях монотерапии, так и комбинированной терапии.

Высокая антигипертензивная эффективность моксонидина подтверждена при лечении пациентов с неосложненным гипертоническим кризом. Так, при сублингвальном назначении моксонидина в дозе 0,4 мг эффективное снижение АД при хорошей переносимости препарата достигалась у 90% пациентов (5). Как видно на рис. 3, существенное снижение систолического АД и диастолического АД после однократного приема препарата отмечается уже через 20 мин и достигает максимума через 1,5 часа.

Рисунок 3. Изменения САД (а) и ДАД (б) при сублингвальном применении 0,4 мг моксонидина: до лечения (0); через 20 и 30 мин; через 1,5 и 3 ч после приема (по В. В. Руксину и О. В. Гришину, 2011



САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление

Важно отметить, что у обследованных пациентов отсутствовал синдром «рикошета» и динамический контроль уровня АД подтвердил устойчивый и длительный характер антигипертензивного действия моксонидина.

Выявлено положительное влияние моксонидина на течение АГ при лечении весьма трудной для антигипертензивной терапии пациентов, а именно — пациентов с ХОБЛ (43). Как правило, таким пациентам противопоказаны бета-адреноблокаторы, а также ингибиторы АПФ, способные провоцировать кашель и усиление бронхиальной обструкции. При исследовании 40 пациентов артериальной гипертензией на фоне ХОБЛ лечение моксонидином сопровождалось улучшением гемодинамики большого и малого круга кровообращения. Так, снижение систолического АД и диастолического АД составило 15,4 и 17,4% соответственно, достигая при этом нормальных значений. Частота пульса в процессе лечения оставалась в пределах нормы и существенно не изменялась.

Таким образом, селективный ингибитор I₁-имидазолиновых рецепторов моксонидин (физиотенз) может применяться в качестве универсального антигипертензивного препарата, эффективного как для купирования гипертонических кризов, так и для длительного лечения артериальной гипертензии. В отличие от «старых» препаратов центрального действия, таких как клонидин, метилдопа, моксонидин не вызывает серьезных нежелательных явлений; отсутствуют также гипотензивные эффекты «первой дозы» и синдром рикошета. Моксонидин может рассматриваться препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии и неосложненных гипертонических кризов у пациентов с сахарным диабетом, метаболическим синдромом и хроническими обструктивными заболеваниями легких.

В ряде исследований сравнили физиотенз и каптоприл для лечения неосложненных гипертонических кризов. В исследовании проанализировали клинические случаи 225 пациентов. Из них 113 человек для купирования гипертонического криза принимали таблетку физиотенза в дозировке 0,4 мг, а 112 пациентов — каптоприл в дозировке 25 мг. Пациентов специально подобрали так, чтобы клинικο-демографические показатели достоверно не различались. У больных в обеих группах был практически одинаковый средний возраст, рост, вес, масса тела, стаж гипертонии, исходные показатели артериального давления и т. д.

Неосложненный гипертонический криз:

протекает с субъективными и объективными симптомами умеренной тяжести; давление повышается до 180/100 мм рт. ст. или на 30% от обычных для больного показателей;

не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней;

требует снижения артериального давления в течение нескольких часов, но не немедленно.

Чтобы сравнить эффективность препаратов, всех участников исследования направляли в стационар и обследовали:

проводили суточный мониторинг артериального давления;

измеряли пульс, регистрировали ЭКГ;

определяли показатели креатинина, калия и глюкозы в крови.

Оценочные показатели:

через какое время после приема таблетки начинало понижаться давление;

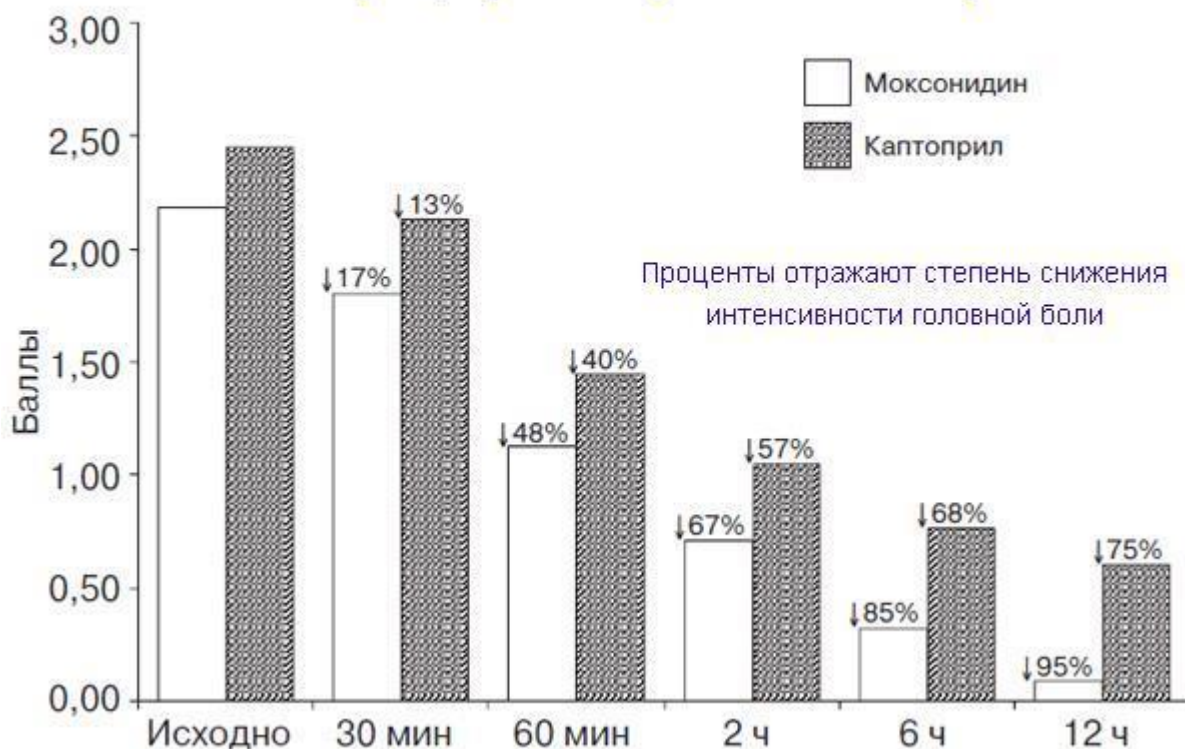
насколько оно снижалось;

продолжительность действия препаратов.

Обнаружилось, что физиотенз является хорошей альтернативой каптоприлу для купирования гипертонического криза, не осложненного инфарктом, инсультом,

аневризмой аорты и т. п. Оба препарата в дозировках, указанных выше, примерно одинаково понижают давление и хорошо переносятся, но физиотенз действует намного дольше. В результате, снижается вероятность повторного повышения артериального давления, а следовательно повторного вызова скорой помощи и последующей госпитализации больного.

Физиотенз лучше снимает головную боль, чем каптоприл, при гипертонических кризах



Динамика артериального давления у пациентов с гипертоническим кризом на фоне приема моксонидина и каптоприла.

Время	Моксонидин		Каптоприл	
	САД	ДАД	САД	ДАД
В начале	194,5±15,3	110,4±13,5	194,0±16,1	109,0±11,7
Через 30 мин	179,6±15,9	102,2±15,5	179,2±18,2	101,5±13,1
Через 60 мин	166,2±15,3	94,5±13,2	165,4±18,6	95,2±13,2
Через 2 часа	155,7±19,1	90,7±12,9	151,2±23,0	90,8±13,5
Через 6 часов	157,1±16,8	89,1±10,9	150,9±14,7	101,1±13,6
Через 12 часов	147,4±16,2	87,9±10,8	155,4±16,6	90,2±10,8

Пояснения к таблице:

САД — систолическое «верхнее» артериальное давление, мм рт. ст.

ДАД — диастолическое «нижнее» артериальное давление, мм рт. ст.

И Физиотенз, и каптоприл начинали понижать давление с одинаковой скоростью. Систолическое «верхнее» давление оба препарата снижали через 30 минут после приема таблетки, а диастолическое «нижнее» давление — через 60 минут. При этом, ни разу давление не снижалось более чем на 25% от исходного уровня. Таким образом, больные оставались в безопасных границах, не подвергаясь лишнему риску инфаркта. Каптоприл снижал диастолическое давление только в течение 2 часов, а физиотенз — в течение 12 часов после приема таблетки.

Динамика частоты сердечных сокращений у больных на фоне приема физиотенза и каптоприла.

Время	Моксонидин	Каптоприл
	Пульс, уд/мин	Пульс, уд/мин
В начале	83,1±13,1	84,6±12,9
Через 30 мин	80,4±11,1	82,8±12,3
Через 60 мин	78,7±10,5	80,1±12,3
Через 2 часа	77,3±9,9	77,7±10,8
Через 6 час	74,3±8,7	75,0±10,2
Через 12 час	72,6±8,4	73,4±9,4

Оба препарата улучшали состояние больных, убирали одышку, психомоторное возбуждение. Останавливались носовые кровотечения. Авторы исследования указывают, что моксонидин немного лучше снимал головную боль и боль в груди, чем каптоприл. На фоне приема физиотенза у пациентов снижалась концентрация креатинина в крови в среднем по группе на 23,6%. Каптоприл не влиял ни на один из лабораторных показателей, которые отслеживали — креатинин, калий, глюкозу в крови. Больные немного лучше переносили лечение физиотензом, но это различие не было статистически достоверным.

Вывод. Каптоприл в дозировке 25 мг и физиотенз в дозировке 0,4 мг одинаково мощно понижают давление и пульс. Оба препарата подходят для оказания экстренной помощи при не осложненных гипертонических кризах. Давление начинает понижаться уже через 30 минут. Однако, после приема таблетки физиотенза устойчивая тенденция к снижению артериального давления сохраняется в течение 12-24 часов. А каптоприл прекращает действовать примерно через 6 часов. Физиотенз является одним из препаратов выбора для купирования гипертонического криза, особенно если у пациента избыточная масса тела, метаболический синдром или сахарный диабет 2 типа.

По данным подстанции №1 скорой медицинской помощи г.Красноярска препаратом выбора для купирования гипертонического криза - моксонидин, распределился в зависимости от пола следующим образом:

год	Всего гипертонических кризов Абс-% от общего количества вызовов	Применение моксонидина в зависимости от пола	
		мужчины	женщины
2014г.	5812-12%	44-0,8%	125-2,1%
2015г.	6203-12.8%	216-3,5%	777-12,5%

Распределение применения моксонидина по возрастным группам:

год	15-18 лет	19-25 лет	26-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71-80 лет	Более 80 лет
2014г.	1	0	2	5	6	34	48	47	26
	0,6%	0	1,2%	3%	3,5%	20,1%	28,4%	28%	15,4%
2015г.	0	2	8	29	87	181	289	220	177
	0	0,2%	0,8%	2,9%	8,8%	18,2%	29,1%	22,1%	17,8%

Частота применения моксонидина у женщин выше по сравнению с мужчинами, по возрастным группам лидирует возраст с 61 по 80 лет

Давность заболевания гипертонической болезнью.

	менее 2-х лет	5л и более	10л и более	15л и более	20л и более	всего
женщины	25-2,8%	95-10,5%	364-40,4%	297-32,9%	121-13,4%	902
мужчины	3-1,2%	23-8,8%	110-42,3%	66-25,4%	58-22,3%	260
всего	28-2,4%	118-10,2%	474-40,8%	363-31,2%	179-15,4%	1162

Основная группа больных страдает гипертонической болезнью более 10 лет.

Регулярность ежедневного приема гипотензивных препаратов.

	не регулярно	регулярно	всего
женщины	227-55,1%	675-90,0%	902
мужчины	185-44,9%	75-10,0%	260
всего	412-35,5%	750-64,5%	1162

На основании опроса о регулярности приема назначенных участковым врачом либо кардиологом лекарственных средств выявилось, что 64,5% от общего количества

опрошенных принимают плановую терапию регулярно. Из них 90,0% составляют женщины и лишь 10,0% мужчины. 35,5% от общего количества пациентов плановую терапию регулярно не принимают (по разным причинам), из них 55,1% составили женщины и 44,9%-мужчины. Из общего количества женщин (902), принявших участие в исследовании 74,8% плановую терапию принимают регулярно и 25,2% регулярно не принимают. Мужчины: -71,2 % ежедневный прием плановой гипотензивной терапии игнорируют и лишь 28,8% плановую терапию получают регулярно.

Сопутствующие патологии.

	Сахарный диабет	ИБС.ПКС Стенокардия.	ИБМ.ДЭ.	Не имеют	всего
женщины	61-6,8%	243-26,9%	579-64,2%	19-2,1%	902
мужчины	31-11,9%	128-49,2%	93-35,7%	8-3,1%	260
всего	92-8,0%	371-31,9%	672-57,8%	27-2,3%	1162

Наибольшее количество сопутствующих заболеваний приходится на ИБС, ДЭ в связи с тесной взаимосвязью артериальной гипертензии и поражением сердечно-сосудистой и нервной системы.

Уровень повышения АД при гипертонических кризах.

	150/90	160/100	170/100	180/100	190/100	200 и ...	всего
женщины	99-11,0%	125-13,9%	96-10,6%	203-22,5%	271-30,0%	108-12,0%	902
мужчины	28-10,8%	39-15,0%	45-17,3%	50-19,2%	57-21,9%	41-15,8%	260
всего	127-11,0%	164-14,1%	141-12,1%	253-21,8%	328-28,2%	149-12,8%	1162

Остается высоким уровень гипертонических кризов с подъемом до высоких цифр АД.

Снижение АД при применении препарата физиотенз сублдингвально в дозе 0,4 мг.

Исходное АД	150/90	160/100	180/100	200/100	240/100
Рабочее АД	120/80	120/80	130/80	130/80	140/90
10 мин	130/80	145/80	165/100	180/100	215/100
15 мин	120/80	130/80	150/90	160/100	205/100
4-8 час	120/80	120/80	130/80	140/80	165/90
Повторные вызова	-	-	4	7	1

АД при применении препарата физиотенз снижалось в первые 10 мин примерно на 10%, к 15 мин до 20%. Гипотензивный эффект сохранялся по крайней мере несколько часов.

Преимущества моксонидина (Физиотенз®) для лечения гипертонии:

- Можно принимать натощак или после еды. Эффективность и скорость действия лекарства не зависят от приема пищи.

- Действие по снижению давления продолжается целые сутки после приема таблетки. И это несмотря на то, что действующее вещество — моксонидин — быстро выводится из организма.

- Физиотенз хорошо сочетается с другими препаратами от давления, которые относятся ко всем основным классам. Его можно принимать также вместе с сердечными гликозидами и препаратами от диабета.;

- Моксонидин - не только понижает артериальное давление, но и улучшает чувствительность тканей к инсулину, т. е. ослабляет инсулинорезистентность;

- Моксонидин — единственный препарат от гипертонии, для которого это свойство официально доказано. Оно важно для больных гипертонией, отягощенной диабетом 2 типа или метаболическим синдромом;

- Выявлена хорошая эффективность моксонидина (Физиотенз®) при неосложненном гипертоническом кризе с повышенной активностью симпатической нервной системы;

- Применение моксонидина (Физиотенз®) при гипертоническом кризе позволяет плавно и безопасно снизить АД, при этом максимальное снижение отмечается в первые 6 часов после приема препарата на 20-25 % от исходного уровня.

Препарат моксонидин (Физиотенз®) в сублингвальной дозе 0,4мг в условиях оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при повышении АД, не угрожающего жизни пациента, а также не осложненных гипертонических кризах ввиду своей биодоступности, которая составляет 88%, быстрым достижением максимальной концентрации (при приеме внутрь — около 1 часа), минимальным количеством побочных действий и противопоказаний показан всем пациентам и может использоваться пациентами, по назначению врача, в виде самопомощи.

Литература:

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиол. журн. — 2006. — № 4. — С. 45-51.
2. Терещенко С.Н. Гипертонические кризы, современные принципы терапии // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6, № 11. — С. 867-870.
3. Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Роль суточного мониторирования артериального давления в оценке эффективности антигипертензивной терапии // Consilium medicum, прил. «Системные гипертензии». — 2007. — № 1. — С. 18-26.
4. Руксин В.В., Гришин О.В., Яценкова С.В. и др. Скорая медицинская помощь при повышении артериального давления // Системные гипертензии. — 2011. — Т 8, № 1. — С. 2126. / Ruksin V.V., Grishin O.V., Yaschenkova S.V et al. Urgent health care in blood pressure elevation // Systemic Hypertension [Sistemnye Gipertenzii]. — 2011. — Vol. 8, № 1. — P. 21-26 [Russian].
5. Оганов Р.Г. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С. Ф. Багненко и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 816 с. / Oganov R.G. Guidelines for ambulance / Ed. by Bagnenko S.F. et al. — Moscow: GEOTAR Media, 2007. — P. 816 [Russian].

6. Руксин В.В. Краткое руководство по неотложной кардиологии. — СПб.: ИнформМед, 2009. — 415 с. / Ruksin V.V. Quick guide to emergency cardiology. — St Petersburg: InformMed, 2009. — P. 415 [Russian].
7. Руксин В.В., Гришин О.В., Кузнецов А.В. и др. Сравнение эффективности и безопасности клонидина и моксонидина, для оказания неотложной помощи // Скорая медицинская помощь. — 2009. — Т 10, № 4. — С. 13-20. / Ruksin V.V., Grishin O.V., Kuznetsov A.V et al. Comparison of the efficacy and safety of clonidine and moxonidine for emergency care // Ambulance [Skoraya Pomoshch]. — 2009. — Vol. 10, № 4. — P. 13-20 [Russian].

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ СМП

Лаврив Е.В.

КГБУЗ «КССМП» г.Красноярска

Введение. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая специализированная медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- а) вне медицинской организации - по месту вызова бригады, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;
- б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- а) экстренной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- б) неотложной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь вне медицинской организации оказывается медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи.

Выездные бригады скорой медицинской помощи направляются на вызов фельдшером по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи или медицинской сестрой по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи с учетом профиля выездной бригады скорой медицинской помощи и формы оказания медицинской помощи.

Вызов скорой медицинской помощи осуществляется:

- а) по телефону путем набора номеров "03", "103", "112" и (или) номеров телефонов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь;
- б) при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь.

В случае поступления вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи или специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи.

Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются:

- а) нарушения сознания, представляющие угрозу жизни;
- б) нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни;
- в) нарушения системы кровообращения, представляющие угрозу жизни;
- г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- д) внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни;
- е) внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, представляющие угрозу жизни;
- ж) травмы любой этиологии, представляющие угрозу жизни;
- з) термические и химические ожоги, представляющие угрозу жизни;
- и) внезапные кровотечения, представляющие угрозу жизни;
- к) роды, угроза прерывания беременности;
- л) дежурство при угрозе возникновения чрезвычайной ситуации, оказание скорой медицинской помощи и медицинская эвакуация при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации.

В случае поступления вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи при отсутствии вызовов скорой медицинской помощи в экстренной форме.

Поводами для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме являются:

- а) внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;
- б) внезапные обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;
- в) констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

В процессе работы в должности врача-анестезиолога-реаниматолога в составе группы анестезиологии-реанимации КГБУЗ «КССМП» выполняю следующие функциональные обязанности:

- Я оказываю медицинскую помощь больным и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки на уровне современных достижений медицинской науки и практики, решаю вопросы лечения и госпитализации больных в соответствии с их состоянием.
- Владею методами диагностики и лечения неотложных состояний взрослых и детей, знаю и умею пользоваться имеющейся аппаратурой. Провожу полный сбор анамнеза, тщательный осмотр больного или пострадавшего, оценку тяжести его состояния, оказываю медицинскую помощь в полном объеме на догоспитальном этапе, а при необходимости максимально быстро транспортирую в профильный стационар;
- При поступлении очередного вызова незамедлительно, в течении 4-х минут, выезжаю для его обслуживания.
- В случае аварии или неисправности санитарной машины в пути следования на вызов или с больным немедленно информирую фельдшера по приему вызовов и передаче их выездным бригадам.
- По первому требованию граждан, работников полиции и др. останавливаюсь для оказания медицинской помощи, независимо от места нахождения больного или пострадавшего.

- При оказании медицинской помощи действую быстро и решительно, проявляя внимание не только к больному, но и к окружающим его лицам. Обо всех конфликтах на вызовах информирую старшего врача оперативного отдела. В случае категорического отказа больного от госпитализации так же ставлю в известность старшего врач.

- По пути, во время следования, нахожусь в салоне санитарной машинырядом с больным. По жизненным показателям госпитализирую больного в ближайшую больницу с учетом ее профильности.

- При транспортировке больных, находящихся в бессознательном состоянии или опьянении, трупов погибших или умерших, осматриваю их на месте на предмет обнаружения у них документов, денег, ценностей. При проведении осмотра привлекаю сотрудников полиции, представителей администрации, общественности или других лиц, указывая в сопроводительном листе паспортные данные свидетелей.

- На каждого госпитализируемого больного четко заполняю сопроводительный лист Ф-114-у. Сведения о документах, деньгах, ценностях указываю в сопроводительном листе, сдаю деньги, документы, ценности ответственному лицу приемного отделения стационара. Указываю в сопроводительном листе фамилию потерпевшего. Работник приемного отделения расписывается в карте вызова.

- Оставляя больного на дому или пострадавшего на месте происшествия приотсутствии показаний для госпитализации, оказываю необходимую помощь, даю соответствующие рекомендации.

- При оказании медицинской помощи по поводу криминальных случаев,покушений на самоубийство, руководствуюсь специальной инструкцией. На месте происшествия осуществляю взаимодействие с сотрудниками полиции и поддерживаю постоянную связь со старшим врачом оперативного отдела. Лиц, покушавшихся на самоубийство передаю специализированной психиатрической бригаде или госпитализирую в специализированные стационары, прибегая, в случае отказа, к помощи полиции. Больных, не нуждающихся в госпитализации, консультирую на месте происшествия врачом специализированной психиатрической бригады. При оказании медицинской помощи лицами в алкогольном опьянении всегда внимателен, особенно тщательно обследую больного.

- Часто наряду с медицинскими вопросами по диагностике и оказанию медицинской помощи приходится решать социально-бытовые проблемы, особенно одиноких пенсионеров, инвалидов, подростков, бомжей, беспризорников, некоторые заболевания, состояния сопровождаются бурными психомоторными, агрессивными состояниями, что требует от выездного персонала постоянного внимания, выдержки, уверенности, такта, участия и просто доброты.

- При выявлении у больного заболевания, подозрительного на карантиннуюинфекцию, оказываю больному необходимую медицинскую помощь, информирую старшего врача смены о больном, действую в соответствии с полученными указаниями, провожу меры личной экстренной профилактики.

- По прибытии на подстанцию, извещаюфельдшера по приему вызовов и передаче их выездным бригадам. Четко,грамотно, разборчиво заполняю карты вызовов, экстренные извещения в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае», делаю соответствующие записи в журналах передачи вызовов в поликлинику, криминальных травм и др., заполненные карты вызовов сдаю без задержки. Слежу за санитарным состоянием автомобиля бригады, проведением текущей дезинфекции. Контролирую своевременное пополнение медицинского ящика.

- Беру на себя руководство, при оказании помощи пострадавшим во взаимодействии с другими бригадами, организуя их работу, во время ликвидации последствий ЧС; При оказании медицинской помощи во время массовых катастроф или

аварий - руководствуюсь специальной инструкцией. Первым оказавшись на месте аварии, до прибытия главного врача, его заместителя или старшего по должности, являюсь ответственным за организацию спасательных работ и организацию медицинской помощи пострадавшим. Необходимо установить размеры аварии и сообщить старшему врачу о количестве пострадавших и их состоянии, для определения потребности в бригадах скорой помощи. В случае необходимости развернуть в ближайшем укрытии, здании, палатке и т.п. медицинский пункт для сбора пострадавших. Распределить обязанности между членами своей бригады и прибывающим медицинским персоналом. Организовать наблюдение за извлечением пострадавших. Организовать сортировку пострадавших и оказание первой помощи. Проводить регистрацию и эвакуацию пострадавших в соответствии с указанием оперативного отдела, не допуская перегрузки ближайших к месту происшествия лечебных учреждений. В процессе работ поддерживать постоянную связь со старшим врачом оперативного отдела. До прибытия старшего по должности оставаться на месте происшествия до окончания спасательных работ и ликвидации последствий аварии. По окончании работ все сведения о пострадавших передавать старшему врачу оперативного отдела.

- Оказываю консультативную помощь врачам и фельдшерам выездных бригад.
- Постоянно совершенствую свои профессиональные знания и квалификацию.

Особенности медицинской практики, определяющие специфику морально правовых проблем:

Экстремальность ситуации, в которой нередко работают врачи скорой помощи, требует неотложных действий, часто выполняющихся без должной диагностики из-за отсутствия необходимого времени.

Больные нередко находятся в крайне тяжелом, подчас критическом состоянии, требующим незамедлительных реанимационных действий.

Психологический контакт между врачом и больным нередко затруднён или полностью отсутствует из-за тяжести состояния, неадекватного сознания, болей, судорог, вегетативных расстройств.

Медицинские действия нередко выполняются в присутствии родственников, соседей или любопытных прохожих.

Условия оказания медицинской помощи могут быть примитивными (помещение и пространство, освещение, наличие источников энергии и т.д.)

Характер патологии может быть очень разнообразен: механические и электрические травмы, утопления, расстройства центральной нервной системы, дыхания кровообращения, наружные, внутренние кровотечения, роды, оказание неотложной помощи детям и т.п.

В связи со всеми выше перечисленными особенностями работы на догоспитальном этапе, можно отметить некоторые этические и юридические проблемы, ставшие в настоящее время весьма актуальными:

1. **Невозможность в некоторых случаях информирования больных о характере патологии, необходимых методах диагностики, прогнозе течения заболевания** (при некомпетентности больного и крайней срочности действий);
2. **Неполучение согласия больного на медицинские действия;**
3. **Отказ больного от лечения:** не во всех случаях есть возможность соблюдения права выбора больным лечебного учреждения.

Анализ моей работы за 2013-2015 годы.

Основные показатели моей работы

№	Наименование показателей	2013г.	2014г.	2015г.	Всего (абс)
1.	Количество обслуженных вызовов	594	684	764	2042
2.	Внезапные заболевания (абс/%)*	497 83,7%	583 85,2%	653 85,5%	1733
3.	Несчастные случаи (абс/%) * *	55 9,3%	73 10,7%	86 11,3%	214
4.	Транспортировки (абс/%)	6 1,0%	5 0,7%	7 0,9%	18
5.	Роды (абс/%)	5 0,8%	6 0,9%	4 0,5%	15
6.	Безрезультатные вызовы (абс/%)	23 3,9%	10 1,5%	5 0,7%	38
7.	Летальные исходы до прибытия (абс/%)	7 1,1%	7 1,0%	8 1,0%	22
8.	Летальные исходы в присутствии (абс/%)	1 0,2%	—	1 0,1%	2
9.	Повторные вызовы (абс/%)***	3 0,5%	2 0,3%	2 0,3%	7
10.	Доставлено в стационар (абс/%)	172 29%	202 29,5%	261 34,2%	635
11.	Госпитализировано из доставленных в стационар (абс/%)	126 73,3%	151 74,8%	198 75,9%	475
12.	Расхождение догоспитального и клинического диагнозов (абс/%)	1 0,8 %	2 1,3 %	2 1,0%	5
13.	Уровень качества лечения	0,98	0,97	0,99	

Таб. 1.

Примечание

* В процентах дано количество больных по отношению к общему числу вызовов, обслуженных за год.

** В раздел «Несчастные случаи» включались пациенты с травматическими повреждениями и отравлениями.

*** Повторные вызовы оценивались в % к общему числу внезапных заболеваний и несчастных случаев за год.

По моим данным, количество выполненных вызовов оказалось максимальным в 2015 году. В динамике наблюдалось увеличение количества несчастных случаев в пределах 2%.

Анализ повторных вызовов

Таб. 3.

Причины повторных вызовов	2013 год		2014 год		2015 год	
	Кол-во больных х	Диагноз*	Кол-во больных х	Диагноз*	Кол-во больных х	Диагноз*
Рецидив	1	ГБ 3.Криз.	1	ИБС.Пароксиз		



заболевания		↓ ГБ 3.Криз(рец.)		мфибрил.пред с.(ритм восстанов)		
				ИБС.Повт.пар оксизмФП(ритм восстановлен)		
Развитие заболевания	1	ИБС, Стенокардия III. ↓ ИБС. Нестабильная стенокардия. (КМК БСМП)	нет		1	ГБ-3, декомп. течение ↓ ГБ3. Криз. осл. Носовое кровотечение (дома)
Отказ от госпитализации	1	Язвенная б-нь желудка, обострение (отказ). ↓ Диагноз тот же (акт. посещ.-- отказ-оставлен дома)	1	МКБ. Почечная колика (отказ). ↓ Диагноз тот же (активное посещение-госп. в КМК БСМП)	1	Алкогольная абстиненция с судорожным синдромом (отказ) ↓ Алкогольная абстиненция с судорожным синдромом (КНД)
Отказ от госпитализации в стационаре	нет		нет		нет	
Неадекватная терапия	нет		нет		нет	
Неправильная тактика	нет		нет		нет	
Необоснованный вызов	нет		нет		нет	
Диагностическая ошибка	нет		нет		нет	

* Представлена трансформация диагноза в течение суток

Количество повторных вызовов в течение трёх лет составило менее 0,4 % (7 человек). У трёх больных они были связаны с отказом от госпитализации (МКБ, Язвенная болезнь желудка, Алкогольная абстиненция с судорожным синдромом). В всех случаях больные посещались активно через два часа и госпитализация предлагалась повторно.

У двух пациентов возникли рецидивы заболевания: у одного наблюдалось повторное развитие гипертонического криза на фоне тяжелого стресса, у другого -

рецидив пароксизма фибрилляции предсердий. Оба состояния были успешно купированы при повторном посещении.

Двое больных вызвали скорую помощь повторно в связи с развитием заболевания. При этом в одном случае появилась клиника нестабильной стенокардии, в другом - возникло носовое кровотечение на фоне гипертонического криза. Необходимо отметить, что ни в одном случае причиной повторного вызова не стала диагностическая ошибка, неадекватная терапия, либо неправильная тактика.

Анализ госпитализации

Всего за три года мною доставлено в стационары 632 больных. В динамике наблюдалось увеличение их количества на 2,6 %, что в какой-то степени могло оказаться следствием роста числа несчастных случаев (их, по моим данным, также стало больше на 2 %).

Более 70% из доставленных в приёмные покои было принято в стационары, что может свидетельствовать о преимущественно правильной оценке показаний для госпитализации (часть больных отказались от предложенного стационарного лечения, уже находясь в приёмном покое).

Оценка расхождений диагнозов

Таб. 4.

	2013	2014	2015	Всего
Доставлено в стационары(абс.)	172	202	261	635
Госпитализировано из доставленных в стационар (абс./%)	126 (73,3%)	151 (74,8%)	198 (75,9%)	475 (74,8%)
Расхождение клинического и догоспитального диагнозов (абс./ %)	1 (0,8%)	2 (1,3%)	2 (1,0%)	5 (1,1%)

При оценке Ф-114/у расхождение диагнозов выявлено у 5 пациентов, что составило в среднем 1,1 %.

Нозологическая структура расхождений диагнозов по сопроводительным листам (форма №114/у)

Таб. 4.1

№ рубрики	Диагноз при направлении на госпитализацию	Диагноз клинический
47/48	О. холецистит	О. панкреатит
47/48	О. холецистит	О. панкреатит
30/30	ОНМК в ВББ	ДЭ-Ш с вестибуло-атактическим синдромом
30/30	ОНМК в ВББ	ДЭ-Ш с вестибуло-атактическим синдромом
35/55	Внебольничная пневмония	Острый пиелонефрит

Из приведённых данных видно, что в изменение первичного диагноза произошло у двух больных, поступивших в стационар с болями в животе. Нередко из-за нечётких начальных симптомов, употребления больными анальгетиков, алкоголя очень сложно диагностировать точный вариант острого живота на догоспитальном этапе. Это и приводит к возможным расхождениям диагнозов врача скорой помощи и стационара.

Кроме того, у двух пациентов имелись затруднения с диагностикой ОНМК в вертебро-базилярном бассейне. Показанием для госпитализации у них служили выраженная вестибулопатия и сопутствующая общемозговая симптоматика. После обследования в стационаре и клинического наблюдения указанный диагноз не

подтвердился: диагностировалось хроническое нарушение мозгового кровообращения в том же бассейне по типу декомпенсированной дисциркуляторной энцефалопатии.

И наконец, в последнем случае больная госпитализировалась с внебольничной пневмонией, а выписана с диагнозом стационара: Острый пиелонефрит. При осмотре пациентки определялась скудная аускультативная симптоматика в лёгких (ослабление дыхания, укорочение перкуторного звука с обеих сторон). Имелся многолетний анамнез ХОБЛ, осложненной эмфиземой и пневмосклерозом. Трудность постановки диагноза была связана с предшествующим лечением антибиотиками в течение 3 дней, что обусловило нивелирование интоксикации, лихорадки и дизурических явлений.

**ОБЩАЯ СТРУКТУРА ВЫЗОВОВ ПО ГРУППАМ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА 2013-2015 ГОДЫ***

Таб. 6.

№		2013 г		2014г.		2015г.	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	142	25,7	187	28,5	219	29,6
2	Заболевания органов дыхания	24	4,3	26	4,0	29	3,9
3	Заболевания органов ЖКТ	6	1,1	7	1,1	7	0,9
4	Заболевания мочевыделительной системы	26	4,7	31	4,7	35	4,7
5	Болезни крови	3	0,5	4	0,6	3	0,4
6	Инфекционные заболевания	22	4,0	23	3,5	27	3,7
7	Аллергические заболевания	5	0,9	5	0,8	4	0,5
8	Эндокринные заболевания	10	1,8	9	1,4	11	1,5
9	Неврологические заболевания	61	11,1	69	10,5	81	11,0
10	Заболевания кожи	3	0,5	3	0,5	4	0,5
11	Гинекологические заболевания	14	2,5	15	2,3	12	1,6
12	Хирургические заболевания	91	16,5	102	15,5	98	13,3
13	Травматические повреждения	47	8,5	62	9,5	72	9,7
14	Отравления	8	1,4	11	1,8	14	1,9
15	Наркологические заболевания	64	11,6	72	10,8	95	12,9
16	Лор-заболевания	9	1,6	10	1,5	7	0,9
17	Онкопатология	12	2,2	14	2,1	15	2,0
18	Офтальмологические заболевания	5	0,9	6	0,9	6	0,8

Всего - 1947 чел.*	552	656	739
---------------------------	------------	------------	------------

*Примечание: В таблицу включены только пациенты с внезапными заболеваниями и несчастными случаями (всего за три года - 1947 чел.)

В процентах дано количество больных с данной патологией по отношению к общему числу пациентов с внезапными заболеваниями и несчастными случаями за год.

ВЫВОДЫ

1. В динамике за три года отмечается увеличение **количестваобслуженных вызовов** на 22,3 %, что связано с ростом обращаемости населения за скорой медицинской помощью.

2. В нозологической **структуре экстренной обращаемости** имеет место увеличение несчастных случаев на 2 %.

3. Среди **внезапных заболеваний** преобладающее значение имеет сердечно-сосудистая патология (более 30%). В динамике за три года наблюдалось увеличение кардиологических больных на 4,9 % (при этом доля женщин составила 62,2%). Отмечен рост числа пациентов с гипертонической болезнью на 35,7 %, с хронической ИБС – на 40,5 %.

4. **Повторные вызовы** составили менее 1%: они не являлись следствием диагностической ошибки, а были обусловлены рецидивом и развитием заболевания либо отказом больных от госпитализации.

5. **Число госпитализированных** больных составило более 70% от доставленных в стационар.

6. **Расхождение** догоспитальных и клинических диагнозов оказалось в пределах 1,3% и во всех случаях было связано с трудностями в диагностике нозологических форм острого живота.

7. **Летальные исходы** в присутствии моей бригады (2 чел.) не являлись следствием неправильной диагностики или тактики: у одного больного смерть наступила от хронического фатального заболевания (онкопатология), у другого – в результате травмы, не совместимой с жизнью.

ВНЕДРЕНИЕ В РАБОТУ ПРОТОКОЛА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ ПОСОБИЙ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мороз В.В., Мусакиева З.А., Репухов С.С.

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи».

Цель работы:

- сравнительная статистика эффективности проведения реанимационных пособий больным и пострадавшим, находящихся в состоянии клинической смерти на этапе скорой помощи бригадами Норильской ССМП;

- опыт внедрения в работу выездных бригад скорой помощи Протокола сердечно-легочной реанимации при проведении реанимационных пособий больным и пострадавшим в критическом состоянии.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 57 выездных карт скорой медицинской помощи КГБУЗ «Норильская ССМП».

Клиническая смерть продолжается с момента прекращения сердечной деятельности, дыхания и функционирования ЦНС и до момента, пока в мозгу не разовьются необратимые патологические изменения. В состоянии клинической смерти

анаэробный обмен веществ в тканях продолжается за счёт накопленных в клетках запасов. Как только эти запасы в нервной ткани заканчиваются, она умирает.

В обычных условиях продолжительность клинической смерти составляет не более 5-6 минут. Клиническая смерть в принципе обратима - современная технология реанимации позволяет в ряде случаев восстановить функционирование жизненно важных органов, после чего «включается» ЦНС, возвращается сознание. Однако в действительности количество людей, переживших клиническую смерть без серьёзных последствий, невелико: после клинической смерти в условиях медицинского стационара выживают и полностью восстанавливаются порядка 4-6% больных, ещё 3-4% выживают, но получают тяжёлые нарушения высшей нервной деятельности, остальные умирают. В ряде случаев, при позднем начале реанимационных мероприятий или их неэффективности, обусловленной тяжестью состояния пациента, пациент может перейти к так называемой «вегетативной жизни». Исходя из этого, становится понятным, как важно наиболее раннее начало оказания реанимационного пособия и его качественное проведение.

С практической точки зрения, сердечно-лёгочную реанимацию (СЛР) можно подразделить на 2 этапа:

1. **Basic Life Support** — основные реанимационные мероприятия (базовая СЛР или первичный реанимационный комплекс), которые могут проводить непрофессиональные спасатели (обученные добровольцы, пожарные, и другие) и медицинские работники.

Базовая СЛР — это обеспечение проходимости дыхательных путей (Airway), проведение искусственной вентиляции лёгких (Breathing) и непрямого массажа сердца (Circulation). По сути, базовая СЛР является начальным этапом оживления, когда спасатель нередко оказывается один на один с пострадавшим, и вынужден проводить реанимационные мероприятия «пустыми руками».

2. **Advanced Cardiovascular Life Support** — специализированные реанимационные мероприятия (специализированная, или расширенная СЛР), которые должен выполнять обученный и оснащенный соответствующим оборудованием и медикаментами медицинский персонал (служба скорой медицинской помощи, врачи отделения реанимации и интенсивной терапии).

Специализированная СЛР подразумевает последовательное выполнение тех же приёмов, что и при базовой СЛР, однако с использованием реанимационного оборудования, медикаментов, что и делает её существенно более эффективной.

Продолжительность клинической смерти определяется сроком, в течение которого высшие отделы головного мозга (подкорка и особенно кора) способны сохранить жизнеспособность в условиях гипоксии.

Первый срок клинической смерти длится всего 3-5 минут. Это то время, в течение которого высшие отделы головного мозга сохраняют свою жизнеспособность при аноксии (отсутствии снабжения органов, в частности — головного мозга кислородом) в условиях нормотермии. Вся мировая практика свидетельствует о том, что при превышении этого срока оживление людей возможно, но в результате наступает декортикация (гибель коры головного мозга) или даже децеребрация (гибель всех отделов головного мозга).

Но может быть и второй срок клинической смерти, с которым врачам приходится сталкиваться при оказании помощи или в особых условиях. Второй срок клинической смерти может продолжаться десятки минут, и реанимационные мероприятия будут весьма эффективны. Второй срок клинической смерти наблюдается, когда создаются особые условия для замедления процессов дегенерации высших отделов головного мозга при гипоксии или аноксии.

Если реанимационные мероприятия не проводились или оказались безуспешными, наступает биологическая или истинная смерть, которая представляет собой необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях.

Основные задачи, которые ставятся перед врачом СМП:

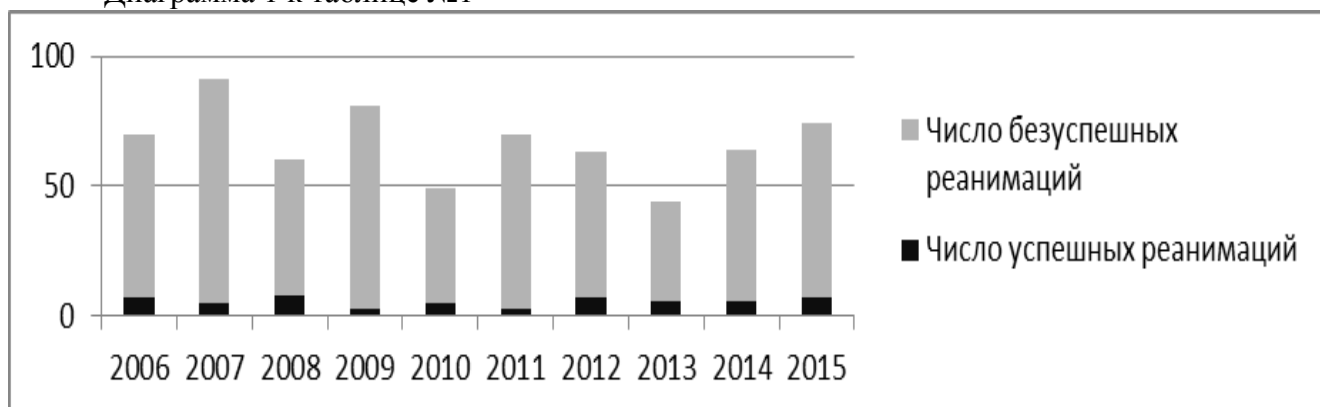
1. Верная оценка тяжести состояния больного или пострадавшего на момент осмотра и прогнозирование возможных осложнений.
2. Незамедлительное начало оказания реанимационного пособия больному в состоянии клинической смерти.
3. Лечение постреанимационного синдрома.
4. Экстренная госпитализация больных и пострадавших в реанимационное отделение МГБ №1 с предварительным уведомлением врача ПО.

Количество случаев успешных реанимаций в структуре безуспешных реанимаций и смертей больных в присутствии бригад

Таблица 1

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Число успешных реанимаций	7	5	8	3	5	3	7	6	6	7
Число безуспешных реанимаций	63	86	52	78	44	67	56	38	58	67
Умерло в присутствии бригад СП	26	22	13	24	21	16	28	19	21	31

Диаграмма 1 к таблице №1



За 10 лет врачами Норильской ССМП были осуществлены 57 случаев успешных реанимация и 609 безуспешных реанимаций.

В 68% безуспешных реанимаций бригады СМП проводили реанимацию, когда продолжительность клинической смерти превышала 6-5 минут, в случаях, когда смерть наступала на производстве, в общественных местах, при конфликтных ситуациях и если не знали, точное время наступления смерти.

Умерло в присутствии бригад СМП с 2006 года по 2015 год 211 больных и пострадавших, из них 121 человек (57%) от достоверно установленных неизлечимых заболеваний или последствий острой травмы, несовместимой с жизнью.

В 57 случаях (8,6%) из 666 случаев реанимационные мероприятия оказались успешными, это случаи, когда клиническая смерть больных наступила в присутствии специализированных бригад (реанимационных бригад – 50 случаях и кардиологических бригад - 7-х случаях).

Нозологии, ставшие причиной возникновения клинической смерти

Таблица 2

Нозология	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Сердечно-сосудистые заболевания – 30 случаев - 53%										
ОИМ, ОКС, ТЭЛА, ОНМК, ГБ 3ст.	3		3	1	4	3	3	4	4	4
ХСН в ст. декомпенсации									1	
Несчастные случаи – 12 случаев - 21%										
ЧМТ. УГМ				1						1
Травмы, повешение		1	1				1			
Отравления		1			1			1		
Наркомания, передозир	2	1								
Инородное тело ВДП							1			
Заболевания - 15 случаев - 26%										
СД, декомпенсация			1				1			
Акушерская патология									1	
ААС, судорожный с-м	1			1						1
Панкреонекроз	1	1	2							
Бронхиальная астма, ДН		1								
Пневмония ИТШ. ДН			1							1
Эпилепсия, ОГМ							1			
Кома								1		
Всего	7	5	8	3	5	3	7	6	6	7

Наиболее частой нозологией, послужившей причиной наступления клинической смерти, в 30 случаях - 53% были сердечно - сосудистые заболевания ОИМ, ОКС, ТЭЛА, ОНМК, ГБ 3ст., осложнившиеся фибрилляцией желудочков, отеком легких и отеком головного мозга.

На втором месте по частоте причины наступления клинической смерти явились несчастные случаи – 21% - 12 случаев.

Заболевания в стадии декомпенсации или с прогрессирующим неотложным состоянием составили 26% - 15 случаев.

Структура случаев успешной реанимации по полу и возрасту

Таблица 3

	до 40 лет		40-50 лет		50-60 лет		старше 60 лет		Всего УР
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
Число успешных реанимаций	5	6	11	4	15	9	2	5	57
2006г		3	1		2	1			7
2007г	1	1	1		1	1			5
2008г	1	1	1	1	3	1			8
2009г	1		1		1				3

2010г	1			1	1	2			5
2011г			2				1		3
2012г			2	1	1	1		2	7
2013г	1		1		3			1	6
2014г		1	1		1	2	1		6
2015г			1	1	2	1		2	7

Больные и пострадавшие по полу распределились так: 24 женщины (42%) и 33 мужчин (58%).

Возраст успешно реанимированных пациентов: 11 человек (19%) в возрасте до 40 лет, 15 больных (26%) в возрасте от 40 до 50 лет, 24 человека (43%) в возрасте от 50 до 60 лет и 7 больных (12%) старше 60 лет.

Реанимированные больные трудоспособного возраста составили 89% (51 человек).

При подготовке статьи был проведен подробный анализ каждого случая успешно проведенных реанимаций за 2006 - 2015 годы, так и без успешных случаев, при которых проводилась сердечно-легочная реанимация, и была обнаружена следующая закономерность: в 84% случаев были выявлены дефекты в описании проводимых мероприятий и недостаточно понятный порядок проведения СЛР. Сами врачи объясняли свои недочеты нехваткой времени, усталостью и как следствие снижением внимания.

В результате проделанной работы была разработана и внедрена форма Протокола проведения сердечно легочной реанимации, в которой были учтены все недочеты, допускаемые врачами в оформлении выездных карт.

По сути, эта форма Протокола проведения СЛР является приложением к карте вызова, поэтому в Протокол обязательно вносятся паспортных данных пациента и номер карты вызова, перечисляются этапы сердечно - легочной реанимации с указанием времени проведения пособия.

В удобной форме, в виде таблицы можно вносить время, название препарата который вводился (адреналин, кордарон, пропафол и т.д.) и, самое главное, отмечать эффективность проводимой СЛР.

Форма Протокола проведения СЛР прилагается.

Приложение к карте № _____ дата _____ 2016г.

Протокол проведения сердечно легочной реанимации

ФИО пациента _____

1. ____ ч ____ мин Определение признаков жизни.

Сознание (___) Дыхание (___) Сердцебиение (___) Пульс на бедренной (___), сонной (___) артерии

2. ____ ч ____ мин Восстановление проходимости дыхательных путей: Санация ТБД (___) Тройной прием Сафара (___) (причина, если нет (____)) S-воздуховод (___) Ларингеальный воздуховод IGEL (___) Интубация трахеи (___) диаметр трубки (____)

3. ____ ч ____ мин ИВЛ Мешок АМБУ (___) Аппарат ИВЛ (____) Частота (___) Vд (____)

4. ____ ч ____ мин Непрямой массаж сердца. Частота надавливаний в минуту (____)

5. ____ ч ____ мин Катетеризация вены: Центральной (____) Периферической (____)

Время	Препарат	Результат
-------	----------	-----------

__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.
__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.
__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.
__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.
__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.
__ час __ мин	р-р Адреналин 0,1%- __ мл, Дефибрилляция (____)	На ЭКГ – асистолия, ЭМД, ФЖ, ЖТ, ИВ ритм, синусовый Зрачки широкие, узкие. Фотореакция да нет. Дыхание отсутствует спонтанное. Пульс нет да.

6. __ ч __ мин ЭКГ ритм _____ ЧСС _____ Модель дефибриллятора _____)

Проведение СЛР:

Введенные лекарственные средства:	
Адреналин 0,1%- 1мл, всего __ мл; Атропин 0,1 %-1 мл, всего __ мл; Амиодарон 150 мг – 3мл (1 ампула), всего __ мг, __ мл; Магния сульфата 25%-10 мл, всего __ мл N2O _____ л Лидокаин 2% - 2 мл, всего __ мл; Листенон __ мл, всего __ мл Пропофол __ мл, всего __ мл	
Длительность реанимационных мероприятий: _____ минут	
Результат	Успешные реанимационные мероприятия _____ Констатирована биологическая смерть _____

ФИО врача: _____

ФИО 1 помощника _____

ФИО 2 помощника _____

Общие выводы:

1. За 10 лет врачами Норильской ССМП были осуществлены 57 успешных реанимация и 609 безуспешных реанимаций.

2. Реанимационные мероприятия оказались успешными, когда клиническая смерть больных наступила в присутствии специализированных бригад. В 57 случаях (8,6%) из 666 случаев реанимационные мероприятия оказались успешными в случаях, когда клиническая смерть больных наступила в присутствии реанимационных бригад – 50 случаях и кардиологических бригад - 7-х случаях. Все случаи, когда на тяжелых

пациентов выезжали не реанимационные бригады, объясняются их занятостью на других вызовах.

3. В 68% безуспешных реанимаций бригады СМП проводили реанимацию, когда продолжительность клинической смерти превышала 6-5 минут, в случаях, когда смерть наступала на производстве, в общественных местах, при конфликтных ситуациях и если не знали, точное время наступления смерти.

4. Возраст успешно реанимированных пациентов: 11 человек (19%) в возрасте до 40 лет, 15 больных (26%) в возрасте от 40 до 50 лет, 24 человека (43%) в возрасте от 50 до 60 лет и 7 больных (12%) старше 60 лет. Реанимированные больные трудоспособного возраста составили 89% (51 человек).

5. Больные и пострадавшие по полу распределились так: 24 женщины (42%) и 33 мужчин (58%).

6. Наиболее частой нозологией, послужившей причиной наступления клинической смерти, в 30 случаях - 53% были сердечно - сосудистые заболевания ОИМ, ОКС, ТЭЛА, ОНМК, ГБ 3ст., осложнившиеся фибрилляцией желудочков, отеком легких и отеком головного мозга.

На втором месте по частоте причины наступления клинической смерти явились несчастные случаи – 21% - 12 случаев.

Заболевания в стадии декомпенсации или с прогрессирующим неотложным состоянием составили 26% - 15 случаев.

7. Умерло в присутствии бригад СМП с 2006 года по 2015 год 211 больных и пострадавших, из них 121 человек (57%) от достоверно установленных неизлечимых заболеваний или последствий острой травмы, несовместимой с жизнью.

8. Бригады СМП обеспечены квалифицированными медицинскими кадрами и оснащены диагностическим и реанимационным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами в полном объеме для оказания на высоком уровне медицинской помощи больным и пострадавшим в МО город Норильск.

9. Внедрение в практику работы выездных бригад СМП Протокола проведения СЛР при оказании реанимационных пособий способствовало оптимизации рабочего времени, облегчило труд врачей и что, немаловажно, снизило количество замечаний от страховых компаний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Рекомендации Европейского совета по реанимации (ERC) 2010 года «Сердечно-легочная и церебральная реанимация (СЛЦР)».

2. Рекомендации АНА по СЛР от 2011 года по изменению порядка проведения сердечно-легочной реанимации с АВСДЕ на САВЕД.

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012г. № 950 «Протокол установления смерти человека».

4. Российский протокол сердечно -легочной реанимации для взрослых (Первичный и расширенный реанимационные комплексы).

5. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. №1113н «Стандарт скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти».

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Петрова Л.Н., Петров Е.В.

КГБУЗ «КССМП» г.Красноярска

Соматоформные расстройства – это психосоматические расстройства, проявляющееся различными жалобами при отсутствии объективных подтверждений наличия серьезного заболевания. Не стоит думать, что такие люди являются симулянтами, сами выдумывают проблемы, чтобы привлечь к себе внимание, на самом деле они действительно больны и нуждаются в квалифицированной помощи.

ПРИЧИНЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Основная причина появления соматических жалоб при соматоформных расстройствах – реакция психики на неприятные жизненные события, сложности, стрессы или какие-то конфликтные ситуации. Сами по себе такие жалобы не появляются. Если тщательно расспросить такого пациента о его жизни, проблемах, то можно найти «слабое место». У кого-то это будут проблемы на работе, у другого – измена жены (мужа). Многие пенсионеры, чьи дети живут отдельно и практически не проявляют интереса к судьбе родителей, страдают соматоформными расстройствами. Поэтому их походы по врачам, всевозможные обследования – своеобразная, хоть и неосознанная, возможность привлечь к себе внимание. Обострения соматоформных расстройств также провоцирует не физическая нагрузка или изменение метеорологических условий, а эмоционально значимые стрессовые ситуации.

Соматоформное расстройство может развиваться далеко не у всех людей. Переход эмоционального дисбаланса в соматические симптомы возможен у тех людей, которые не склонны выражать свои эмоции, которых в меру социальных или семейных традиций приучили «загонять эмоции внутрь». При сильных психологических проблемах непрореагированные эмоции, в свою очередь, выливаются в соматические симптомы. Семья, где любовь, поддержку, получает только больной ребенок, может тоже стать почвой для формирования соматоформных расстройств. Даже когда такие дети вырастают, они на подсознательном уровне усваивают, что внимание и любовь можно получить только тогда, когда ты больной. Поэтому сильные психологические стрессы у таких людей могут приводить к появлению различных заболеваний внутренних органов.

СИМПТОМЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Пациенты с соматоформными расстройствами могут предъявлять различные жалобы (на боли в области сердца, желудка, перебои в работе сердца, головные боли, резчайшие боли в животе), однако при осмотре, объективном обследовании каких-либо серьезных отклонений у них не обнаруживают. Ни доводы врачей, ни нормальные результаты исследований не способны разубедить таких больных в том, что у них нет тяжелых заболеваний.

Для лиц, страдающих соматоформными расстройствами, свойственна определенная демонстративность поведения. Они посещают различных врачей, требуют подтверждений серьезности своего заболевания, а если врач с ними не согласен, не находит отклонений в состоянии здоровья, то просто считают такого врача некомпетентным. Попытки подтвердить наличие серьезного заболевания занимают не месяц и не два, а могут длиться годами, поэтому люди, страдающие соматоформными расстройствами, со временем обходят множество врачей. Таких людей могут обвинять в симуляции, так же как и людей, страдающих маскированной депрессией, ведь все их жалобы ни чем не подтверждаются, однако у них действительно имеются отклонения, только не телесные, а психические. Их и можно выявить при тщательном расспросе, наблюдении за пациентом. Нарушения психической сферы могут проявляться в виде повышенной раздражительности, сниженного настроения, упадка физических и умственных сил, внутреннего напряжения, неудовлетворенности.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Согласно действующей сегодня классификации болезней, к соматоформным расстройствам относятся:

- соматизированное расстройство;
- недифференцированное соматоформное расстройство
- хроническое соматоформное болевое расстройство;
- ипохондрическое расстройство;
- соматоформная вегетативная дисфункция (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы);

СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО

Пациенты, страдающие соматизированным расстройством, могут жаловаться на преходящую потерю зрения, слуха или обоняния, различные неприятные ощущения по телу. Возможны жалобы на нарушения чувствительности в различных участках тела, нарушения координации и двигательные нарушения (полная утрата движений – паралич или частичная – парез). Также больные могут предъявлять различные жалобы, касающиеся основных систем организма. Со стороны сердечно-сосудистой системы больные могут жаловаться на боли в грудной клетке, появление одышки без нагрузки. Распространенными жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта при соматизированном расстройстве могут быть тошнота, рвота, боли в области живота, ощущение вздутия, переполнения живота, понос. Также возможны жалобы на нарушения мочеиспускания, учащенное мочеиспускание, обильные выделения из влагалища у женщин, неприятные ощущения в области половых органов. Описывая свои состояние, свои проблемы, больные их утрируют, нарочито расписывают. Боли в животе они могут описывать как ощущение надувающегося шара в животе, головную боль сравнивают с охватывающим лоб обручем. Соматизированное расстройство появляется в большинстве случаев после или на фоне психологического стресса. Течение данного расстройства, как правило, хроническое.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

Недифференцированное соматоформное расстройство врачи выставляют в том случае, если у больного имеются многочисленные устойчивые разнообразные жалобы, однако полностью они не вписываются в клиническую картину соматизированного расстройства.

ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО

При данной патологии пациенты жалуются на наличие стойких по расположению и интенсивности болей, появление которых невозможно связать с какой-либо патологией. Боли при хроническом соматоформном болевом расстройстве являются единственной жалобой, другие неврологические или вегетативные проявления отсутствуют. Боли мучительные, изнуряющие, возникают спонтанно, сами больные их связывают с патологией определенных органов и систем – сильнейшая боль в области желудка или сердца. Длительность болезненных явлений при хроническом соматоформном болевом расстройстве составляет от полугода и до нескольких лет.

ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Отличительной чертой ипохондрического расстройства являются выраженные опасения пациента по поводу наличия у себя тяжелого, неизлечимого заболевания, такого как злокачественная опухоль, тяжелая ишемическая болезнь и т. д. На этом фоне могут появляться различные фобии. Чаще всего они связаны с имеющимися жалобами.

Сочетание сниженного настроения с необоснованными страхами по поводу своего здоровья и сенестопатиями являются симптомами ипохондрической депрессии.

Если пациент жалуется на боли в области сердца, перебои в работе сердца, то чаще всего такие больные боятся, что у них имеется серьезная кардиологическая патология – порок сердца, ишемическая болезнь, инфаркт миокарда. Ипохондрическое расстройство может сопровождаться появлением жалоб со стороны пищеварительной

системы (болей в области кишечника, поносов или запоров), которые больные связывают с наличием злокачественной опухоли кишечника или желудка. Страх данной болезни толкает их вновь и вновь идти к врачам, обследоваться. Синдром раздраженного мочевого пузыря сочетается с болями внизу живота, страхом недержания мочи, боязнью удалиться далеко от дома, очутиться в таком месте, где не будет возможности воспользоваться мочевым пузырем.

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Отличительная черта соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы — наличие таких вегетативных симптомов как повышенная потливость, дрожание конечностей, покраснение кожи, сердцебиение и т.д. Помимо вегетативных симптомов при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы присутствуют различные неспецифические или изменчивые жалобы со стороны различных органов и систем. Это могут быть преходящие боли по телу, вздутие живота, чувство усталости, кашель, нарушения стула, мочеиспускания и другие. Как правило, появление таких жалоб пациенты связывают с наличием заболевания определенного органа или системы (желудка, мочевого пузыря, кишечника), которое подтверждается при объективном исследовании.

Кардиалгический синдром встречается наиболее часто среди соматоформных расстройств сердечно - сосудистой системы. Клинические проявления этой формы нарушений сердечной деятельности невротической природы отличаются чрезвычайным разнообразием. Это ноющие, колющие, пронзающие, жгучие, давящие, сжимающие, пульсирующие боли, как правило, изменчивые и сочетающиеся в различных вариантах; ощущения больных никогда не бывают однородными, хотя следует заметить, что часть больных испытывает стереотипно одни и те же симптомы. Локализация болевых ощущений при кардиалгическом синдроме – чаще всего область верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области. Иногда боли распространяются в левое подреберье и левую подмышечную область, иррадиируют в левое плечо, под лопатку и руку, изредка в ногу и сочетаются часто с ощущением онемения в них или гипертензией. Боли возникают в связи с эмоциональным напряжением и неловким резким движением, затрагивающим шейно-грудной отдел позвоночника, ребра и брюшной пресс. Они бывают кратковременными, мимолетными, но могут длиться часами, носить постоянный характер. Нередко боль в области сердца сопровождается ощущениями нехватки воздуха и отсутствием насыщения вдохом, переходящим на высоте невротического страха смерти в ощущение удушья, что расценивается больными как факт, несомненно подтверждающий у них признаки сердечной недостаточности или, по крайней мере, серьезного органического сердечного заболевания. В ряде случаев возникает внезапно вслед за эмоциональным напряжением и резким неловким движением острая пронзающая, простреливающая боль в грудной клетке не позволяющая больному совершать глубокие вдохи и полные выдохи, распрямить грудь. Напуганные «болью в сердце», испытывая страх возможной сердечной катастрофы, такие больные остаются десятки минут в том положении, в котором их застала боль, пока не приедут врачи скорой помощи.

Вообще же для больных с кардиалгическим синдромом характерно двигательное беспокойство, часто они не находят себе место, ажитированы, стонут и охают, нетерпеливо называют в скорую помощь или же мчатся к врачу в поликлинику. Жалобы больных сводятся к настойчивому перечислению отмеченных выше симптомов болевых и неприятных ощущений, причем во многих случаях они четко обозначают место боли пальцем.

Невротический страх смерти, испытываемый больным, можно распознать по тревожному взгляду, напряженному, перепуганному выражению лица, вегетативным

реакциям, всему поведению больного, в котором бросается в глаза суетливое беспокойство, переходящее в назойливость.

В то же время безапелляционное утверждение врача после беглого физикального обследования больного с соматоформными сердечно-сосудистыми нарушениями, в том числе с кардиалгией: «У вас ничего нет. Это нервное, возьмите себя в руки», - будет расценено последним как результат невнимательного или даже неквалифицированного отношения к нему как к больному.

При отвлечении внимания больные перестают на время испытывать «боли в сердце». Однако вслед за тревожными опасениями, направленными на сердечную деятельность, и фиксацией внимания на месте болезненных ощущений последние возникают вновь.

По мере развития болезненного состояния первичный страх смерти от заболевания сердца приводит к появлению вторичных страхов. Одна группа этих вторичных страхов имеет в своей основе стремление больных уклониться от таких действий, которые, по их мнению, могут ухудшить работу сердца. Часто это страх физических нагрузок, переохлаждения, перегревание, курение, употребление алкоголя и т.п. Другая группа страхов заставляет больных избегать ситуаций, в которых невозможно или затруднительно оказание экстренной медицинской помощи (нахождение в одиночестве в квартире, посещение кино, театра).

Многие больные систематически пользуются валидолом и даже нитроглицерином, несмотря на то, что эти препараты им мало помогают. В дальнейшем, убедившись на опыте в эффективности транквилизаторов (диазепам, рудотель, феназепам), пациенты включают их в состав небольшой аптечки, которую постоянно носят с собой.

У таких больных зачастую отмечается нарушение сна в связи со страхом уснуть и не проснуться. Положение в постели они занимают чаще на правом боку, сетуя на то, что на левом боку усиливается боль «в сердце» и не хватает воздуха.

Кардиалгический синдром часто выступает в обрамлении различных вегетативных расстройств: сердцебиения, учащения и углубления дыхания, лабильности вазомоторных реакций кожи, гипергидроза, в ряде случаев – дисфункции кишечника и мочевыделения.

Синдром нарушения сердечного ритма. Функциональные нарушения сердечного ритма при неврозах проявляются в виде тахикардии, брадикардии и экстрасистолии.

Учащенному сердцебиению, наиболее часто встречающемуся симптому, только в половине случаев соответствует объективно установленная тахикардия. В остальных случаях ощущение сердцебиения не сопровождается учащением пульса и другими объективно регистрируемыми изменениями сердечного ритма. Испытываемые больными субъективные ощущения сердцебиения - "сердце тревожно бьется в груди" или даже "сильно ударяется о грудную клетку", обычно носит крайне неприятный и мучительный характер и усиливается в покое, особенно в положении лежа. В этих случаях больные обычно плохо спят, так как не в силах отвлечься от неприятных ощущений в области сердца и переживаний фобического характера.

При невротической тахикардии число сердечных сокращений в минуту, как правило, не превышает 110 - 120 и связано с эмоциональным, а не физическим напряжением. Ускорение сердцебиения может носить перманентный и пароксизмальный характер. В последнем случае, проявляясь в структуре вегетативных симпатом - адреналовых и смешанных кризов, оно воспринимается больными особенно тяжело, так как сопровождается болевыми и другими неприятными ощущениями в области сердца, повышением артериального давления, ощущением онемения и похолодания конечностей, судорогами в них, нехваткой воздуха, тревогой и страхом смерти.

Замедление ритма сердечных сокращений (менее 60 в минуту) при неврозах встречается редко. Оно сочетается, как правило, с другими симптомами ваготонии: понижением артериального кровяного давления, головокружением, усилением саливации и перистальтики кишечника, покраснением кожи и ощущением жара, стойким красным дермографизмом и может проявляться перманентно и параксизмально. Больные испытывают ощущение замирания в области сердца, его остановки, нехватку воздуха, достигающую в ряде случаев ощущения удушья, тошноту и потливость. При ваго-инсулярных кризах отмеченные симптомы более выражены и сопровождаются интенсивным страхом смерти. Часть больных с невротической брадикардией, возникающей при аффективных состояниях, воспринимают ее как "ужасное сердцебиение", чем нередко вводят в заблуждение терапевтов, обнаруживающих при объективном исследовании противоположную картину.

Экстрасистолия, преимущественно желудочковая, встречается при соматоформных расстройствах сердечно - сосудистой системы в 3 - 5 % случаев у физически сильных лиц. Клиническая картина этой формы сердечной аритмии выражается в ощущениях толчков, перебоев в груди, легкого головокружения и нехватки воздуха с последующим приливом крови к голове. Напуганные ощущением остановки сердца, больные со страхом начинают прислушиваться к его работе. Особенно неприятные ощущения больные испытывают в положении лежа в постели или сидя в кресле, что вынуждает их тут же вскочить и принять вертикальное положение. Больные часто перепроверяют пульс. Зафиксировав мучительное ощущение замирания, остановки сердца, испытывая тревогу и страх смерти, больные теряют покой. Двигательная же активность обычно приводит к исчезновению или значительному сокращению числа экстрасистол, что способствует формированию у пациентов страха собственной постели, страха уснуть и не проснуться, выраженного кардиофобического синдрома. Положение в постели они занимают чуть ли не сидя. Больные настаивают на повторных электрокардиографических исследованиях, сетуя на то, что во время записи не было "перебоев" в области сердца. В ряде случаев на ЭКГ обнаруживаются экстрасистолы, обычно единичные желудочковые, без признаков поражения миокарда.

Сосудистая дистония. Артериальная гипертензия при соматоформных расстройствах сердечно - сосудистой системы характеризуется нестойкостью повышения давления, в основном систолического, в связи с эмоциональными реакциями и психотравмирующими обстоятельствами, плохой податливостью терапии традиционными гипотензивными средствами и хорошей от применения транквилизаторов и психотерапии, отсутствием характерных для гипертонической болезни изменений на глазном дне и ЭКГ. Редко систолическое давление превышает 150 - 160 мм.рт.ст., а диастолическое - 90-95 мм.рт.ст. Характерными симптомами являются раздражительность, утомляемость, общая слабость, нарушение сна, головная боль, боль в области сердца типа кардиалгии и нарушение сердечного ритма, чаще тахикардии. Жалобы больных на головную боль могут напоминать таковую при гипертонической болезни, однако в части случаев, указывая на пульсирующий характер боли, пациенты отмечают при этом шум и свист в ушах, давление в голове и сжатие ее типа "каска", появление тумана в глазах, "мушек", головокружение.

Пароксизмальное повышение артериального давления в структуре вегетативных кризов (симпато-адреналовых и смешанных) редко бывает продолжительнее 30 - 40 минут или часа и хорошо купируются внутривенным или внутримышечным введением диазепама. Повторение кризов, сопровождающихся пульсирующей головной болью и нарастающей тревогой, способствуют формированию у пациентов страха смерти от инсульта или инфаркта. Постоянное прислушивание к ощущениям, исходящим из сосудов и внутренних органов, перепроверка артериального давления при малейшем подозрении на изменение своего состояния приводит к тому, что нередко больные

достигают большой точности в прогнозировании у себя цифр артериального давления. В большинстве случаев они опасаются даже небольшого повышения давления, субъективно плохо перенося его, так как охвачены тревогой и страхом развития у них инсульта. Особенно страшатся больные таких симптомов начинающегося паралича, как онемение и слабость в конечностях, нередко находят их у себя, но чаще по типу чулок и перчаток. В отдельных случаях развивается картина истерического моно- или гемипареза.

Характерным для невротической артериальной гипертензии является сочетание различных функциональных сердечно - сосудистых нарушений, сопровождающихся психопатологическими феноменами фобии и ипохондрии.

Артериальная гипотония при невротических состояниях проявляется стойким снижением артериального давления до 105-90/6050 мм.рт.ст. При этом отмечается определенная лабильность цифр артериального давления и пульса, а также других вегетативных проявлений в зависимости от времени суток, температуры окружающей среды, положения тела больных, их эмоционального состояния. На фоне полиморфных симптомов, касающихся сердечно - сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем, выделяются жалобы больных на головную боль, головокружение, общую слабость. Головная боль (тупая, давящая), локализованная чаще в височных и лобно-теменных областях, обычно возникает к полудню, постепенно усиливаясь и сопровождаясь головокружением, пошатыванием при ходьбе, тошнотой, в ряде случаев рвотой. Перегревание, нахождение в душном, плохо проветриваемом помещении, езда в транспорте, особенно при многочисленных поворотах и ускорениях, способствует ухудшению состояния и даже появлению обмороков. Столь же характерны жалобы больных на ортостатические коллаптоидные состояния. Во многих случаях развивается страх потерять сознание, особенно в общественных местах, страх езды в транспорте.

ЛЕЧЕНИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Никакие обезболивающие, спазмолитические препараты, операции не способны вылечить пациента, страдающего соматоформным расстройством. Ведь в основе данного нарушения лежат отклонения в психической сфере, коррекцией которых и нужно заниматься. В идеале лечением подобного заболевания должны в содружестве заниматься психиатр и психотерапевт. Психиатр подбирает медикаментозное лечение, а задача психотерапевта – помочь пациенту пересмотреть свой взгляд на мир, на свою болезнь, семью, научиться жить в других условиях, помочь ему адаптироваться в обществе.

Из медикаментозных препаратов при соматоформных расстройствах применяют:

- Транквилизаторы (феназепам, элениум) — эти препараты обладают противотревожным, успокаивающим действием, помогают справиться с навязчивыми мыслями, страхами, повышенной мнительностью. Транквилизаторы рекомендуют назначать короткими курсами (до 1,5 недель).

- Антидепрессанты (циталопрам, флувоксамин, амитриптилин) устраняют сниженное настроение, эмоциональную заторможенность, способствуют повышению работоспособности.

- Нейролептики, обладающие противотревожным действием (сонапакс, труксал). К применению этих препаратов прибегают при неэффективности транквилизаторов, при выраженной тревоге, сочетающейся с возбуждением.

- Бета-блокаторы (атенолол, пропранолол) назначают для лечения вегетативных симптомов, таких как повышенная потливость, учащенное сердцебиение, дрожь.

- Препараты, стабилизирующие настроение (карбамазепин), могут назначаться при хроническом течении заболевания, наличии у пациентов выраженных перепадов настроения, при нарушениях вегетативной регуляции.

Лечение соматоформных расстройств должно проводиться длительно (не менее месяца), с постепенным переходом на поддерживающую дозу и плавной отменой препаратов. При кратковременном лечении и быстрой отмене препаратов симптомы заболевания могут быстро возобновиться.

СЛУЧАЙ МАССОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ В 2015 ГОДУ

Попова Е.А., Шиврина Т.Г., Рахманова Е.А., Укусникова К.Н., Зенков А.В.,
Попов А.А., Большакова М.А., Рахманов Р.М.

КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С. Карповича», Красноярск
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск

Цель работы: Анализ случая массового отравления метиловым спиртом в городе Красноярске в ноябре 2015 года.

Метиловый спирт - CH_3OH , простейший одноатомный спирт.

Синонимы: Метанол, Древесная нефть; Древесный спирт; Карбинол; Колумбийский спирт; Метилгидроксид; Моногидроксиметан.

Бесцветная, прозрачная, летучая жидкость с характерным "спиртовым" запахом. Смешивается во всех отношениях с водой, эфиром, этиловым и другими высшими спиртами. Хороший растворитель жиров, липидов, масел и других органических веществ. Легко воспламеняется от искр и пламени. Относительная плотность – 0,792, температура кипения 66,00 С (3, 4).

Применяется в производстве: фотопленки; различных аминов; поливинилхлоридных, карбамидных и ионообменных смол; при производстве красителей и полупродуктов; виде растворителя, в том числе и в лакокрасочной промышленности; для получения формальдегида; синтеза различных органических соединений, денатурированного этилового спирта; для производства уксусной кислоты, натриевой соли нитрилотриуксусной кислоты. В быту запрещены к продаже жидкости, содержащие метиловый спирт (1, 2), однако он встречается в несертифицированных жидкостях для омывателей стекол автомобилей и в жидкости для розжига (3, 4).

При попадании внутрь метанол быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, резорбция завершается в течение первого часа после приема яда. Смертельная доза составляет от 30 до 250 мл. Среднее значение смертельной концентрации яда в плазме взрослых составляет 1 г/л (3, 4).

Метанол как и этанол метаболизируется в печени идентичной группой ферментов (алкогольдегидрогеназа, альдегиддегидрогеназа), но при скорости, составляющей 1/7 - 1/5 скорости метаболизма этилового спирта. Метаболизм протекает по типу "летального" синтеза - с образованием более токсичных метаболитов: формальдегида, который в 33 раза токсичнее исходного продукта и муравьиной кислоты. Формальдегид частично связывается с белками, а частично окисляется до муравьиной кислоты (3, 4).

Формальдегид преимущественно воздействует на зрительный нерв, вызывая демиелинизацию нервных волокон. Муравьиная кислота ингибирует тканевое дыхание, а так же являясь кислотой приводит к ацидозу. Ацидоз при отравлении метиловым спиртом резистентный к коррекции(3, 4).

Клиническая картина отравления метиловым спиртом характеризуется триадой симптомов: расстройством зрения, болями в желудке и декомпенсированным метаболическим ацидозом; динамичностью и фазностью развития. Степень тяжести отравления всегда находится в прямой зависимости от выраженности ацидоза(3, 4).

Начальный период напоминает обычное алкогольное опьянение, но менее выраженное, чем при приеме аналогичных доз этилового алкоголя. Продолжительность может колебаться от 1-2 до 12 и более часов. Эта фаза отравления завершается глубоким сном, после которого пострадавшие чувствуют себя вполне удовлетворительно(3, 4).

Скрытый период или период мнимого благополучия наступает вслед за опьянением. Индивидуальные колебания бессимптомного (латентного) периода достаточно значительны от 6 до 44 ч, что соответствует метаболических превращений метанола в организме и до определенного предела (обусловленного буферным резервом КЩС) клинически никак себя не проявляет(3, 4).

Период выраженных клинических проявлений характеризуется внезапным появлением симптомов токсического гастрита (тошнота, повторная рвота, боли преимущественно в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки), расстройством зрения (мелькание мушек перед глазами, белая пелена перед глазами, яркие вспышки света, двоение в глазах, неясность видения, слепота, мидриаз, вялая реакция зрачков на свет или ее отсутствие), нарастают симптомы токсической энцефалопатии с головными болями и головокружением, психомоторное возбуждение, оглушенность и спутанность сознания, кома. При тяжелых интоксикациях быстро прогрессирует острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность. Наблюдаются такие осложнения, как токсическая миокардиодистрофия, гепатопатия, нефропатия, пневмония, острый панкреатит, отек легких и головного мозга. Поражения паренхиматозных органов наблюдаются нередко, но выражены они, как правило, весьма умеренно, не достигая степени острой печеночной или почечной недостаточности(3, 4).

Период последствий отравления.

Ведущим последствием отравления метанолом (у выживших пациентов) является полная или частичная атрофия зрительного нерва, энцефалопатия с астенизацией, психоорганический синдром(3, 4).

В отделение для больных с острыми отравлениями за последние пять лет с отравлением метиловым спиртом госпитализировано 52 человека. 2011 году 1 пациент, в 2013 году 3, в 2014 году 2, в 2015 году 46 человек. Пострадавшие употребляли внутрь в качестве алкоголя для достижения состояния опьянения: жидкость для омывателей стекол автомобиля (незамерзайка) - 8 человек; «жидкость для розжига» 1 человек; 43 человека, госпитализированных в период с 19.11.2015 г. по 28.11.2015 г. употребляли в качестве алкогольного напитка виски «Джэк Дэниэлс».

В результате массового отравления метанолом в г. Красноярске в ноябре 2015 года госпитализировано 43 пострадавших: 29 мужчин и 14 женщин. Социальный статус: 12 учащихся, 13 работающих, 18 официально не работающих.

Возрастная характеристика пострадавших:

до 18 лет	18 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
4	6	20	7	2	4

Все пострадавшие госпитализированы в период выраженных клинических проявлений, с экспозицией от одних до четырех суток, с отравлением средней степени тяжести – 6 человек, тяжелой степенью тяжести (генерализованной) - 37 человек.

Степень нарушения сознания: оглушение – 33 человека; оглушение сменяющееся психомоторным возбуждением и углублением расстройства сознания до сопор и кома, нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью - 4; сопор и кома на момент госпитализации – 6.

Пациенты доступные контакту предъявляли жалобы на тошноту, дискомфорт в эпигастрии, расстройство зрения (пелена перед глазами, вспышки света, снижение

остроты зрения), периоды затрудненного дыхания, чувство тяжести во всем теле, слабость, головокружение.

В лабораторных показателях у большинства пациентов обращали на себя внимание следующие изменения: лейкоцитоз без сдвига формулы, повышенный гематокрит, гипонатриемия, выраженный ацидоз (у 80% пострадавших рН ниже 7.24, с самым низким значением рН = 6.8), лактатемия до 15 ммоль/л, дефицит оснований от – 3 до – 28.

Проведено исследование крови и мочи методом газовой хроматографии на наличие спиртов, обнаружен пик метанола у всех больных с экспозицией до 3 суток.

Токсическая нейрооптикопатия диагностирована у 19 больных при осмотре консультантом офтальмологом.

У 17 пациентов имелись проявления токсической кардиомиопатии различной степени тяжести, которая проявлялась: в виде ишемических изменений на ЭКГ, без клинических проявлений; в ряде случаев отмечалась брадикардия до 50 уд. в минуту; в тяжелых случаях - шок.

Всем пострадавшим проведена антидотная терапия этиловым спиртом из расчета 2 г/кг в сутки (3), продолжительностью от 1 до 5 суток, форсированный диурез, коррекция декомпенсированного метаболического ацидоза введением 5 % гидрокарбоната натрия под контролем КОС крови, глюкокортикостероиды, индивидуальная посиндромная терапия, включающая респираторную поддержку и медикаментозную кардиостимуляцию норадреналином или допамином. Пациенты с нейрооптикопатией получали парабульбарное введение дексаметазона. Гемодиализ не проводился в виду отсутствия аппарата для проведения гемодиализа в отделении.

В результате проведенного комплексного лечения из 43 пострадавших от отравления метиловым спиртом:

1. Выписано в удовлетворительном состоянии – 32 пациента.
2. Трое пациентов выписаны с частичной атрофией зрительного нерва с формированием абсолютной центральной скотомы и снижением остроты зрения до сотых.

Таблица: некоторые клинические и лабораторные показатели у больных с атрофией зрительного нерва.

	Экспозиция	рН	Лактат	сознание
1 пациент	3 дня	7,04	3,9 ммоль/л	Легкое оглушение
2 пациент	1 день	7,12	15 ммоль/л	Оглушение сменяющееся возбуждением и угнетением сознания до сопор
3 пациент	3 дня	7,3	3,6 ммоль/л	Легкое оглушение

3. Одна больная выписана с полной потерей зрения, энцефалопатией, психоорганическим синдромом.
4. Число умерших в стационаре составило 7 человек. Процент летальности 16.2%, превышающий на 3.2% средний процент больничной летальности по России при отравлении метиловым спиртом вне массовых отравлений.

Таблица: некоторые показатели КОС и степени расстройства сознания у пациентов.

Степень нарушения сознания на момент госпитализации	Оглушение	Оглушение сменяющееся возбуждением и угнетением сознания до сопор или кома	Сопор-кома

Кол-во б-х	33	4	6
pH	7.04 - 7.32	6.8 - 7.12	6.8 – 6.9
Лактат	0.8 – 6.9 ммоль/л	11.2- 15 ммоль/л	11.4 – 18. 8 ммоль/л
BE	-3 до - 22	-17 до - 28.5	- 20 до – 28
Кол-во умерших	0	2	5
Слепота, психоорганический синдром	0	0	1

Сочетание выраженного ацидоза (рН ниже 7.0) с лактатемией выше 11.0 ммоль/л, является прогностически неблагоприятным в плане летального исхода при отравлении метиловым спиртом (3).

Выводы:

1. Развитие нейрооптикопатии с атрофией зрительного нерва не зависит от экспозиции, лактатемии, выраженности ацидоза.
2. Прогностически неблагоприятным в плане летального исхода является сочетание выраженного ацидоза с лактатемией.
3. Процент летальности превысил на 3.2% средний процент больничной летальности по России при отравлении метиловым спиртом.
4. Для проведения антидотной терапии и экстракорпоральной детоксикации при острых отравлениях необходима экстренная верификация яда с количественным определением его в биосредах.
5. Для оптимизации лечения больных с отравлением спиртами необходимо наличие аппарата гемодиализа.

Практические рекомендации при оказании помощи на дому:

Если больной в сознании и выполняет инструкции:

1. Промывание желудка до чистых промывных вод – если известно, что последний прием алкоголя был 6 и меньшее количество часов назад.
2. После промывания в зонд ввести 100 мл водки или 30 мл 96% этанола доведенного водой до 100 мл. Если прошло 6 часов с момента последнего приема алкоголя промывание желудка нецелесообразно, этанол в выше указанной дозировке пить.
3. В зонд ввести 200-500 мл раствора пищевой соды (2 столовые ложки на 1000 мл воды), остальной объем можно пить в дороге во время транспортировки.
4. Внутривенная инфузия 4% раствора соды 200 мл.
5. Внутривенное введение глюкокортикостероидов 1-5 мг/кг по преднизолону.
6. Обязательная внутривенная инфузия солевых изотонических растворов до 1000 мл во время транспортировки (15-20 мл/кг/час).

Если больной не выполняет инструкции, не контактен

1. Интубации трахеи
2. Введение желудочного зонда
3. Промывание желудка до чистых промывных вод – если известно, что последний прием алкоголя был 6 и меньшее количество часов назад. в зонд ввести 100 мл водки или 30 мл 96% этанола доведенного водой до 100 мл.
4. Внутривенное введение 30 мл 96% этанола на 400 мл 5% раствора глюкозы быстро капельно.
5. Внутривенное введение 4% раствора соды 200 мл.
6. Внутривенное введение глюкокортикоидов 5-10 мг/кг по преднизолону.

7. Обязательная внутривенная инфузия солевых изотонических растворов до 1000 мл во время транспортировки (15-20 мл/кг/час).

Литература:

1. Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23 мая 2000 г. N 4 "О запрещении использования стеклоомывающих жидкостей, содержащих метиловый спирт (метанол)"
2. Об усилении контроля за применением стеклоомывающих жидкостей. Письмо № 0100/2769-06-32 от 15 марта 2006 г. МЗиСР РФ, Федеральная службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
3. Федеральные клинические рекомендации «Токсическое действие метанола и гликолей (этиленгликоля). «ассоциация клинических токсикологов» . Президент Академик РАМН, доктор медицинских наук Е.А.Лужников. 2013 год. Одобрено: Главный специалист-токсиколог Минздрава России Ю.Н. Остапенко.
4. «Клиническая токсикология детей и подростков». Том 2, под редакцией д.м.н. профессора И.В. Марковой, д.м.н. В.В. Афанасьева, д.м.н., профессора Э.К.Цыбулькина. 1999 год. Издательство «Интермедика» Санкт-Петербург.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСМОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.

Радионов В.В., Прицан М.А., Петерсон Е.В., Титаренко О.М., Полищук В.Ю., Кишиневский М.В., Клак Н.Н., Борисенко К.А., Романович К.К., Головёнкин С.Е.
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона»,
ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Изучение клинической эффективности β -адреноблокаторов (БАБ) показало, что препараты этого класса способствуют уменьшению риска смерти больных инфарктом миокарда (ИМ). Это напрямую связано с положительным влиянием препаратов этого класса на уменьшения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и снижение артериального давления (АД). Важной фармакологической характеристикой БАБ является период полувыведения – основной фактор, влияющий на продолжительность действия препарата. В некоторых клинических ситуациях быстрое начало и малая продолжительность действия являются определяющими для выбора БАБ. Именно короткодействующие препараты предпочтительны для ЧСС и снижения АД у больных с острыми коронарными синдромами (ОКС). Единственным применяемым в настоящее время БАБ ультракороткого действия является эсмолол (бревиблок). Эсмолол относится к подгруппе кардиоселективных БАБ без внутренней симпатомиметической активности. Вызывая отчетливое снижение ЧСС и АД, его отрицательное влияние на сердечный выброс, повышение давление заклинивание легочных капилляров и общее периферическое сопротивление слабо выражено. Эсмолол получил признание в хирургической практике, но влияние на ЧСС и АД у пациентов с ОКС в течение первых часов его возникновения пока изучено недостаточно. Мы провели небольшой анализ нашего первого опыта применения эсмолола у больных с ОКС.

Материалы и методы: в исследование включены 29 больных с ОКС (23 мужчины и 7 женщин). Всем больным непосредственно перед госпитализацией производилась запись ЭКГ, измерялось АД и ЧСС. ОКС был определен у пациентов на основании характерных жалоб, изменений на ЭКГ и подтвержден в ряде случаев патологичным уровнем кардиальных маркеров. У 26 больных в дальнейшем был определен инфаркт миокарда (ИМ), у 3 – нестабильная стенокардия (НС). Возраст больных составил $59,1 \pm 12,5$ лет, время от начала заболевания $4,5 \pm 4,4$ часа. У всех

пациентов в анамнезе регистрировалось повышенное АД, у 4-х была язвенная болезнь желудка, 2-е имели сахарный диабет, 1 – хроническую обструктивную болезнь легких. Реперфузионная терапия выполнена 14 пациентам – 8 из них получили тромболитическую терапию, 6 – ангиопластику.

Исследуемые пациенты кроме стандартной терапии получали эсмолол по следующей схеме:

Болюс эсмолола в течение 5 минут в/венно в дозе 100 мг (в среднем 1,4мг/кг);

Инфузия эсмолола в дозе 0,1 мкг/кг/мин в течение 20 мин;

Увеличение скорости инфузии до 0,25 мкг/кг/мин (при отсутствии побочного явления) до достижения контрольного времени 90 мин.

На 90 минуте после начала инфузии эсмолола производилось измерение систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), вычислялось среднее артериальное давление (СрАД), производилась запись ЭКГ в 12 отведениях и определялась ЧСС.

Результаты: эсмолол достоверно снижал ЧСС к 90-й минуте инфузии у исследуемых больных (106.9 ± 21.8 vs. $79,9 \pm 21,8$; $p < 0.001$). Высокие дозы болюса эсмолола (1,4 мг/кг/5 мин, но не более 100 мг за одну инъекцию) не приводили к критическому снижению ЧСС (<40 ударов в минуту). Наиболее успешным контролем за ЧСС был во время инфузии эсмолола в дозе 25 мкг/кг/мин. Таким же успешным и безопасным было влияние эсмолола на цифры АД.

Эсмолол достоверно снижал САД у исследуемых больных ($138,3 \pm 28,7$ vs. $122,7 \pm 28,7$; $p = 0.002$), ДАД ($87,0 \pm 17,0$ vs. $77,7 \pm 9,7$; $p = 0.004$) и СрАД к 90-й минуте инфузии у исследуемых больных ($104,1 \pm 20,2$ vs. $92,7 \pm 11,2$; $p = 0.002$).

Таблица 1.

Влияние болюса и инфузии эсмолола на гемодинамические показатели (ЧСС, САД, ДАД, СрАД) у больных с ОКС к 90-й минуте от начала терапии

Показатель	Исходный этап(до введения эсмолола)			90 минута(после введения эсмолола)		
	М±σ	Min	max	М±σ	Min	max
ЧСС(уд/мин.)	106.9±21.8	84	170	79.9±11.7***	50	106
САД(мм.рт.ст)	138,3±28,7	90	210	122,7±15,1**	90	150
ДАД(мм.рт.ст)	87,0±17,0	60	150	77,7±9,7**	60	90
СрАД(мм.рт.ст)	104,1±20,2	70	170	92,7±11,2**	70	110
*- p<0.05						
**- p<0.01						
*** - p<0.001						

Заключение:

1. Введение эсмолола в рекомендуемых терапевтических дозах достоверно снижает ЧСС, САД, ДАД и СрАД у больных с ОКС до оптимального уровня.
2. Инфузия эсмолола в дозе 25 мкг/кг/мин отрицательно не влияет гемодинамику больного с ОКС.
3. Болюс эсмолола в дозе до 1,4 мг/кг/5 мин не приводил к критическому снижению ЧСС у больных с ОКС.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ СМП
Рожков С.П.
КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

Организация скорой медицинской помощи является одной из важнейших задач здравоохранения Российской Федерации, поскольку оказание скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе является одним из наиболее массовых видов медицинской помощи населению.

Название «Скорая медицинская помощь» свидетельствует о принципах работы учреждений службы скорой медицинской помощи – оказание помощи в короткий промежуток времени. Подразумевается также постоянная мобилизационная готовность к оказанию медицинской помощи, особенно в критических ситуациях. Понятие экстренности в медицинской помощи включает в себя срочное устранение всех неотложных патологических состояний, возникших непредвиденно, вызванных внешними и внутренними факторами, которые независимо от степени тяжести состояния больного требуют немедленной диагностической и лечебной деятельности.

Значение скорой медицинской помощи велико в связи с большой обращаемостью населения по поводу острых нарушений функций сердечно-сосудистой системы, травм у взрослого населения и внезапных заболеваний детей, особенно первого года жизни.

Оказание медицинской помощи в самые ранние сроки при несчастных случаях и внезапных заболеваниях является нередко решающим фактором для спасения жизни пострадавшего и больного или существенно влияет на продолжительность заболевания, временной нетрудоспособности и инвалидности. Кроме того, на современном уровне развития медицины своевременность оказания специализированной медицинской помощи при указанных состояниях имеет большое социальное и экономическое значение.

Работа в специализированной бригаде анестезиологии – реанимации является одной из самых сложных в практике бригад скорой медицинской помощи. Соответственно и требования, предъявляемые к уровню профессионализма врача реанимационной бригады, находятся на очень высоком уровне. Особенности медицинской практики на догоспитальном этапе являются следующие аспекты:

- ◆ экстремальность ситуации, требующая неотложных действий, часто выполняемых без должной диагностики из-за отсутствия необходимого времени;
- ◆ больные нередко находятся в крайне тяжелом, подчас критическом состоянии, требующем незамедлительных реанимационных действий;
- ◆ психологический контакт между врачом и больным нередко затруднен или полностью отсутствует из-за тяжести состояния, неадекватного сознания, болей, судорог, вегетативных расстройств;
- ◆ условия оказания помощи могут быть примитивными (помещение и пространство, освещение, наличие источников энергии, воды);
- ◆ характер патологии может быть разнообразен: механические, химические и электрические травмы, утопления, расстройства центральной нервной системы, дыхания, кровообращения, наружные и внутренние кровотечения и др.

Таким образом, врач специализированной бригады, как врач догоспитального этапа, должен иметь фундаментальные знания из различных областей медицины, объединенные практическим опытом. Он должен быть разносторонним специалистом; ему необходимы знания по неотложной терапии, хирургии, неврологии, травматологии, гинекологии, токсикологии. В современных условиях работы врачу также не обойтись без четких знаний прав больного и своей юридической ответственности за нарушение законодательства РФ.

Резюмируя показатели моей работы за отчетный период, можно сделать вывод – увеличение количества вызовов с 1,0% до 1,4% связано с увеличением больных с тяжелыми формами заболеваний и пострадавших при несчастных случаях, что привело к увеличению нагрузки с 4,57 до 6,72.

Среднее время пребывания на вызове сократилось с 57,6 до 56,9 за счет наличия современной аппаратуры, применения лекарственных препаратов, более слаженной работы медицинских работников в бригаде.

Высокий процент обслуженных вызовов составляют несчастные случаи, что объясняется профилем бригады анестезиологии – реанимации - до 39,5%, которые в большинстве госпитализируются, поэтому госпитализации составляют до 49,9%. Большой процент вызовов в общественное место - до 38,3%, что характерно для реанимационной бригады.

Высоким остается уровень травматизма в дорожно-транспортных происшествиях. Многие из пострадавших находились в состоянии алкогольного опьянения. Количество вызовов с летальным исходом высок (до 5,2%) до прибытия скорой помощи, в основном это пострадавшие в ДТП. Летальные случаи в присутствии бригады (до 0,8%) – это комы и заболевания сердечно-сосудистой системы.

За отчетный период произошло процентное уменьшение количества вызовов по поводу нарушений ритма (с 48,1% до 46,1%), гипертонии (с 6,2% до 4,1%), пневмонии (с 61,1% до 37,5%), что связано с передачей обслуживания таких поводов общепрофильным бригадам.

Но увеличилось количество вызовов по поводу стенокардии (с 25,6% до 28,4%), инфаркта миокарда (с 4,7% до 9,5%), ОНМК (с 44,0% до 49,2%), что связано с увеличением тяжелых проявлений данных заболеваний.

Большое количество вызовов к больным, злоупотребляющим алкоголем (до 6,3%), принимающим наркотики (до 21,9% среди отравлений), неадекватность поведения которых затрудняет обследование, скрадывает симптоматику основного заболевания. Часто больные негативны, вплоть до агрессии, что вносит дополнительные сложности в оказание помощи.

Серьезной организационной проблемой остается вопрос оказания медицинской помощи лицам без определенного места жительства, имеющим в подавляющем большинстве случаев массу запущенных хронических заболеваний и лишенным возможности обращений в поликлиники. В случаях обострения хронической патологии окружающими обычно производится вызов скорой помощи, в результате чего врач СМП сталкивается с тактической проблемой отсутствия показаний для экстренной госпитализации на фоне невозможности обследования и лечения больного в поликлинических условиях.

Обеспечение специализированных бригад аппаратурой и медикаментами осуществляется на достаточно высоком уровне, что позволяет оказывать экстренную помощь квалифицированно, с учетом последних достижений клинической медицины.

Работа врача скорой помощи требует не только хорошего знания теоретических вопросов, но и умения быстро принимать решения, от правильности которых нередко зависит жизнь пациента. Отмечается рост личных показателей уровня качества лечения – 0,99. Этому способствует – постоянное развитие теоретических навыков, изучение специализированной медицинской литературы, как на работе (между вызовами), так и в свободное от работы время. Несомненную пользу оказывают ежедневные планерные собрания, заслушивание рефератов, сообщений. Нельзя не упомянуть и о регулярно проводимых терапевтических конференциях, в которых принимают участие врачи стационаров, диагностических отделений, лабораторий. Посещение конференции, семинаров и лекций городского, краевого и Всероссийского уровней считаю для себя обязательным. В работе с больными часто применяю эти новые методики и активно внедряю данные методы среди медицинского персонала (врачей и фельдшеров)

подстанции. Регулярно провожу наставническую работу в коллективе среди молодых специалистов, во время рабочих смен оказываю консультации общепрофильным бригадам по телефону по вопросам оказания помощи и тактики ведения больных и пострадавших.

Исходя из анализируемой работы, можно сделать вывод, что основные задачи, поставленные перед бригадой анестезиологии – реанимации **ВЫПОЛНЯЮТСЯ**:

1. Оказание экстренной специализированной медицинской помощи, главным образом в основном тяжелому контингенту больных и пострадавших.
2. Квалифицированная экспресс-диагностика с использованием инструментальных методов.
3. Оказание помощи, лечение и профилактика осложнений в ранние сроки больным и пострадавшим.
4. Борьба с возникшими осложнениями.
5. Реанимационная и анестезиологическая помощь на месте происшествия.
6. Подготовка и транспортировка больного в стационар.
7. Ведение документации для осуществления преемственности в лечении больного.

Таким образом, созданная в нашем городе система организации специализированной медицинской помощи пострадавшим и больным, обуславливает снижение летальности как на догоспитальном этапе, так и в стационаре, а также сокращает процент осложнений и более быстрое восстановление трудоспособности.

Существующая политическая обстановка в России и мире заставляет все экстренные службы, в том числе и Скорую медицинскую помощь, быть в постоянной готовности к возможным террористическим актам, вероятность которых на крупных объектах и в местах массового скопления людей остается высокой.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Романенко А.М.

КГБУЗ «КССМП» г.Красноярска

Организация деятельности по контролю качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «КССМП» осуществляется в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 мая 2012 г. N 502н г. Москва, "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации", письмом министерства здравоохранения Красноярского края от 29.07.2011 № 02-12/11505 «Об организации работы развития служб качества медицинской помощи» и методическими рекомендациями «О порядке создания и развития служб качества медицинской помощи в медицинских организациях Красноярского края», письмом министерства здравоохранения Красноярского края от 05.05.2012 № 02-12/7986 «Об организации внутреннего контроля в медицинских организациях» и методическими рекомендациями «О системе управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в части контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в Красноярском крае и внутреннего контроля» от 16.12.2011 г.

Основные принципы в организации внутреннего контроля качества медицинской помощи, получившие развитие и дополнение в указанных нормативных

актах, были первоначально сформулированы и адаптированы для скорой медицинской помощи методическими рекомендациями лицензионно-аккредитационной комиссии администрации Красноярского края 1993 г. «Экспертная оценка службы скорой медицинской помощи», приказом управления здравоохранения администрации Красноярского края от 14.04.2002 г. № 184-орг. «Об утверждении Временного положения о системе управления качеством медицинской помощи на подстанциях (отделениях) скорой помощи в части ведомственного контроля на территории Красноярского края». Целью внутреннего контроля качества медицинской деятельности является обеспечение прав больного на получение медицинской помощи надлежащего качества и в полном объёме в соответствии с установленными стандартами, клиническими рекомендациями [протоколами] по оказанию скорой медицинской помощи и сложившейся клинической практикой. При проведении экспертных мероприятий решаются задачи по выявлению дефектуры и причин, приводящих к снижению качества медицинской помощи, принятие соответствующих управленческих решений и организация мероприятий, направленных на повышение качества медицинской услуги. Общие принципы организации и методических подходов в КГБУЗ «КССМП» в осуществлении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности установлены локальными нормативными актами: приказами «Организация системы внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «КССМП» № 21-пр. от 11.01.2016 г., «О организации деятельности врачебной комиссии КГБУЗ «КССМП» и её подкомиссий» № 22-пр. от 11.01.2016 г. Непосредственно контроль качества осуществляют главный врач, врачебная комиссия и её подкомиссии, заместители главного врача в соответствии с полномочиями и должностными инструкциями, заведующие структурными подразделениями и врачи, включённые в Реестр экспертов качества медицинской помощи КГБУЗ «КССМП». Ответственным координатором экспертной деятельности КГБУЗ «КССМП» приказом главного врача назначен заместитель главного врача по контролю качества медицинской помощи и клинико-экспертной работе. Контроль качества медицинской помощи осуществляется путём анализа конкретного случая оказания медицинской помощи, выборки случаев оказания медицинской помощи по критериям оценки деятельности того или иного структурного подразделения, нозологической формы, сравнительной характеристики уровней оказания помощи в зависимости от профильности бригады скорой медицинской помощи, подлежат обязательному контролю случаи летальных исходов, ятрогенных осложнений повторные вызова в течение суток, жалобы и обращения больных и их родственников, расхождения клинического и судебно-медицинского или патологоанатомического диагнозов. В соответствии с нормативными документами и выработанными в результате внутреннего экспертного опыта алгоритмами, внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по следующим целевым ориентирам: 1. оценка сбор жалоб и их интерпретация 2. оценка сбор данных анамнеза 3. медицинские мероприятия для диагностики заболевания 4. данные объективного осмотра 5. оформление и обоснование диагноза 6. сроки оказания медицинской помощи 7. преемственность в оказании медицинской помощи 8. достижение запланированного результата 9. оформление медицинской документации.

В КГБУЗ «КССМП» контроль качества осуществляется на трёх уровнях, в пределах соответствующей компетенции:

1. нулевой уровень контроля: компетенция врача скорой медицинской помощи общепрофильной бригады скорой медицинской помощи, фельдшера скорой медицинской помощи, врача-кардиолога, врача-невролога, врача-анестезиолога-реаниматолога группы анестезиологии-реанимации, врача-психиатра психиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи;

2. первый уровень контроля: компетенция заведующего подстанцией - врача скорой медицинской помощи, заведующего оперативным отделом - врача скорой медицинской помощи, старшего врача станции скорой медицинской помощи оперативного отдела, врача - клинического фармаколога, врача-эпидемиолога;

3. Второй уровень контроля: заместители главного врача по медицинской части работе, по контролю качества медицинской помощи и клинико-экспертной работе, по организационно-методической работе, заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом.

4. Третий уровень контроля: разбор наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения с выработкой и принятием решений по дальнейшей тактике оказания медицинской помощи в аналогичных клинических ситуациях, утверждение плана мероприятий и проведение в соответствии с ним комплекса профилактических, учебно-методических и организационных действий для устранения выявленных дефектов. Председателем экспертного совета является главный врач КГБУЗ «КССМП», членами: заместители главного врача по медицинской части, по контролю качества медицинской помощи и клинико-экспертной работе, по организационно-методической работе, по работе со средним медицинским персоналом, по кадрам, по экономическим вопросам, по хозяйственным вопросам и главный бухгалтер. Для работы на третьем уровне контроля качества медицинской помощи, с правом совещательного голоса, дополнительно могут привлекаться сотрудники кафедр ГОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», медицинские работники других лечебных учреждений, представители трудового коллектива учреждения, президент или представители МОО «АРСМП».

На I уровне контроля качества медицинской помощи проводится анализа карт вызова скорой медицинской помощи и иной медицинской документации в 100% случаев. Результаты экспертизы карт вызовов скорой медицинской помощи в рамках I уровня контроля качества медицинской помощи заносятся ежедневно в Журнал экспертной работы заведующего подстанцией - врача скорой медицинской помощи, допускается ведение журнала в электронном виде. На II уровне контроля качества медицинской помощи заместители главного врача по медицинской части, по контролю качества медицинской помощи и клинико-экспертной работе, по организационно-методической работе, по работе со средним медицинским персоналом проводят выборочный контроль качества скорой медицинской помощи, текущий и по законченным случаям по картам вызова скорой медицинской помощи и иной медицинской документации, а также при личном контакте с пациентами, анализируют клинико-экспертные ошибки, учитывают и анализируют выявленные дефекты, проводят анализ работы структурных подразделений по качественным показателям, обеспечивают оперативное управление действиями персонала, лично проводят не менее 50 экспертиз качества медицинской помощи (плановой и целевой) в течение квартала, включая случаи обязательной экспертизы, но фактически количество экспертиз в месяц составляет не менее 50. Все экспертные случаи в обязательном порядке оформляются в журнале экспертной работы. Кроме того, на II уровне контроля качества медицинской помощи изучается удовлетворенность пациентов качеством оказания скорой медицинской помощи с анализом полученных результатов.

Экспертные случаи, подлежащими 100 % контролю на всех экспертных уровнях:

1. летальные исходы во время выполнения вызова;
2. увеличение срока ожидания скорой медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 гг.;

3. острая сосудистая патология- ОИМ, ОКС, нестабильная стенокардия; остро возникшие нарушения ритма, ОНМК, шоки любой этиологии, менингококковая инфекция, корь, краснуха;

4. случаи вызова общепрофильными бригадами скорой медицинской помощи группы анестезиологии- реанимации;

5. повторные вызовы скорой медицинской помощи в течении суток;

6. жалобы больных и их родственников.

С учётом существующих на территории РФ методик экспертизы качества медицинской помощи и особенностей оказания медицинской помощи в КГБУЗ "КССМП», наиболее оптимальной на сегодняшний момент является использование технологии экспертной оценки уровня качества лечения (УКЛ). УКЛ – оценка, выраженная в цифровых данных от 0 до 1. Результаты контроля отражают качественные характеристики первичного осмотра, обоснованность диагноза, оценку объёма исследований, выявление сопутствующей и фоновой патологии, оценку выполнения набора лечебных мероприятий, оценку динамики состояния по окончании оказания скорой медицинской помощи и запланированного результата.

Кроме того, на всех уровнях внутреннего контроля качества медицинской помощи, разбираются и анализируются результаты ведомственного и вневедомственного контроля, в основном в связи с проверками качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями.

Наиболее типичные и часто встречающиеся дефекты, выявляемые по результатам внутреннего контроля и позволяющие уменьшить количество дефектов по результатам внешней контрольно-экспертной деятельности: дефекты ведения медицинской документации с необоснованным назначением медикаментозных средств, при написании сокращения названия препарата; отсутствие времени введения, концентрации, дозы лекарственного средства и кратность применения, в том числе и при однократном применении.

Дефекты, связанные с осмотром больного: жалобы изложены неполно, неподробно, без уточняющей характеристики каждой жалобы, не отражаются жалобы, связанные с сопутствующими заболеваниями; в анамнезе развития заболевания (*anamnesis morbi*) не указываются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику оказания скорой медицинской помощи, факторы, способствующие возникновению заболевания, отсутствуют сведения о предрасположенности (наследственности), ранее перенесённых заболеваниях, вредных привычках. Так же, при оценке данных анамнеза, не отражаются место, объём и результативность обследования и лечения по основному заболеванию до момента обращения за скорой медицинской помощью; в анамнезе жизни (*anamnesis vitae*) не систематизируется информация о ранее перенесённых и хронических заболеваниях, травмах и операциях, эпиданамнезе, гинекологическом анамнезе у женщин в необходимых случаях дифференциальной диагностики. Выявляются карты скорой медицинской помощи, в которых при травмах не указано время, причины и обстоятельства травмы, а также время обращения за первичной медицинской помощью, причины, по которым не обращался к врачу (касается криминальных, автодорожных, бытовых травм и несчастных случаев на производстве). Имеют место случаи оказания медицинской помощи, где не проводилась оценка непереносимости лекарственных средств, за исключением, когда эти данные получить невозможно.

У больных со средней степени тяжести и тяжёлым состоянием не всегда формулируется обоснование оценки тяжести состояния с необходимыми количественными и качественными характеристиками болезни. Заполнение карты

вызова скорой медицинской помощи и иных медицинских документов не разборчиво, наличие исправлений, неполные данные о больном: фамилии, имени, отчество; даты рождения; месте работы и должности, домашнем адресе, месте регистрации. В соответствии с внутренними локальными нормативными актами КГБУЗ „КССМП”, при необходимости передачи больного на амбулаторный этап оказания медицинской помощи, не всегда данные о вызове и больном передаются в поликлинику. При формулировке клинического диагноза, не всегда указываются при их наличии осложнения, фоновые и сопутствующие заболевания, при необходимости конкурирующий диагноз без сокращений. Выявляются факты, когда при оказании медицинской помощи не было взято информированное добровольное согласие, кроме случаев, когда состояние гражданина не позволяло ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно и при отказе больного от осмотра и лечения, отказ не оформлялся, в листе “Согласия/отказа на медицинское вмешательство” подпись ставил не сам пациент, а находящиеся на вызове третьи лица.

Результатом деятельности и организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ „КССМП” по итогам 2014-2015 гг. можно считать улучшение следующих показателей:

общее среднее количество выявленных дефектов, связанных с диагностикой и качеством оказания медицинской помощи, уменьшилось в 2,8 раза;

по совокупности проверенного количества карт вызовов скорой медицинской помощи количество дефектов оформления медицинской документации сократилось с 0,6 до 0,2 на одну учётную форму N 110/у "Карта вызова скорой медицинской помощи";

в 2,5 раза уменьшилось количество дефектов, связанных с управляемыми причинами смертности;

в 12 раз уменьшилось количество случаев оказания медицинской помощи, где не было взято информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств или отказ от видов медицинских вмешательств, включённых в перечень отдельных видов медицинских вмешательств.

ФЕНОМЕН ЗАМЕДЛЕННОГО ИЛИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО («NO-REFLOW») КРОВОТОКА. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ КАБИНЕТА РЕНТГЕН-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» В 2015г.).

Сучков А.А.¹., Терлеев А.А.¹., Шишонков А.В.¹., Радионов В.В.¹., Пелипецкая Е.Ю.²., Головенкин С.Е.².

¹КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г.Красноярск

²ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

Феномен «no-reflow» при проведении коронароангиографии наблюдается, когда эпикардальная артерия открыта, через нее протекает кровь, однако перфузии тканей не происходит. Определить данную ситуацию можно как снижение кровотока по классификации TIMI на I степень и более или как кровоток ниже III степени по классификации TIMI после успешной ангиопластики. Более точным определением феномена «no-reflow» является наличие кровотока по артерии менее I степени по классификации TIMI. Потенциальными механизмами, ответственными за развитие феномена «no-reflow», являются:

— дистальная эмболизация тромбами/микроэмболами;

- дистальная эмболизация фрагментами атеросклеротической бляшки;
- воздушная эмболия;
- гипотония;
- дисфункция клеток эндотелия;
- внутриклеточный и межклеточный отек, интралюминальная гематома;
- разрушение капилляров (у больных с ОИМ);
- наличие шунта из большой подкожной вены или. крупной ПКА при проведении атерэктомии (ротабляционной /направленной).

Способы предупреждения развития феномена «no-reflow»:

- удаление из проводникового катетера фрагментов атеросклеротических бляшек, которые могут попасть в него со стенок аорты при его проведении;
- использование дистальных защитных устройств при лечении диффузных поражений, поражений дегенеративных шунтов из большой подкожной вены или крупной ПКА,
- тромбэктомия, тромбоаспирация (при наличии тромба);
- у больных с острым коронарным синдромом (ОИМ, нестабильная стенокардия) - использование ингибиторов П₂/У₃а гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов и недопущение перераскрытия стента;
- адекватное активированное время свертывания крови;
- по показаниям - премедикация внутрикоронарным верапамилом, аденозином, нитропруссидом.

В 2003г. Американское общество коронарной ангиографии и вмешательств (SCAI) опубликовало Рекомендации относительно методов лечения феномена «no-reflow» в условиях рентгенооперационной.

При лечении феномена no-reflow осуществляются:

- механическая аспирация дистальных эмболов;
- лекарственная терапия: ввести через инфузионный катетер или через нейтральный просвет баллонного катетера для обеспечения доставки препарата к дистальному руслу:

- нитропруссид натрия (50—200 мкг болюсом, до общей дозы 1400 мкг),
- аденозин (18—24 мкг быстро болюсом, повторить 5—10 раз с быстрым болюсным «ведением» фшрастнора после каждого болюса аденозина),
- верапамил (болюсами по 100-250 мкг, до общей дозы 100—1250 мкг, при этом следует держать наготове временный стимулятор).

Все дозировки указаны для интракоронарного введения, при этом распространенным побочным эффектом является гипотония.

При остром коронарном синдроме наличие тромбов в коронарных артериях повышает риск дистальной эмболизации и развития феномена «no-reflow», особенно в случае крупных тромбов. Обычно, если в области поражения имеются мелкие тромбы, выполнение ЧКВ и стентирования при условии предварительного внутривенного введения ингибиторов тромбоцитарных гликопротеиновых рецепторов П₂/У₃а не сопряжено с большой опасностью. Однако при наличии большого тромба, особенно в крупной ПКА или огибающей ветви ЛКА, для предупреждения данного осложнения можно рекомендовать использование систем для тромбэктомии/тромбоаспирации (относительно отработанная методика) и/или дистальных/проксимальных защитных устройств.

Чрезмерное раскрытие стентов у больных с ОИМ сопряжено с высокой частотой ангиографического феномена «no-reflow», особенно если поражение исходно характеризуется отложением липидов, или надрывами бляшки, или диссекцией в области поражения. Другим потенциальным источником коронарных эмболий у больных, подвергающихся эндоваскулярным вмешательствам на коронарных артериях, является атеросклеротическое поражение аорты. Более чем в 50% случаев выполнения

ЧКВ при проведении проводникового катетера в него попадают фрагменты атеросклеротических бляшек со стенок аорты. Для предупреждения попадания атеросклеротических эмболов в коронарное русло следует тщательно промывать катетер и удалять их из него.

Дистальная эмболизация частицами бляшки при медленном или отсутствующем кровотоке в 10—15% случаев осложняет ЧКВ на шунте из большой подкожной вены. Это осложнение можно предотвратить путем использования дистальных защитных устройств (баллон/фильтр). Введение верапамила в шунт из большой подкожной вены до проведения вмешательства на нем может повысить скорость кровотока в сосуде по показателям TIMI.

Введение аденозина до процедуры не позволяет предупредить развитие феномена замедленного или отсутствующего кровотока. Но его можно безопасно и эффективно корректировать путем введения множественных, быстрых и повторяющихся болюсов по 24 мкг аденозина внутрь шунта.

Интракоронарное введение нитропрусида можно рассматривать как метод лечения феномена отсутствующего кровотока у больных с ОИМ. После введения препарата происходило значительное улучшение коронарного кровотока, значительное увеличение кровотока по классификации TIMI, причем серьезных побочных эффектов, помимо временной гипотонии, не было отмечено. Кроме того, в случаях феномена отсутствия кровотока при ЧКВ сочетанная терапия аденозином и нитропрусидом безопасна и обеспечивает более заметное увеличение коронарного кровотока, чем при внутрикоронарном введении только одного аденозина.

Внутриаортальная баллонная контрпульсация после восстановления кровотока по артерии способствует улучшению перфузии миокарда на тканевом уровне и сокращает выраженность феномена «no-reflow», вызванного микрососудистой обструкцией.

В 2015г. в КГБУЗ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» в кабинете рентгенохирургических методов диагностики и лечения(РХМДЛ) было проведено 229 ЧКВ с установкой стентов по поводу острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST на ЭКГ. У 20(8,7%) из них - наблюдался феномен «no-reflow». В качестве лечения в 12 случаях была применена тромбоаспирация, во всех случаях интрокоронарно вводились: ингибиторы тромбоцитарных гликопротеиновых П2/Уа рецепторов (интегрилин), жидкие нитраты (перлинганит). Во всех случаях удалось восстановить кровоток до TIMI II-III.

**СЛУЖБА САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Халиков У.М.

КГБУЗ «Енисейская районная больница»

Енисейский район является одним из отдаленных и больших по территории районов Красноярского края и занимает площадь 63000 км². Енисейская районная больница – это многопрофильная больница, которая расположена в районном центре – г. Енисейск. На территории района медицинскую помощь населению оказывают участковые больницы, сеть врачебных амбулаторий и ФАПы. Населенные пункты удалены от районной больницы на расстоянии от 90 – 380 км. Еще надо учесть, что от г. Енисейск через 60 км на севере заканчиваются федеральные дороги (зимой – зимние дороги, летом – на пароходе по р. Енисей – осуществляется связь населения с материком: Енисейск, Красноярск) и, соответственно, больные, нуждающиеся в неотложной и экстренной медицинской помощи по травматологической,

хирургической, акушеро-гинекологической, терапевтической (ОКС), неврологической (ОНМК), инфекционной профилям обслуживаются по линии санитарной авиации.

Основными функциями санитарной авиации являются:

- Оказание своевременной и качественной медицинской помощи, в соответствии со стандартами медицинской помощи, заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений при стихийных бедствиях и катастрофах.

- Осуществление своевременной транспортировки больных, нуждающихся в экстренной и специализированной медицинской помощи.

Больные транспортируются санитарной авиацией в основном в Енисейскую районную больницу, при необходимости, по показаниям, в перинатальный и первично-сосудистый центр г. Лесосибирск и специализированные больницы г. Красноярск (дети, роженицы, тяжелые больные и др.).

В Енисейском районе по линии санитарной авиации 1 врачебный и 2 фельдшерских штатов, соответственно работают 2 врача и 4 фельдшера по 0,5 ставок.

Оснащение санитарной авиации:

1. Медицинская сумка, оснащенная лекарственными препаратами для оказания догоспитальной медицинской помощи в полевых условиях.

2. Пульсоксиметр, тонометр, фонендоскоп, глюкометр.

3. Аппарат ЭКГ «Валента», соединенный с краевым консультативным центром по GPS связи.

4. Набор жестких складных и пневматических шин.

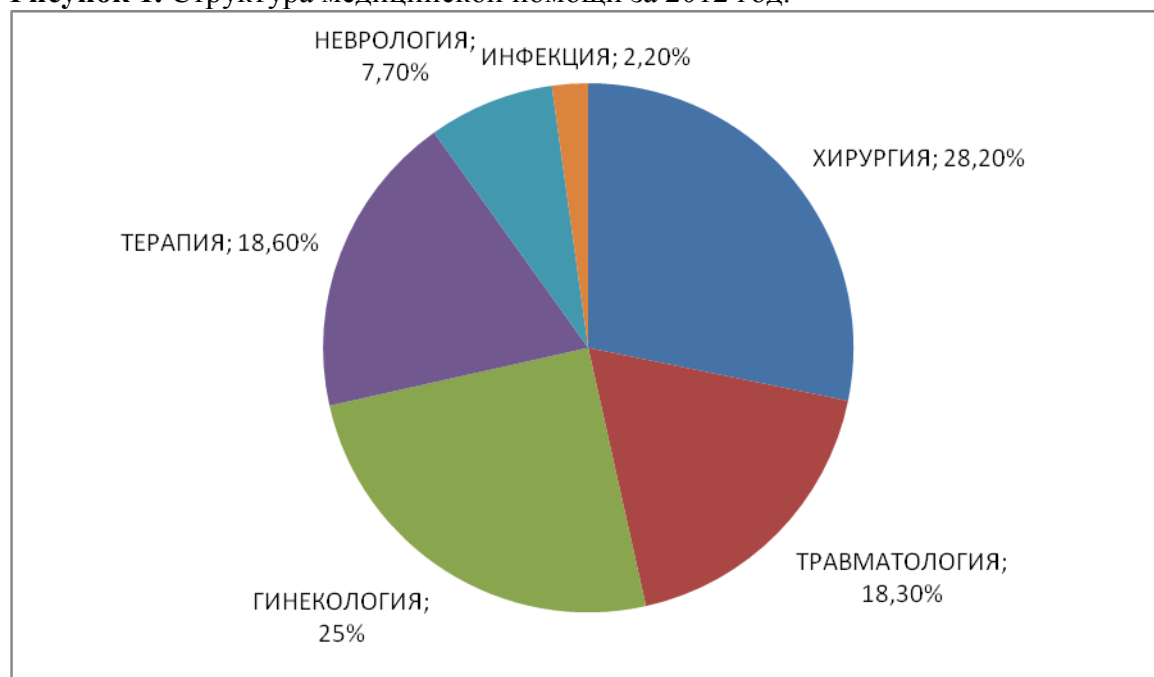
5. Набор для интубации трахеи, ларингеальная маска.

6. Кислородный баллон.

Таблица 1. Выполненные санитарные полеты по оказанию медицинской помощи жителям Енисейского района за 2012 – 2014 гг.

Годы	2012	2013	2014
Количество полетов	499	500	446
Количество вывезенных больных	599	587	515
	чел	чел	чел

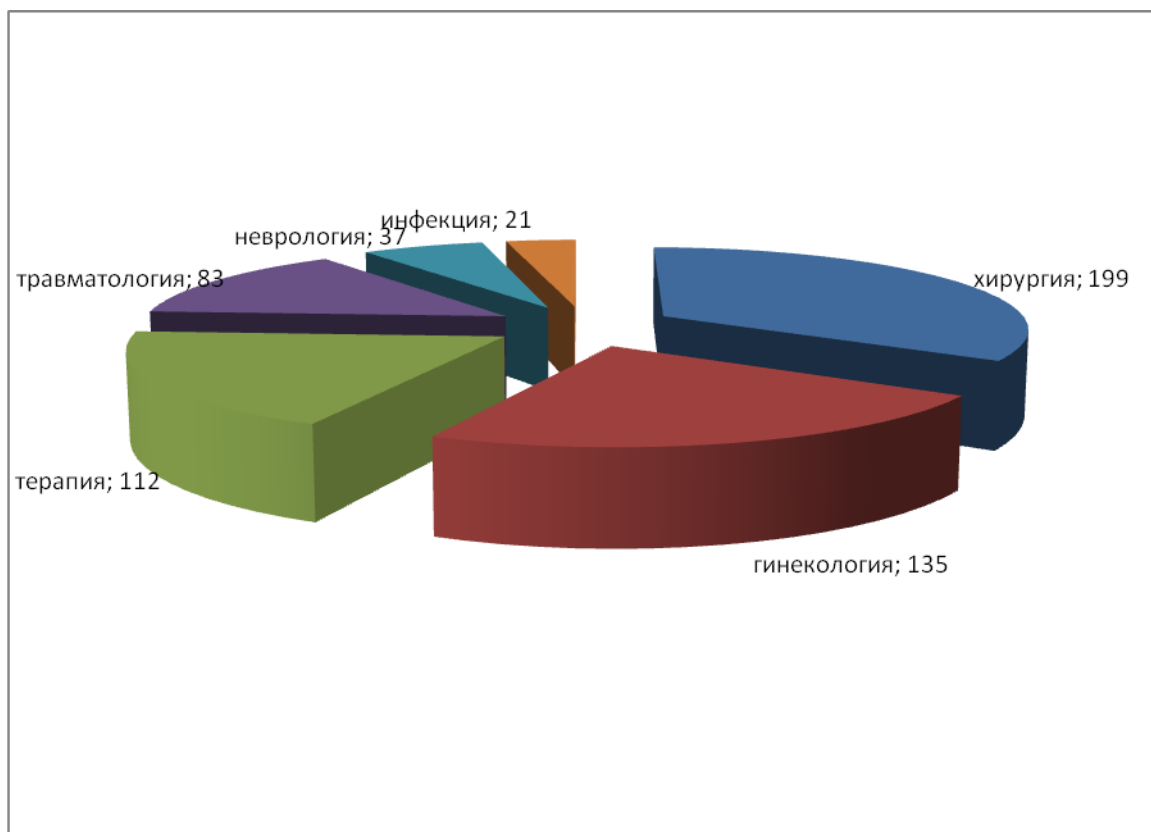
Рисунок 1. Структура медицинской помощи за 2012 год.



Как видно из рис.1, в 2012 году службой санитарной авиации наибольшее количество медицинской помощи была оказана больным с хирургической патологией (169 чел, 28,2%). Далее шли пациентки с гинекологическими нарушениями, которые составляли 150 чел (25%). Количество людей, получившие травмы различной степени и локализации – 109 чел (18,3%) и терапевтические больные 18,6% (n=111) были практически одинаковыми. Наименьшее количество больных было представлено неврологическими (47 чел, 7,7%) и инфекционными заболеваниями (13 чел, 2,2%). Среди вывезенных больных количество детей до 14 лет было 79 (13,2%).

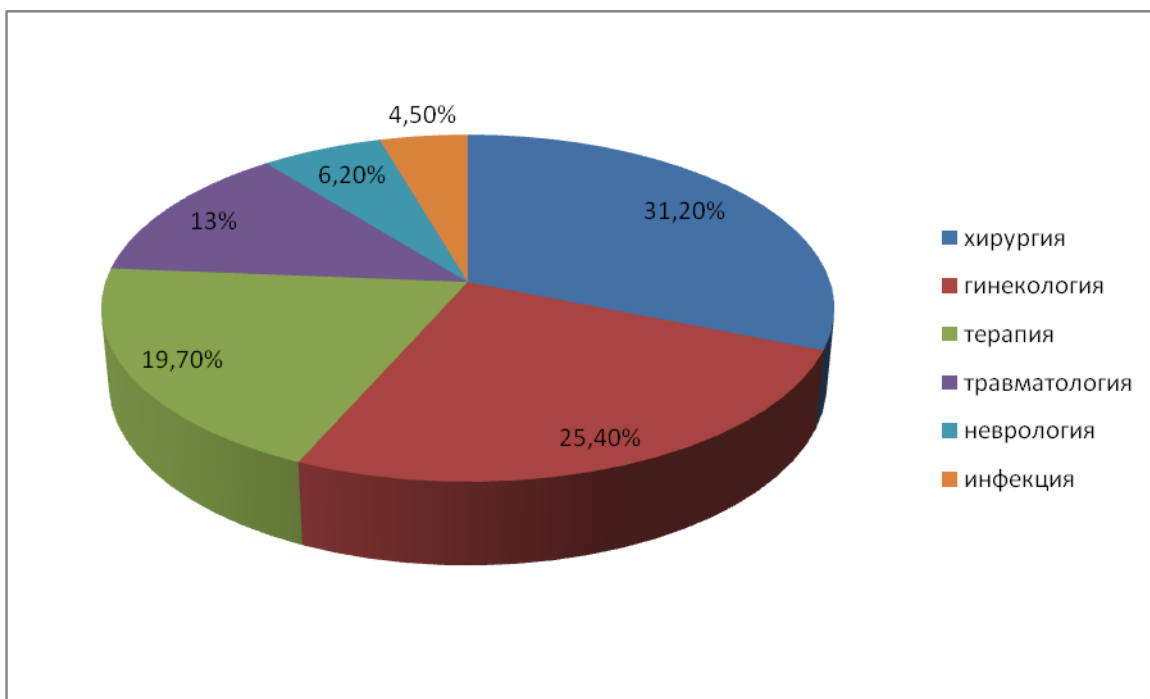
В 2013 году, как и в 2012, наибольшее количество пациентов приходилось на долю хирургических (199 чел, 33,9%) и гинекологических 135 чел, 23%) заболеваний. По остальным категориям больных также прослеживалась практически аналогичная, как в прошлом году статистика по заболеваемости (см. рис.2).

Рисунок 2. Количество вывезенных пациентов по линии санитарной авиации в 2013 году.



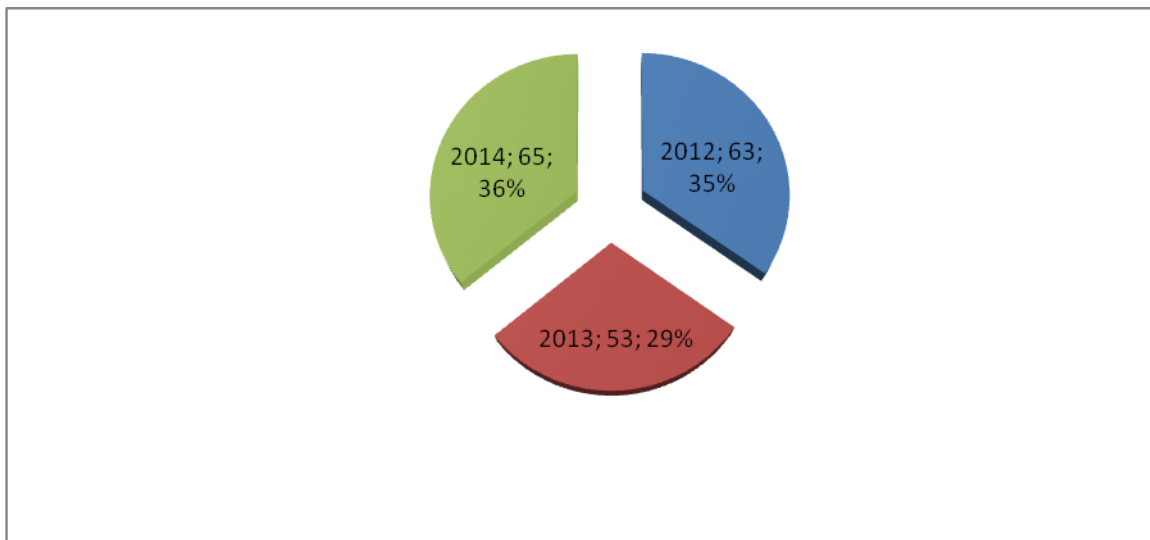
Как видно из табл.1 в 2014 году число полетов санитарной авиации было несколько уменьшено (на 10,8% - 2012 г. и 10,6% - 2013 г.), по сравнению с предыдущими годами, и составило 446 вызовов, а количество вывезенных пациентов было 515 чел, что на 12,2% и 14% меньше, соответственно 2012 и 2013 годам. Медицинская помощь, оказанная детям до 14 лет, в 2014 году, составляла 39 случаев (7,5%).

Рисунок 3. Медицинская помощь по линии санитарной авиации в 2014 году.



Кроме того, за 2012 – 2014 годы сотрудниками службы санитарной авиации Енисейского района Красноярского края принимались роды у 181 рожениц (рис.4).

Рисунок 4. Количество родов, осуществленных санитарной авиацией в 2012 – 2014 гг.



Таким образом, полученные результаты статистического анализа санитарных полетов позволяет считать, что санитарная авиация остается важным звеном в оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с различной патологией и их вывозе из отдаленных населенных пунктов Енисейского района.

В условиях санитарной авиации, впервые, успешно применена тромболизисная терапия (Пулолаза) двум больным с ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе в отдаленных населенных пунктах Енисейского района с последующей благополучной эвакуацией пациентов в районную больницу.

В заключение, еще раз хочется подчеркнуть, что в условиях обширной территории с отдаленными, труднодоступными населенными пунктами Енисейского района Красноярского края санитарная авиация является востребованным звеном в

оказании экстренной и неотложной медицинской помощи. Использование современных высокотехнологичных и эффективных лекарственных препаратов в жизнеугрожающих состояниях в полевых условиях свидетельствует о высокой квалификации медицинских работников.

ПОТРЕБНОСТЬ ВО ВНЕПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХСН

О.А. Штегман, П.В. Вырва, М.М. Петрова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, ректор – д.м.н., проф. Артюхов И.П.,
Красноярск

Ведение больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является высоко затратным во всех развитых странах. Так, по данным S. Stewart et al. [1] около 2% всего бюджета здравоохранения уходит на борьбу с ХСН. Принимая во внимание не прямые расходы государства, связанные с выплатой пособий, преждевременной смертностью, усугублением течения сопутствующих заболеваний, размеры затрат связанных с ХСН становятся еще большими. В США прямые и не прямые расходы на 1 млн. госпитализаций больных ХСН составляют 39,2 млрд долларов в год [2]. Большую долю расходов на лечение больных ХСН составляют внеплановые обращения за медицинской помощью, с том числе вызова скорой помощи и госпитализации.

Целью данного исследования явилось изучение частоты вызовов скорой медицинской помощи (СМП), дополнительных амбулаторных обращений среди стабильных больных ХСН, находящихся на амбулаторном лечении.

Материал и методы.

В исследование было включено 152 амбулаторных больных ХСН (из них 28% мужчины), не имевших признаков ухудшения клинического состояния на момент включения в исследование. Медиана возраста составила 69 лет. Исходно все пациенты подвергались электрокардиографическому и эхокардиографическому обследованию для подтверждения наличия ХСН в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению ХСН 2013 года [3]. Все больные были осмотрены кардиологом с целью коррекции проводимого лечения. Повторный опрос больных проведён через 6 месяцев. При опросе уточнялись случаи внепланового обращения за амбулаторной помощью, наличия вызовов СМП, госпитализации, а также потребность в усилении терапии. Проводилась оценка комплаентности с помощью опросника Мориски-Грина [4].

Полученные результаты.

Среди 152 больных 37 (24,3%) больных за 6 месяцев совершили дополнительные визиты к участковым терапевтам. Среднее количество дополнительных визитов к участковому терапевту составило 1,17 [95%ДИ: 0,69-1,65], при этом 4 (2,6%) человека нанесли один визит, 15 (9,9%) – 2 визита, 3 (2,0%) – три визита, один (0,66%) – 4 визита, 6 (3,9%) – шесть визитов, один (0,66%) – 7 визитов, один (0,66%) – 8 визитов, один (0,66%) – 10 визитов, три (2,0%) – 12 визитов, один (0,66%) – 14 визитов и один (0,66%) больной совершил 20 таких дополнительных визитов.

За 6 месяцев 40 больных (26,3%) вызывали СМП. Среднее число вызовов СМП на всех больных ХСН составило 0,48 [95%ДИ: 0,30-0,66], при этом один раз СМП вызывало 24 (15,8%) больных, два раза – 8 (5,3%) больных, 3 раза – 5 (3,3%) больных, 4 раза – 2 (1,3%) больных и один больной (0,66%) совершил 10 вызовов СМП. Среди

вызывавших СМП 37 (25,3%) пациентов были госпитализированы, из них 18 (11,8%) больных в связи с обострением ХСН.

Только 13 (8,6%) пациентов за 6 месяцев и вызывали СМП и совершали внеплановые визиты к терапевту. То есть, в целом из 152 амбулаторных больных ХСН испытывали необходимость во внеплановой медицинской помощи 64 человека 42%.

34 человека (23%) отметили, что за 6 месяцев у них проведено усиление медикаментозной терапии в виде увеличения дозы препаратов и/или количества принимаемых лекарств. 79 (52%) больных оказались недостаточно комплаентными к лечению. Однако проведение корреляционного анализа не выявило достоверной связи между комплаентностью и потребностью во внеплановой медицинской помощи.

Выводы:

1. Среди амбулаторных больных со стабильной ХСН за 6 месяцев около одной четверти вызывают скорую медицинскую помощь и приблизительно столько же больных совершают внеплановые визиты к участковым терапевтам. При этом приблизительно только каждый двенадцатый больной за этот период и вызывает скорую медицинскую помощь и наносит дополнительный визит к участковому терапевту.

2. Каждый четвертый амбулаторный больной со стабильной ХСН за 6 месяцев минимум однократно подвергается госпитализации, в половине случаев по причинам, не связанным с ХСН.

Литература

1. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK / S. Stewart, A. Jenkins, S. Buchan [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2002. – Vol. 4, № 3. – С. 361–371.
2. Heart disease and stroke statistics–2010 update: a report from the American Heart Association / D. Lloyd-Jones, R. J. Adams, T. M. Brown [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 121, № 7. – P. e46–e215.
3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Сердечная Недостаточность. 2013;14(7):379–472.
4. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med. Care. – 1986. – Vol. 24. – P. 67–74.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ЗА 2012-2014 г. в МИНУСИНСКОМ РАЙОНЕ

Шуманович А. М.

КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»

ССМП г. Минусинск.

Цель работы:

- проведение анализа качества и объема оказания экстренной медицинской помощи при ДТП на догоспитальном этапе;
- зависимость благоприятного прогноза для пострадавшего от своевременности доезда и качества оказания медпомощи.

Материалы: ретроспективный анализ 925 выездных карт скорой помощи г. Минусинска за 2012-2014г.г.

Одним из важнейших направлений приоритетного Национального проекта «Здоровье» является совершенствование организации медицинской помощи при

дорожно-транспортных происшествиях. Для реализации поставленных целей на ССМП решаются следующие задачи:

- обеспечение своевременности оказания медпомощи при ДТП;
- оптимизация приезда бригад на место вызова и уменьшение времени доставки пострадавших в ЦРБ;
- проведение интенсивной терапии, противошоковых, а иногда и реанимационных мероприятий в полном объеме на месте вызова и при транспортировке;
- срочная госпитализация в профильное отделение ЦРБ.

ДТП из всех внешних причин смерти является наиболее частым. При своевременном оказании медицинской помощи и грамотном ведении больного данный показатель можно существенно снизить. В целях улучшения качества оказания помощи пострадавшим в ДТП имеются стандарты, отработаны алгоритмы действия диспетчеров и выездных бригад, схемы оповещения всех экстренных служб, алгоритмы взаимодействия со стационаром.

Количество пострадавших при ДТП совершенных за анализируемый период составляет от 8,6 % до 9,6 % от общего количества всех несчастных случаев обслуженных ССМП за год.

Анализ вызовов и качества оказания экстренной медицинской помощи при ДТП на этапе скорой помощи представлен в таблице №1.

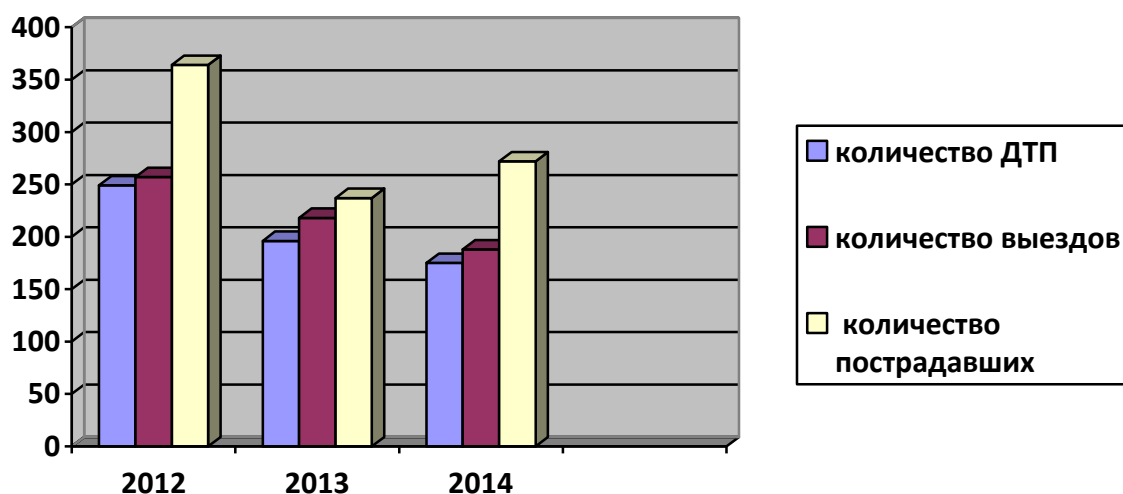
Анализ вызовов ДТП обслуженных ССМП г. Минусинска (2012 – 2014гг.)

Таблица №1

показатели	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего вызовов за год	35611		35382		34177	
Несчастные случаи	3764		3332		2999	
Количество ДТП	249	0,69	196	0,55	175	0,51
Количество выездов на ДТП	257	0,72	218	0,61	188	0,55
Количество пострадавших в ДТП	364	1,02	289	0,81	272	0,79
мужчин	231	63,4	186	64,3	110	40,4
женщин	97	26,5	71	24,7	139	51,1
В т.ч. детей до 18 лет	36	10,1	32	11,0	23	8,4
Умерших до приезда СМП	19	5,2	15	5,1	10	3,6
Смерти в присутствии СП	-	-	1	0,3	2	0,7

Отмечается снижение количества ДТП в 2013 году в сравнении с 2012 на 53, что составляет 21,2%. В 2014 году число ДТП уменьшилось на 21, что составляет 10,7%. Так же снизилось число пострадавших с 364 до 272 человек, что соответствует 25,2%. (рис.1)

Рисунок 1



Погибших в ДТП до приезда скорой в 2014 в сравнении с 2012 годом снизилось с 19 до 10 человек – на 52,6%. У всех погибших причина смерти - тяжелые политравмы, несовместимые с жизнью. Имеются пострадавшие, умершие в автомобиле СП, причины смерти те же. В 2014 году было 2 пострадавших, умерших при транспортировке в ЦРБ.

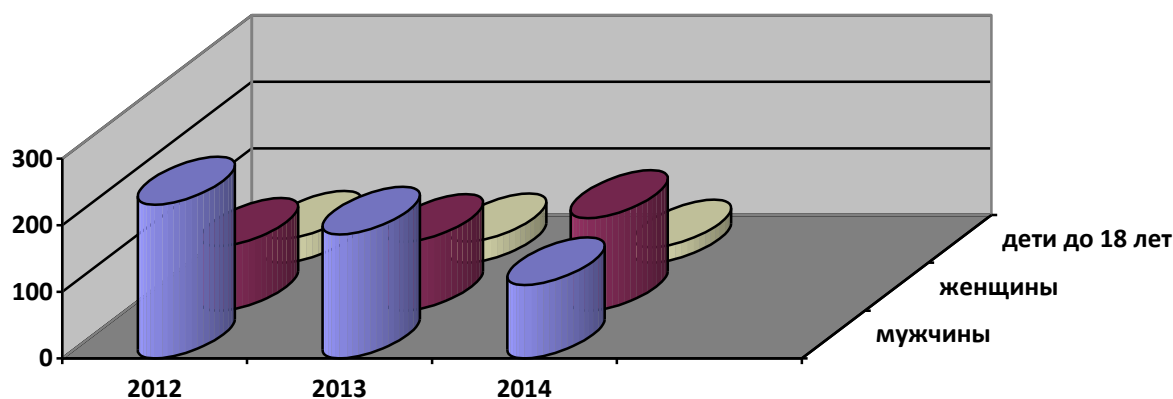
Непосредственными причинами гибели являлись:

- массивная кровопотеря;
- тяжелые травмы черепа;
- тяжелый шок.

По данным статистики, в первые 30 минут от них погибают до 12,5% пострадавших. При несвоевременном оказании медпомощи состояние больных усугубляется, и число погибших от данных причин увеличивается до 22,5%.

Количество пострадавших в ДТП мужчин значительно превышает женщин в 2012 году. Число мужчин составляет 63,46%, женщин соответственно - 36,54%. В 2013 году число обратившихся мужчин так же превышает женщин на 28,72%. В 2014 году число обслуженных пострадавших женского пола превышает мужчин на 19,12% (рис.2).

Рисунок 2



Среди пострадавших высок процент лиц, находящихся в алкогольном опьянении. Скорая помощь не проводит освидетельствования и не устанавливает степень опьянения. Но по субъективным косвенным признакам (запах алкоголя изо рта, манерность поведения, нарушение координации движений, скандированная речь и т.д.) выявлены следующие данные. За анализируемые 3 года число больных в алкогольном опьянении колеблется от 21,4 % до 38,9%.

**Наличие клиники опьянения у пострадавших
(2012-2014гг.)**

Таблица №2

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В алкогольном опьянении	97	38,9	42	21,4	51	29,1
Всего	249		196		175	

Наличие опьянения ухудшает диагностику состояния пострадавшего, так как они критически к себе не относятся, команды не выполняют. Особенно затруднена дифференциальная диагностика повреждений головного мозга в таком состоянии.

При анализе вызовов пострадавших по возрастному признаку следует отметить, что большинство больных относится к возрастной группе от 20 до 40 лет. Это наиболее трудоспособная и «мобильная» часть населения. Учитывая низкий выбор вакансий рабочих мест в г. Минусинске весомая часть трудоспособного населения приезжает на работу в соседнюю республику Хакасия в г. Абакан. Много студентов ВУЗов и колледжей так же приезжают на учебу в г. Абакан. Достаточно высокий процент пострадавших составляют дети до 10 лет - 20 человек в 2012 году (5,4%). Возрастная структура пострадавших в ДТП представлена в таблице №3.

Анализ обслуженных больных по возрасту (2012-2014гг.)

Таблица №3

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
до 5 лет	5	1,3	5	1,7	4	1,4
до 10 лет	15	4,1	10	3,4	10	3,6
11-20 лет	46	12,6	44	15,2	35	12,8
21-30 лет	131	35,9	89	30,7	89	32,7
31-40 лет	81	22,2	58	20,0	58	21,3
41-50 лет	34	9,3	16	5,5	29	10,6
51-60 лет	36	9,8	41	14,1	24	8,8
более 60 лет	16	4,1	26	8,9	23	8,8
Всего	364		289		272	

Проанализировав карты вызова по месяцам, отмечается значительное увеличение числа ДТП с апреля по октябрь. В данные месяцы количество случаев в 2-3 раза превышает число ДТП в зимние месяцы. Это связано с улучшением погодных и дорожных условий, что в свою очередь ведет к увеличению транспортного потока на дороге.

Анализ вызовов по месяцам 2012-2014 гг.

Таблица №4

	2012		2013		2014	
	абс	%	абс	%	абс	%
январь	9	3,6	13	6,6	3	1,7
февраль	6	2,4	8	4,0	2	1,1
март	7	2,8	5	2,5	9	5,1
апрель	20	0,4	13	6,6	11	6,2
май	25	10,0	18	9,1	14	8,0
июнь	26	10,4	15	7,6	23	13,1
июль	36	14,4	22	11,2	25	14,2
август	35	14,0	27	13,7	27	15,4
сентябрь	32	12,8	19	9,6	21	12,0
октябрь	28	11,2	24	12,2	13	7,4
ноябрь	13	5,2	17	8,6	15	8,5
декабрь	12	4,8	15	7,6	12	6,8
Всего	249		196		175	

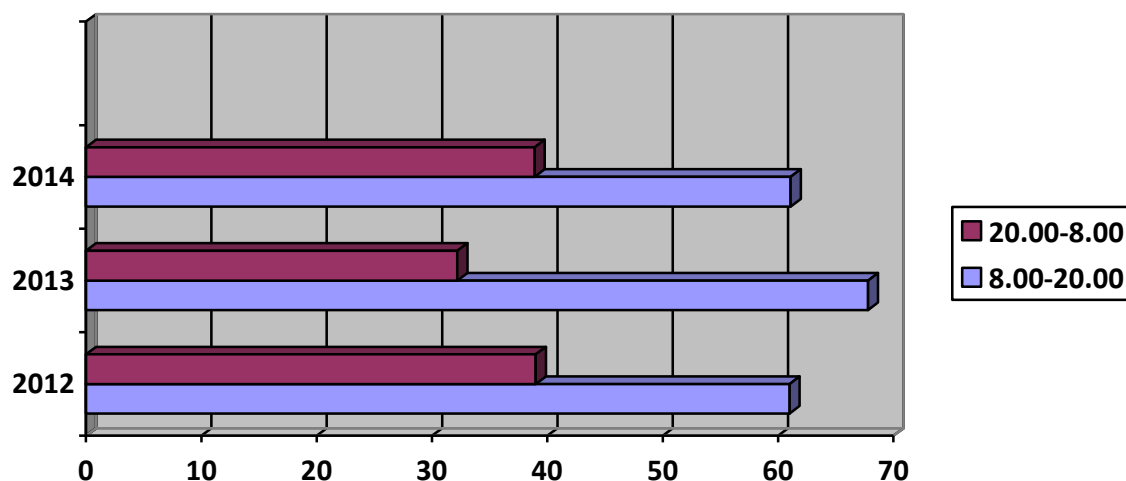
Анализируя вызова по времени суток отмечается значительное увеличение ДТП в темное время суток, а именно в период с 20-00 час. до 8-00 час. Это связано с плохой освещенностью улично-дорожной сети, отсутствием у пешеходов светоотражающих элементов на одежде, темные цвета одежды пешеходов, которые плохо различаются водителями.

Анализ вызовов по времени суток (2012-2014гг.)

Таблица №5

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
08.00-20.00	152	61,0	133	67,8	107	61,1
20.00-08.00	97	39,0	63	32,2	68	38,9
Всего	249		196		175	

Рисунок 3



При анализе карт по месту происшествия, очевидно, что преобладают ДТП совершенные в самом городе Минусинске. В общей доле вызовов они составляют от 53,8 до 57,7%. На втором месте – ДТП на федеральной трассе М54 «Енисей». Они составляют от 17,2 до 20,0%. Несколько ниже показатели на дорогах местного значения и в селах Минусинского района.

Место ДТП (2012-2014гг.)

Таблица №6

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
г. Минусинск	134	53,8	112	57,1	101	57,7
село	27	10,8	21	10,7	23	13,1
Федеральная трасса М54	43	17,2	34	17,3	35	20,0
Дороги местного значения	45	18,2	29	14,7	16	9,2
всего	249		196		175	

Скорая помощь г. Минусинска кроме самого города обслуживает все населенные пункты Минусинского района, прилегающие к ним дороги и Федеральную трассу М54 «Енисей». Радиус обслуживания 70 километров. Это значительно удлиняет время прибытия к месту ДТП. Оперативность прибытия бригады к месту ДТП представлена в таблице № 7.

**Оперативность прибытия бригады к месту ДТП.
(2012-2014гг.)**

Таблица №7

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 10 мин.	145	58,2	117	59,6	106	60,5
11-20 мин.	70	28,1	37	18,8	40	22,8
21-40 мин.	30	12,0	40	20,4	28	16,0
41-60 мин.	4	1,7	2	1,2	1	0,7
Свыше 60 мин.	-	-	-	-	-	-
Всего	249		196		175	

Из представленной таблицы видно, что к большинству пострадавших бригады прибывают в течении 10 минут с момента вызова. Данные вызова составляют от 58,2 до 60,5%. Во всех случаях, где время доезда составляет от 40 минут и выше, пострадавшие находятся в отдаленных населенных пунктах или на федеральной трассе М54 на границе с Шушенским районом. Так же время доезда удлиняется при неблагоприятных дорожных условиях: обледенение дороги, снежные наносы, ремонтные работы и т. д. Правило «золотого часа» соблюдено практически во всех случаях.

**Анализ пострадавших, направленных на госпитализацию
(2012-2014 гг.)**

Таблица №8

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
доставлено	215		201		177	
госпитализировано	74	100	119	100	69	100
Из них:	11	14,8	13	10,9	12	17,3
В ИТАР						
В травматологию	58	78,3	76	63,8	53	76,8
В хирургию	5	6,7	3	2,5	4	5,7
Проведено ПХО	35		27		27	
Отказались от госпит.	6		9		13	
На амбулаторное лечение	100		73		68	
Оставлены на месте аварии	130		72		83	
Умерли при транспортировке	-		1		2	
Умерли до приезда скорой	19		15		10	
Всего	364		289		272	

За 3 года доставлено в ЦРБ 593 пострадавших, что составляет 67,5% от числа обслуженных. Из них госпитализировано 262 человека – 44,1%. В реанимационное отделение – 36 пострадавших – 13,7% с тяжелыми сочетанными травмами, осложненные травматическим шоком, больные с тяжелым повреждением головного мозга в коматозном состоянии.

В травматологическое – 187 больных – 71,3% с переломами трубчатых костей, с черепно-мозговыми травмами, с множественными травмами.

В хирургическое отделение – 12 больных – 4,5% с повреждением внутренних органов, с тупыми травмами живота.

В г. Минусинске нет отдельного травмпункта, поэтому все пострадавшие с легкими переломами конечностей и ранами доставляются в ЦРБ, особенно в вечернее и ночное время. В приемном покое ЦРБ была проведена ПХО ран и наложены гипсовые повязки 89 пострадавшим – 15%, после чего они отправлены к травматологу поликлиники на долечивание.

Отказались от госпитализации 28 доставленных – 4,7%.

151 больному – 25,4%, доставленному в ЦРБ, после проведенного обследования и осмотра узких специалистов диагноз ЗЧМТ и перелом был снят и больные направлены на амбулаторное лечение.

Структура травм по нозологии (2012-2014 гг.)

Таблица №9

Виды травм	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повреждение костей черепа	4	1,0	11	3,8	4	1,4
Повреждение головного мозга (ЧМТ)	101	27,7	104	35,9	70	25,7
Повреждение костей конечностей	53	14,5	36	12,4	39	14,3
Повреждение костей таза	2	0,5	4	1,3	8	2,9
Повреждение грудной клетки	8	2,1	9	3,1	12	4,4
Повреждение позвоночника	7	1,9	14	4,8	13	4,7
Повреждение внутренних органов	14	3,8	7	2,4	5	1,8
Ушибы, раны	154	42,3	88	30,4	93	34,1
Сочетанные травмы	21	6,2	16	5,9	28	10,7
Всего	364		289		272	

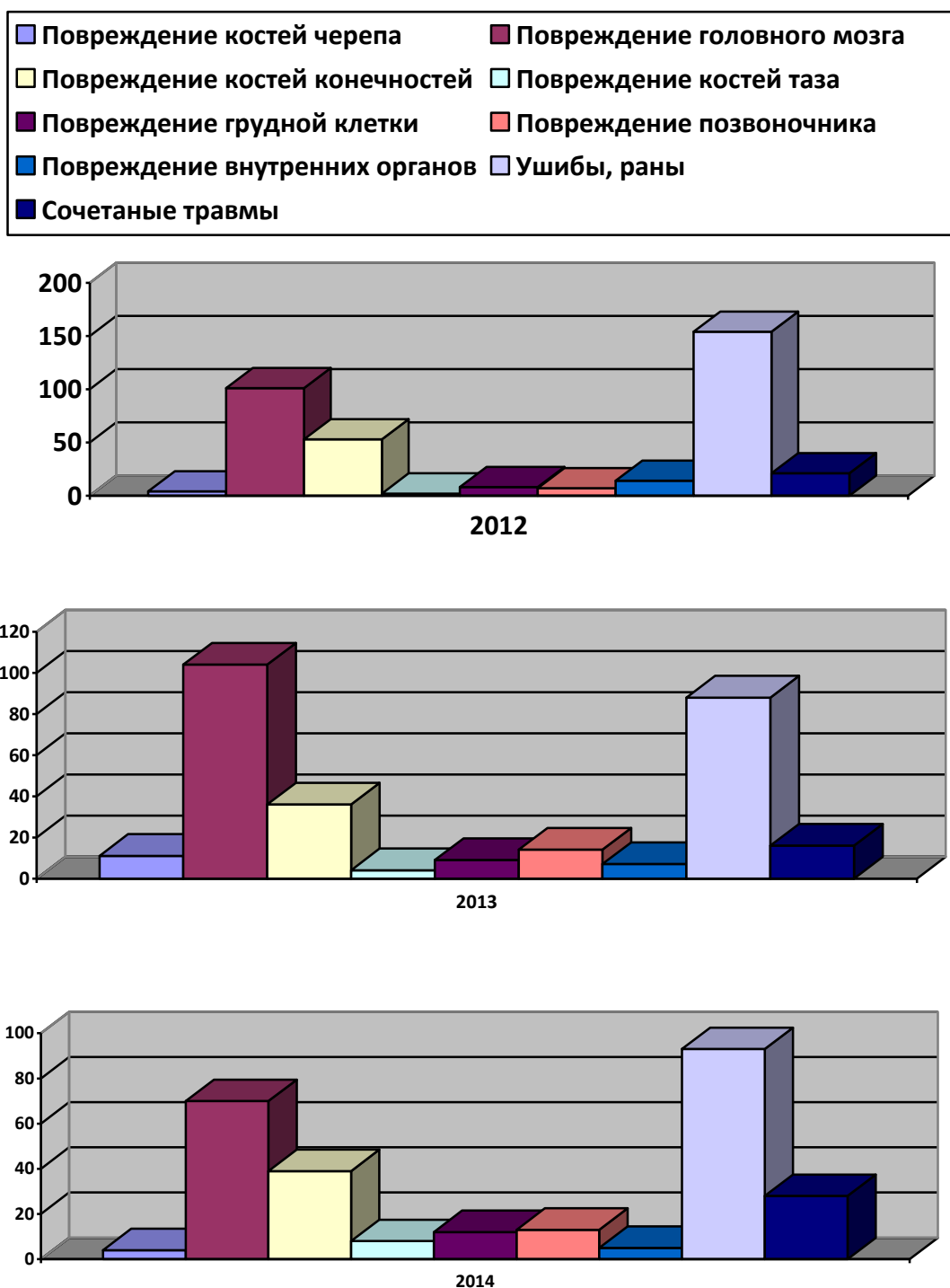
Из представленной таблицы видно, что наибольшее число пострадавших составляют больные с повреждением головного мозга. На протяжении 3 лет данный показатель составляет от 25,7 до 35,9%. На втором месте – повреждение костей конечностей от 12,4 до 14,5%. Меньше всего пострадавших с повреждением костей таза до 2,9% и повреждением костей черепа – до 3,8%.

Значимыми являются показатели пострадавших с сочетанными травмами. Данные больные составляют от 5,9 до 10,7%. Эти больные наиболее тяжелые и составляют основной процент госпитализированных в реанимационное отделение ЦРБ.

Высокий процент составляют пострадавшие с легкими повреждениями (ушибы, раны). Данные больные составляют от 30,4% до 42,3% в 2012 году.

У 113 больных (12,3% случаев) допущена гипердиагностика ЗЧМТ, СГМ. Большинство из этих больных находилось в алкогольном опьянении, либо имела место сочетанная травма.

Рисунок 4



При поступлении вызова на ДТП диспетчера стараются направить на обслуживание вызова бригаду интенсивной терапии или врачебную бригаду. Так как укомплектованность медицинскими кадрами на ССМП г. Минусинска низкая, часть вызовов с ДТП обслужена фельдшерскими бригадами.

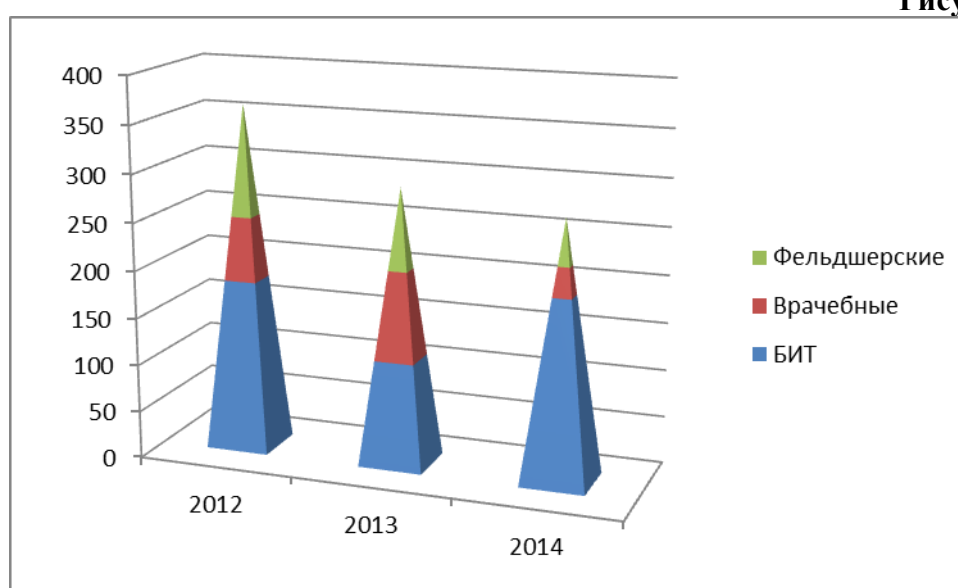
Структура бригад выезжающих на ДТП (2012-2014 гг.)

Таблица №10

	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
БИТ	180	49,4	111	38,4	192	70,5
Врачебные	67	18,4	93	32,1	31	11,3
Фельдшерские	117	32,2	85	29,5	49	18,2
Всего	364		289		272	

Из таблицы видно, что большинство пострадавших обслужено БИТ-бригадами, от 38,4% в 2013 году до 70,5% в 2014 году. Выезда врачебных бригад составляют от 11,3% до 32,2%. Фельдшерские вызова составляют от 18,2% до 32,25%. Если при приеме вызова диспетчером известно, что пострадавших несколько, то на место ДТП выезжают БИТ – бригада и фельдшерская одновременно.

Рисунок 5



Тяжесть состояния пострадавших оценивалась по внешним признакам (психомоторное возбуждение, признаки ОДН, общемозговой симптоматики, бледность кожных покровов и т.д.).

Медицинская помощь пострадавшим оказывалась согласно алгоритму оказания помощи на догоспитальном этапе и стандартам в зависимости от ведущего синдрома и степени тяжести состояния.

При повреждениях легкой и средней степени тяжести были использованы наркотические и ненаркотические анальгетики, транспортная иммобилизация поврежденной конечности.

При сочетанных травмах, при тяжелых повреждениях, осложненных шоком, проводились противошоковые мероприятия:

- остановка наружного кровотечения наложением эластичного жгута, пальцевое прижатие;
- обезболивание наркотическими анальгетиками в сочетании с ненаркотическими анальгетиками;
- инфузионная терапия;
- обработка ран, наложение асептической повязки;

- транспортная иммобилизация шинами Крамера, складными шинами, пневмошинами, при подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника – шейный воротник;

- глюкокортикостероиды;

- при судорогах- реланиум;

- при транспортировке оксигенотерапия и борьба с полиорганной недостаточностью.

Во всех случаях транспортировки тяжелых больных бригада предупреждает заранее приемный покой ЦРБ.

Все обслуженные вызова с ДТП по степени тяжести распределены условно следующим образом:

- легкой степени тяжести – 487 пострадавших (52,7%);

- средней степени тяжести – 253 пострадавших (27,4%);

- тяжелой степени тяжести – 185 пострадавших (19,9%).

Был проведен анализ карт за 3 года по времени, затраченному на обслуживание вызова.

Время, затраченное на один вызов (2012-2014 гг.)

Таблица №11

Время на вызове	2012		2013		2014	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 20 мин.	19	7,6	18	9,2	16	9,1
21-40 мин.	101	40,5	68	34,5	64	36,6
41-60 мин.	58	23,3	59	30,1	40	22,9
Более 60 мин.	50	20,1	41	20,9	37	21,1
Свыше 2 часов	21	8,4	10	5,1	18	10,3
Всего ДТП	249		196		175	

В среднем на один вызов затрачивается от 20 до 40 минут (34,5%- 40,5% вызовов). Увеличение данного показателя связано с удаленностью места ДТП от города и большим количеством пострадавших на вызове. Правило «золотого часа» соблюдено в 443 случаях (47,8%).

ВЫВОДЫ:

1. Дорожно- транспортные происшествия являются одними из главных причин травматизма в Минусинском районе и г. Минусинске (от 8,6% до 9,6% всех несчастных случаев, обслуженных ССМП за год). Они занимают от 0,51% до 0,69% в общей структуре вызовов за год.

2. В большинстве случаев пострадавшие – это мужчины (от 40,4% до 63,4%) молодого трудоспособного возраста от 20 до 40 лет (от 50,1% до 58,1%).

3. Высокий процент пострадавших, которые находятся в алкогольном опьянении (от 21,45 до 38,9%), среди них много водителей.

4. Большинство вызовов данной категории обслуживаются бригадами интенсивной терапии (от 38,4% до 70,5%).

5. В 60,5% случаев бригады прибывают на место вызова в течение 10 минут. Увеличение времени доезда обусловлено большими расстояниями до места ДТП.

6. В Минусинском районе чаще ДТП происходят в самом городе Минусинске (до 57,7%), на втором месте - Федеральная трасса М54 «Енисей» (до 17,3%), на третьем - дороги местного значения (до 14,7% случаев).

7. В структуре травм основное место занимают ушибы и раны (до 42,3%), затем повреждения головного мозга (до 35,9%), на третьем месте – повреждения конечностей (до 14,5%).

8. Процент госпитализированных от числа доставленных составляет от 34,4% до 59,2%.

9. Процент летальности при ДТП составляет 1,6% до 2,0% от общего числа умерших за год.

Как видно из проведенного анализа работы, ССМП г. Минусинска в целом справляется с оказанием экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ И В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ Андрианов Н.В., Большакова М.А., Бурмистров Ю.Н., Ващук С.М., Иванова Е.Ю., Карманова И.А., Карелина Г.Б., Козулин С.В., Лагутин И.Г., Любченко А.А., Мороз В.В., Морозов А.С., Попов А.А., Попова Е.А., Рахманов Р.М., Рахманова Е.А., Ростовцев С.И., Скрипкин С.А., Стельмах В.Д., Тутьинин К.В.	4
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ЗА 2014-2015г.г. Аусев К.В., Бучнев А.М., Дзюба И.В., Игнатьев Р.Г., Колбанов К.В., Красильникова Н.С., Мороз В.В., Мусакиева З.А., Тихонова Т.В.	12
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЛАРИНГИТАМИ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ НА НОРИЛЬСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ ПОМОЩИ ЗА 2013-2015г.г. Афанасьева Л.Г., Базарова О.А., Куляшова В.А., Лалаян И.С., Мороз В.В., Мусакиева З.А., Хмара И.А.	20
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Боброва Е.Н.	28
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Власов П.Н., Грицан Г.В., Рымарчук Р.А., Копытко А.А.	34
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕРАКСОНа НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Врублевский М.В., Скрипкин С.А., Воронько И.О., Вербицкая В.В.	38
ЭКСПРЕСС ТЕСТ «КардиоБСЖК» ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Головенкин С.Е., Шульман В.А., Петрова М.М., Штегман О.А., Пелипецкая Е.Ю., Деревянных Е.В., Радионов В.В., Матюшин Г.В.	42
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА: КОГДА НАЧИНАТЬ? Дорогайкина Е.А., Врублевский М.В., Вербицкая В.В.	43

<p>ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА В ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ Иванова Г.А., Иванов В.Е., Тарабанова Н.В.</p>	46
<p>ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ СМП Лаврив Е.В.</p>	59
<p>ВНЕДРЕНИЕ В РАБОТУ ПРОТОКОЛА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ ПОСОБИЙ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Мороз В.В., Мусакиева З.А., Репухов С.С.</p>	67
<p>СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА Петрова Л.Н., Петров Е.В.</p>	74
<p>СЛУЧАЙ МАССОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ В 2015 ГОДУ Попова Е.А., Шиврина Т.Г., Рахманова Е.А., Укусникова К.Н., Зенков А.В., Попов А.А., Большакова М.А., Рахманов Р.М.</p>	80
<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСМОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ. Радионон В.В., Прицан М.А., Петерсон Е.В., Титаренко О.М., Полищук В.Ю., Кишиневский М.В., Клак Н.Н., Борисенко К.А., Романович К.К., Головёнкин С.Е.</p>	84
<p>АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ СМП Рожков С.П.</p>	86
<p>МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Романенко А.М.</p>	88
<p>ФЕНОМЕН ЗАМЕДЛЕННОГО ИЛИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО («NO-REFLOW») КРОВОТОКА. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ КАБИНЕТА РЕНТГЕН-ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» В 2015г.). Сучков А.А., Терлеев А.А., Шишонков А.В., Радионон В.В., Пелипецкая Е.Ю., Головенкин С.Е.</p>	92

СЛУЖБА САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЕНИСЕЙСКОГО РАЙОНА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ Халиков У.М.	94
ПОТРЕБНОСТЬ ВО ВНЕПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХСН Штегман О.А., Вырва П.В., Петрова М.М.	98
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ЗА 2012-2014 г. в МИНУСИНСКОМ РАЙОНЕ Шуманович А. М.	99