

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**ФГБОУ ВО «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 - 2019**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**  
**ФГБОУ ВО «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 XIV региональной научно-практической конференции**  
**23-24 мая 2019 года**

**Красноярск - 2019**

Скорая медицинская помощь Красноярского края. Материалы XIV региональной научно-практической конференции 23-24 мая 2019 года. – Красноярск, 2019. –111 с.

Редакторы:

Попов Андрей Алексеевич

Попова Елена Анатольевна

Штегман Олег Анатольевич

Материалы печатаются в авторской редакции.

## СТАТИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ, КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА ЗА 2016-2018 ГОДЫ

Анохина О.А., Бушинкин А.А., Бучацкая О.В., Веселова В.А., Девятерикова Н.Ю., Дорошук И.И., Захматова О.П., Иванов А.Р., Илугина В.В., Имамиддинов М.К., Липкин В.Д., В.В. Мороз, З.А. Мусакиева, Мухолзоева Т.В., Макарова Ю.А., Мучаев Б.С., Натахина К.Н., Насыров А.А., Подолян Т.А., Павлова Н.Б., Савченко Е.А., Тихонова Т.В., Фомкина И.В., Филимонова О.Ю., Червяков Л.С., Школьников В.И., Юрлов К.М.  
КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи», г.Норильск

Цель исследования:

1. Анализ в динамике по годам структуры отравлений, качества диагностики и полноты обследования больных с отравлениями на этапе СМП;
2. Соответствие стандартам и клиническим рекомендациям при отравлениях объема лечения и тактики ведения больных с отравлениями бригадами скорой медицинской помощи;
3. Оценить зависимость прогноза тяжести отравления от времени прибытия врача к пострадавшим, от принятия правильного тактического решения, грамотной эвакуации в стационар с продолжением лечения в пути.
4. На основании анализа основных клинических синдромов и осложнений острых отравлений выявить факторы риска развития нарушения дыхания и артериальной гипотензии на догоспитальном этапе.
5. Выявить дефекты оказания медицинской помощи пациентам с отравлениями для улучшения оказания неотложной помощи.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ структуры, качества диагностики и лечения 2510 карт вызова выездных бригад Норильской станции скорой медицинской помощи с диагностированными отравлениями за период 2016-2018 гг.

Отравление (интоксикация) - патологическое состояние, развивающееся вследствие взаимодействия организма и яда. В роли яда может выступать практически любое химическое соединение, способное вызвать нарушения жизненно важных функций и создать опасность для жизни и здоровья.

Отравлением (интоксикацией, передозировкой) обычно называют только те интоксикации, которые вызваны ядами, поступившими в организм извне – экзогенно (острые отравления лекарственными средствами, медикаментами, биологическими веществами, токсическом действии веществ преимущественно немедицинского назначения (Т50, Т56)). Токсикант - синоним яда.

К токсическим веществам относят:

- Яды по прямому предназначению (боевые отравляющие вещества, средства дератации и дезинфекции);
- Ядовитые продукты промышленного применения, сгорания, термодеструкции;
- Средства, употребляемые с целью алкогольного, наркотического и токсического опьянения, в их числе пищевой алкоголь и его суррогаты;
- Лекарственные препараты, принятые в количествах, превышающих разовые (суточные) дозы;
- Яды животного и растительного происхождения.

Поводы к вызову и жалобы: «без сознания», «умирает», «отравился» («отравили»); «плохо пьяному» (наркоману); «угорел», «угорел на пожаре»; укусы змей, насекомых и др.

На скорую помощь обычно обращаются пациенты с острыми отравлениями – это заболевания химической этиологии, развивающиеся, как правило, при однократном попадании в организм человека химических веществ в токсической дозе, способной

вызвать нарушения жизненно важных функций и создать опасность для жизни и здоровья. Острые отравления имеют острое начало и выраженные специфические симптомы.

Отравления классифицируют по причине и месту их возникновения:

- случайные;
- преднамеренные (суицидальные, криминальные, с целью алкогольного опьянения или наркотического эффекта);
- производственные;
- бытовые.

По тяжести выделяют:

- легкие;
- средней степени тяжести;
- тяжелые;
- крайне тяжелые;
- смертельные.

Основу диагностики острых отравлений на догоспитальном этапе составляет клиническая синдромологическая диагностика:

- анамнез, результаты осмотра места происшествия - осмотр, оценка места происшествия, определение следов вероятных токсикантов по сведениям окружающих, ощущению характерных или необычных запахов, наличию упаковок, емкостей с надписями и т.д. с целью заключения о вероятном пути поступления яда в организм: оральный (при приеме внутрь); ингаляционный; аппликационный (всасывание через кожные покровы) или инъекционный,

- выявление специфических синдромов и симптомов отравления.

На месте происшествия необходимо выяснить следующую информацию: по возможности вид токсичного вещества, путь поступления в организм, время поступления и его количество. Важно выяснить наличие рвоты, дефекации, через какое время после отравления они возникли, оказывалась ли какая-либо медицинская помощь. Необходимо уточнить, имеются ли сопутствующие и ранее перенесенные заболевания, которые могут повлиять на состояние пострадавшего и лечение.

К данным анамнеза следует относиться критически, особенно у больных с нарушением сознания и в случаях отравлений с целью суицида.

При диагностике острых отравлений, особенно у больных в коматозном состоянии, важны тщательный осмотр места происшествия, обнаружение вещественных доказательств отравления (посуда из-под алкогольных напитков или суррогатов, упаковка от домашних химикатов или лекарственных средств, запах химических веществ, характер рвотных масс). Лекарственные средства и другие химические препараты должны быть направлены как вещественные доказательства вместе с больным по месту его госпитализации. Эти сведения сотрудники скорой помощи, оказывающие первую помощь, должны сообщить врачу приемного отделения стационара, в который госпитализируют больного с острым отравлением.

На этапе первичного осмотра крайне важно оценить уровень сознания, эффективность самостоятельного дыхания и гемодинамики, поскольку именно устранение витальных нарушений является основной целью выездной бригады скорой медицинской помощи.

Необходимо также проверить состояние слизистой оболочки полости рта и кожи вокруг рта на предмет ожога, а также обратить внимание на симптомы стридора (возможный ожог верхних дыхательных путей или гортани). Следует уточнить, нет ли среди ближайшего окружения других пострадавших с подобными симптомами.

В клиническом течении отравлений различают 2 стадии:

- Токсикогенная стадия (действующее вещество находится в организме в дозе, при которой возникает специфический токсический эффект).

- Соматогенная стадия (наступает после удаления или разрушения токсического агента и проявляется в виде "следовых" нарушений структуры и функции органов и систем).

Выявляют основные клинические синдромы острых отравлений:

- Синдромы поражения нервной системы (токсические энцефалопатии и нейропатии)

- Угнетение сознания различной степени (оглушение, сопор, кома).

- Психомоторное возбуждение.

- Судорожный синдром.

- Интоксикационный психоз, делирий.

- Болевой синдром (при отравлениях прижигающими жидкостями).

- Токсические поражения периферических нервов (токсические полиневриты, неврит зрительного нерва, слухового и др.).

- Синдромы нарушения дыхания

- Брадипноэ, апноэ (центрального происхождения).

- Аспирационно-обтурационные нарушения (западения языка, вследствие поступления рвотных масс, термохимического поражения дыхательных путей, бронхоспазма и бронхореи).

- Токсический отек легких. - Токсическая пневмония.

- Синдромы поражения сердечно-сосудистой системы

- Экзотоксический шок (острая недостаточность кровообращения).

- Токсическая миокардиопатия и миокардиодистрофия (ишемические нарушения, расстройства ритма и проводимости). - Остановка сердца.

- Синдромы поражения кроветворной системы.

- Карбоксигемоглобинемия (отравления угарным газом).

- Метгемоглобинемия (отравления нитросоединениями).

- Гемолитическая желтуха (отравления прижигающими ядами и мышьяковистым водородом).

- Венозная гипероксия (на фоне тканевой гипоксии при отравлениях цианистыми соединениями и сероводородом).

- Токсический гастроэнтерит.

- Токсическая нефропатия.

- Токсическая гепатопатия.

- Токсический дерматит и аллопеция, химический ожог.

При сборе анамнеза обращают внимание на время, место отравления, основной путь поступления яда.

Дифференциальная диагностика.

Наиболее часто приходится дифференцировать острое отравление от закрытой черепно-мозговой травмы, гипогликемической комы, инфекционного менингита, острого нарушения мозгового кровообращения.

Дифференциально-диагностические ошибки на догоспитальном этапе СМП возникают при диагностике ком в процессе постановки диагноза острого отравления.

Особенности работы врача (фельдшера) СМП при вызове на острое отравление:

- Короткий промежуток времени, в течение которого врач должен уметь поставить точный или хотя бы синдромологический диагноз, оценить тяжесть состояния больного и выявить ведущие нарушения, требующие незамедлительной коррекции.

- Необходимость в короткие сроки определить последовательность и оптимальный объем неотложных лечебных мероприятий не только на месте происшествия, но и во время транспортировки больного в стационар.

- Ограничение возможности использования дополнительных методов обследования, а также организации консилиума врачей других специальностей.

Принципы и последовательность оказания неотложной помощи на ДГЭ скорой помощи

Чаще на догоспитальном этапе врач СМП оказывает помощь в токсикогенной фазе острого отравления. Своевременность и качество проведенного именно на этом этапе

лечения оказывает большое влияние на прогноз и исход заболевания.

Основные проводимые мероприятия:

1. Синдромальная и патогенетическая терапия (восстановление функции жизненно-важных органов и купирование ведущих патологических синдромов по неотложным показаниям): инфузионная терапия, нормализация дыхания (при ингаляционном отравлении только вне загрязненной атмосферы) и гемодинамики. Базовая сердечно-легочная реанимация

2. Прекращение дальнейшего поступления яда в организм (эвакуация пострадавшего из зараженной атмосферы, промывание желудка, удаление яда с кожных покровов). Удаление не всосавшегося яда из желудка – основной компонент патогенетической терапии. При энтеральном отравлении – промывание желудка.

3. Введение антидотов и антагонистов. Антидотная терапия проводится только при явно установленном характере отравляющего вещества и соответствующей клинической картине. Антидотная терапия сохраняет свою эффективность только в токсикогенной (ранней) фазе острых отравлений, длительность которой зависит от токсико-кинетических особенностей данного токсического вещества. Качество проведенного именно на этом этапе лечения оказывает решающее влияние на прогноз и исход заболевания. Применение антидотов не исключает необходимости проведения терапии, направленной на ускоренное выведение яда из организма.

4. Симптоматическая терапия.

5. Тактические решения:

- При тяжелых, угрожающих жизни отравлениях, а так же при декомпенсации со стороны витальных функций и при нарушении сознания сопор-кома к пациенту сразу направляется специализированная бригада анестезиологии-реанимации.

- При декомпенсации со стороны витальных функций и при нарушении сознания сопор-кома у больного врач (фельдшер) обще профилейной бригады СМП вызывает на себя специализированную бригаду анестезиологии-реанимации.

- Больного с признаками возбуждения центральной нервной системы - фиксировать.

- Транспортировать лежа на спине с повернутой на бок головой.

- Доставка в приемное отделение или в реанимационное отделение НМБ №1.

- Доставка выделений и предметов, указывающих на контакт с ядом.

- Передача информации в Роспотребнадзор.

Отсутствие или незначительность признаков отравления на момент выполнения вызова не является основанием для оставления пострадавшего на месте ввиду вероятности развития жизнеугрожающего состояния по мере проявления действия яда.

Примечание:

1. При определении степени тяжести отравления следует иметь ввиду время экспозиции и количество яда, а также вероятный прогноз изменения состояния в соответствии с особенностями патогенеза данного вида отравления.

2. Желудок промывают в течение первых суток после приема яда, при суициде – независимо от момента отравления. Так как самоубийцы могут скрыть сам факт, время и дозу отравления.

3. К промыванию желудка приступают после выведения из терминального состояния и купирования патологических синдромов (кроме гипертермии). У больных в коме желудок промывать только после интубации трахеи.

4. Промывание желудка делать водой комнатной температуры +18° +20°С в объеме не менее 10 литров до появления чистых промывных вод.

5. При прижигающих ядах наличие в промывных водах крови не является противопоказанием для промывания, но промывание желудка беззондовым методом категорически противопоказано. Для облегчения введения зонда перед промыванием его следует смазать маслом.

#### Критерии степени тяжести острых отравлений

Степени отравления	Критерии
Тяжелая степень	Отсутствие сознания (мозговая кома). Расстройство сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Судороги. Экзотоксический шок.
Средняя степень тяжести	Выраженные клинические проявления при сохраненном или измененном сознании или удовлетворительном состоянии витальных функций.
Легкая степень тяжести	Слабо выраженные клинические симптомы интоксикации с обилием или отсутствием жалоб.

В своей работе врач (фельдшер) выездной бригады СМП применяет утвержденные таблицы:

- Клинические специфические симптомы чаще встречающихся отравлений,
- Дифференциальная диагностика чаще встречающихся отравлений и с ЧМТ, гипогликемической комой, менингоэнцефалитами, ОНМК.

- Перечень антидотной терапии лекарственными препаратами, основываясь на дифференцированную лекарственную терапию и включая профилактику и лечение осложнений со стороны сердца и дыхательной системы. Отработана таблица возможных осложнений при введении антидотов, например, попытка увеличения дозы налоксона при опиатных отравлениях в условиях недостаточного купирования признаков гипоксии может закончиться развитием отека мозга и отека легких у больного.

- Посиндромная терапия острых отравлений,
- Лечение экзотоксического шока с расчетом объема инфузионной терапии кристаллоидными и коллоидными растворами с дозировкой и скоростью введения адренормиметиков,

- Лечение декомпенсированных сердечных аритмий
- Лечение токсической энцефалопатии
- Лечение судорожного синдрома

Последовательность мероприятий при дыхательной недостаточности:

1. Механически очистить ротовую полость и глотку (катетером с помощью электроотсоса, пальцем и влажной салфеткой).

2. Ингаляция увлажненного O<sub>2</sub> через маску.

3. Интубация трахеи, ИВЛ, ингаляция O<sub>2</sub>. Показания для интубации трахеи, ИВЛ: апноэ, ЧДД < 12 в минуту, ЧДД > 35 в минуту, SPO<sub>2</sub> < 90% .

Последовательность мероприятий для поддержания адекватного кровообращения:

1. Ликвидация декомпенсированных сердечных аритмий.

2. Поддержание уровня АД, необходимого для эффективной тканевой перфузии.

3. Обеспечение адекватного периферического кровотока.

Пол и социальный статус пациентов, обратившихся с отравлениями

Таблица №1

	2016г	2017г	2018г	Всего
Всего	949	803	758	2510
Мужчины	551	486	329	1366 – 54,4%
Женщины	398	317	429	1144 – 45,6%
Дети	497	378	377	1252 – 49,9%
Взрослые	452	425	381	1258–50,1%
из них: работающие	234	208	197	639
неработающие	190	181	138	509
пенсионеры	28	36	46	110

Результат проведенного анализа:

За анализируемый период врачами скорой помощи оказана медицинская помощь 2510 больным с отравлениями, снизилось количество отравлений на 191 случай (20,1%).

Среди пострадавших мужчины составили 54,4% (1366 человек). Преобладают лица трудоспособного возраста - 50,8%.

По возрасту количество обратившихся за медицинской помощью примерно одинаково: взрослого населения - 50,1% и детей до 18 лет - 49,9%.

Для педиатрической практики характерны острые случайные отравления, которые чаще встречаются у детей от 1 года до 6 лет и у подростков 14-18 лет. Рост числа острых отравлений у детей связан с хранением лекарственных веществ, а также чистящих, дезинфицирующих средств, предметов бытовой химии в домашних условиях в местах, доступных детям. Острые отравления у детей протекают очень своеобразно, так как вследствие анатомо-физиологических особенностей нервной и сердечно - сосудистой систем яд более быстро проникает в организм ребенка.

Структура острых отравлений у больных, обратившихся на скорую помощь.

Таблица № 2

Диагноз врача, СМР СМП:	2016г	2017г	2018г	Всего
Случайные отравления в быту кислотами, настойками, растворами	16	30	17	63 – 2,5%
Бытовое отравление (ФОС, хлор-содержащие, химические реагенты)	7	16	7	30
Отравление грибами	0	0	1	1
Медикаментозные отравления	78	82	66	226–9%
Отравления ПАВ(психоактивными веществами)	143	172	108	423 – 16,9%
Алкогольные отравления (комы)	14	10	9	33
Отравления суррогатами алкоголя	8	9	3	20
ПТИ: Энтерит, Гастроэнтерит	646	433	521	1600 – 63,7%
Производственные отравления	1	1	1	3
Отравление продуктами горения при пожаре	30	37	21	88 – 3,5%
Отравление выхлопными газами	2	5	3	10
Отравление неизвестным ядом	4	8	1	13
В том числе, суицидальные	10	11	14	35
Всего	949	803	758	2510

Анализ по основным нозологическим группам показал, что наибольший удельный вес составляют пищевые отравления 63,7%, отравления ПАВ – 16,9%, отравления

медикаментами - 9%, отравление продуктами горения при пожаре - 3,5% и отравления алкоголем и суррогатами алкоголя -2,1%.

На сегодня пищевые отравления, как микробного, так и немикробного происхождения являются, достаточно актуальной проблемой. Ежегодно десятки тысяч людей попадают в лечебные учреждения, где им выставляется диагноз «ОГЭ», но без преувеличения можно сказать, что гораздо больше количество людей не обращается за помощью в ЛПУ и поэтому как бы выпадает из поля зрения статистики. С пищевыми отравлениями преобладает обращаемость взрослых и детей от 1 года до 5 лет.

Также широко распространены отравления психоактивными веществами. Расширение круга потребителей ПАВ объясняется дешевизной производства, трудности с законодательным запретом и в соответствии с этим, широкое использование возможности распространения через интернет и легальные магазины.

В группе медикаментозных препаратов, вызвавших отравление, встречались бензодиазепины, трициклические антидепрессанты, преимущественно amitриптилин, нейролептики, гипотензивные препараты, изониазид, анальгетики и другие. Суицидальные попытки составляют 1,4% среди всех отравлений.

В Российской Федерации отравления продуктами горения вследствие токсического действия окиси углерода (Т58) составляют по данным отчетов центров отравлений от 2,1% до 4,4% от общего числа госпитализированных больных с острыми отравлениями. В Норильском промрайоне также, как и в разных странах этот вид отравлений занимает четвертое место в этиологической структуре острых отравлений (после пищевых отравлений, отравлений ПАВ, медикаментозных отравлений).

Сохраняется общая стабильная тенденция злоупотребления алкоголем в России, приверженность лиц, страдающих зависимостью от употребления алкоголя использовать с целью опьянения помимо продуктов на основе этилового спирта различные фальсифицированные алкогольные напитки. В 2018г. две смерти в присутствии бригады произошли в результате отравления алкоголем: одна в результате отравления метиловым спиртом и полиорганной недостаточности, второй случай в результате острого отравления этиловым спиртом.

Подавляющее большинство отравлений кислотами и щелочами совершено мужчинами пожилого возраста, большинство из которых носили случайный характер.

#### Профиль бригад СМП, оказывающих медицинскую помощь пациентам с отравлениями

Таблица №3

Профиль бригад ССМП	2016г	2017г	2018г	Всего
Реанимационная	139	105	83	327 – 13,0%
Кардиологическая	41	24	41	106 – 4,2%
Психиатрическая	57	79	45	181 – 7,2%
Общепрофильная врачебная	699	569	510	1778 – 70,9%
Общепрофильная фельдшерская	13	26	79	118 – 4,7%
Всего	949	803	758	2510

Из таблицы №3 видно, что в 71% медицинская помощь оказывалась общепрофильными врачебными бригадами, в 13% реанимационными бригадами, в 4,2% кардиологическими бригадами, в 7,2% психиатрической бригадой и в 4,7% фельдшерскими бригадами подстанций СМП,.

Оценка тяжести состояния и результат выезда бригад СМП

Таблица №4

Тяжесть состояния	2016г	2017г	2018г	Всего
Удовлетворительное	182	206	174	562 – 22,4%
Средней тяжести	713	566	551	1830 - 72,9%
Тяжелой степени	50	28	25	103 – 4,1%
Кома	4	3	8	15 – 0,6%

По тяжести течения заболевания оказана медицинская помощь больным с удовлетворительным состоянием в 22,4%, со средней степенью тяжести в 72,9%, тяжелой степени –4,1%, в состоянии комы в 0,6%.

Диагностика острых отравлений на ДГЭ основывается на четырех ключевых моментах:

1. анамнезе.
2. осмотре, оценке места происшествия, определении следов вероятных токсикантов по сведениям окружающих, ощущению характерных или необычных запахов, наличию упаковок, емкостей с надписями, и т.д., с целью заключения о вероятном пути поступления яда в организм.
3. физикальном обследовании.
4. выявлении специфических симптомов и синдромов.

Полнота обследования и объем оказанной помощи пациентам с отравлениями на этапе скорой помощи

Таблица № 5

Полнота обследования	2016г	2017г	2018г	Всего
Сбор жалоб и анамнеза	854	751	734	2339
Измерение АД, ЧД, термометрия	908	754	733	2395
Пульс, SpO2	901	748	690	2339
ЭКГ- исследование	84	99	82	265
Глюкометрия	75	110	120	305
Забор рвотных масс	20	7	3	30

На месте происшествия следует установить причину отравления, вид токсического вещества, его количество и путь поступления в организм и по возможности время отравления.

Продолжительность отравления по времени до приезда бригады СМП

Таблица № 6

Продолжительность отравления	2016г	2017г	2018г	Всего
до 3 час	243	275	159	677 – 27%
до 12 час	240	259	205	704 – 28%
до 1 суток	183	100	225	508 – 20%
> 1 суток	283	169	169	621–25%
Всего	949	803	758	2510

Обращаются за медицинской помощью на скорую помощь пострадавшие с отравлениями преимущественно в первые 12 часов – 55%. Высокий уд. вес обратившихся позже суточного отравления – 25%.

## Симптоматика отравлений на этапе скорой помощи

Таблица № 7

Критерии диагностики	2016г	2017г	2018г	Всего
Анамнез отравления	702	783	718	2203
Цвет кожных покровов	453	580	406	1439
Наличие рвоты	561	391	461	1413
Диарея	533	346	443	1322
Реакция зрачков, в том числе, миоз	44	263	215	522
Мидриаз, нистагм	3	6	3	12
Обильная саливация	3	0	2	5
Гипертермия	213	203	259	675
Нарушение ритма дыхания	3	6	12	21
Нарушение частоты дыхания: Брадикапно $\leq$ 12 в минуту	7	3	4	14
Тахипноэ $>$ 36 – 40 в минуту		5	1	6
Низкое АД менее 100/60мм рт. ст.	19	13	34	66
АД $>$ 190/110 мм рт. ст.	2	3	3	8
Тахикардия, брадикардия	128	144	134	406
Нарушения психики	94	79	58	231
Неврологические нарушения	44	75	17	136
Судорожный синдром	6	10	10	26
Инфекционно-токсический шок	1	3	-	4
Аспирация, обтурация дыхательных путей	12	0	-	12
Отек легких	1	3	-	4

Результат проведенного анализа:

При анализе карт выявлено, что у 1413 больных - 56,3-% была рвота, в 1322 случаях - 52,6% была диарея, с гипертермией выявлено 675 случаев - 26,9%, в 406 случаях больные –16,2% имели синусовую тахикардию или брадикардию, с нарушениями психики 231 больных - 9,2% случаев, с неврологическими нарушениями 136 больных - 5,4%, судорожный синдром отмечен у 26 больных - 1%, 66 больных (2,6-%)- с пониженным АД. При анализе клинических проявлений острых отравлений выявлены факторы риска развития осложнений при острых отравлениях, в частности острой дыхательной недостаточности - 0,8% и артериальной гипотензии – 2,6%.

Оказанные основные лечебные мероприятия:

- При пищевых отравлениях на догоспитальном этапе: промывание желудка и регидратация пероральная, парентеральная ;

- При отравлениях лекарственными средствами, медикаментами, биологическими веществами, токсическом действии веществ преимущественно немедицинского назначения, когда было выявлено нарушение дыхания, кровообращения и сознания, - поддержание или при необходимости восстановлении жизненно важных функций.

- Нормализация дыхания (при ингаляционном отравлении только вне загрязненной атмосферы) и гемодинамики.

- Базовая сердечно-легочная реанимация.

- Антидотная терапия.

- При энтеральном отравлении – промывание желудка.

Антидотная терапия проводится только при явно установленном характере отравляющего вещества и соответствующей клинической картине. Удаление

невсосавшегося яда из желудка – основной компонент патологической терапии, выполняется после того, как жизненно важные функции восстановлены.

Полнота объема оказанной помощи пациентам с отравлениями на этапе скорой помощи

Таблица № 9

Оказанная терапия	2016г	2017г	2018г	Всего
Промывание желудка	418	381	390	1189
Промывание слизистых глаз, кожи	2	0	3	5
Назначение энтеросорбентов (активированный уголь, полифепам)	140	97	132	469
Детоксикационная - инфузионная терапия	66	56	27	149
Антидотная терапия:	16	19	24	59
Отравление барбитуратами – флумазепин (Анексат)	5	4	3	12
Отравление ПАВ - налоксон	3	12	9	24
Отравление изониазидом – Vit B6 5% р-р	1	1	2	4
Отравление продуктами горения - Ацизол	5	2	10	17
Отравление Метанолом – этиловый спирт 95*	2	0	0	2
Антиоксиданты – Vit E или Vit C в/в	50	26	16	92
при артериальной гипотензии – допамин	2	0	0	2
при судорогах –сибазон в/в,	4	3	3	10
ангиопротектор – актовегин в/в		0	0	0
При брадикардии, ФОВ - атропин	-	2	0	2
Адекватная оксигенация	53	70	40	163
Интубация трахеи, перевод на ИВЛ (АДР, ТМТ)	4	6	5	15
Удаление жидкости из ВДП электроотсосом	2	1	2	5
Стабилизация АД – инфузия Допамина	--	1	-	1

Основными лечебными мероприятиями на ДГЭ были: зондовое промывание желудка выполнено у 1189 больных (47,3%), назначение энтеросорбентов у 469 больных (18,7%), инфузионная терапия в 149 случаях (5,9%), адекватная оксигенация через лицевую маску была выполнена у 163 пациентов (6,5%), интубация трахеи с ИВЛ у 15 больных (0,6%) и антидотная терапия у 59 больных (2,4%). Наиболее частым антидотом, используемым на догоспитальном этапе, был налоксон.

Имеются дефекты оказания медицинской помощи в виде неполно собранного анамнеза, не всегда промывается желудок при гастроэнтеритах (в 113 случаях – 4,5%).

Результат выезда бригад СМП к пациентам с отравлениями

Таблица № 10

Результат выезда	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
Оставлен на месте	418	381	390	1189
Из них отказ от госпитализации	2	2	2	6
Госпитализация	33	06	09	48
Смерть в присутствии	5	4	3	12
Повторные вызова	31	51	92	374
Вызов специализированной бригады «на	-	3	2	5
	1	8	1	4
	7		5	0
	7	7	2	1

себя»				6
-------	--	--	--	---

Результат проведенного анализа:

В 1131 случае (45%) больных были оставлены на месте; из них в 648 случаях 25,8% больные отказались от предложенной госпитализации.

Всего направлено на госпитализацию было 1394 пациента, из них 1374 больных – 98,6% были госпитализированы в НМБ №1, НМБ №2, НМДБ; 12 больных направлено на амбулаторное лечение, 8 больных отказались от госпитализации в приемных отделениях.

Смерть в присутствии бригады у пациентов с тяжелой степенью отравлений и отсроченным обращением за медицинской помощью была в 5 случаях.

Повторно пациенты с отравлениями вызывали бригады СМП в 40 случаях - 1,6% - отказались от госпитализации на первом вызове после улучшения самочувствия.

К 16 больным (0,6%) в связи с тяжестью состояния общепрофильные врачебные бригады вызвали «на себя» специализированную бригаду.

На основании наших наблюдений можно прийти к следующим выводам:

1. В динамике за анализируемый период отмечается снижение количества отравлений к 2018 году на 191 случай – 20,1%.

2. В структуре отравлений наибольший удельный вес составляют пищевые отравления - 63,7%, отравления ПАВ – 16,9%, отравления медикаментами - 9%, отравления продуктами горения при пожаре - 3,5% и отравления алкоголем и суррогатами алкоголя - 2,1%. Факторами риска роста числа острых отравлений следует назвать влияние напряженности современных условий жизни, вызывающей у некоторых людей потребность в постоянном приеме седативных средств, накопление лекарств в домашних аптечках и распространение алкоголизма и наркомании. В 2018г. две смерти в присутствии бригады произошли в результате отравления алкоголем: одна в результате отравления метиловым спиртом и полиорганной недостаточности, второй случай в результате острого отравления этиловым спиртом.

3. Обращаются за медицинской помощью на скорую помощь пострадавшие с отравлениями преимущественно в первые 12 часов – 55% в состоянии средней степени тяжести в 72,9%, в тяжелом состоянии – 4,1%, в состоянии комы в 0,6%.

4. Выявлены осложнения острых отравлений, в частности развитие острой дыхательной недостаточности - 0,8% и артериальной гипотензии – 2,6%, нарушений психики - 9,2%, судорожный синдром отмечен у 1% больных, нарушения сердечного ритма - 5,4%, неврологические нарушения отмечены в 5,4%, аспирация сооттурацией дыхательных путей – в 0,5% случаев, развитие токсического шока – в 0,2% случаев.

5. Чаще на догоспитальном этапе врач СМП оказывает помощь в токсикогенной фазе острого отравления.

6. Широко проводятся основные лечебные мероприятия на ДГЭ (зондовое промывание желудка, назначение энтеросорбентов, антидотная терапия, инфузионная терапия, адекватная оксигенация через лицевую маску, интубация трахеи с ИВЛ по показаниям). Промывание желудка проводится в течение 12 часов с момента отравления. Наиболее частым антидотом, используемым на догоспитальном этапе, был налоксон. Но выявлены дефекты оказания медицинской помощи в виде неполно собранного анамнеза (2,9%), не всегда промывается желудок при гастроэнтеритах (4,5%).

7. При оказании медицинской помощи больным с острыми отравлениями на догоспитальном этапе бригады скорой помощи применяют утвержденные стандарты и клинические рекомендации, разработанные МЗ РФ, алгоритмы назначения инфузионной терапии, дыхательной поддержки и зондового промывания желудка.

8. Следует заключить, что острые отравления химической этиологии в Норильском промрайоне не перестают оставаться серьезной медицинской, социальной и общечеловеческой проблемой. Необходимо еще больше задуматься о мерах

профилактики, методах социально-психологической помощи и санитарно-просветительской работы с населением.

9. Внедрение достижений телекоммуникационных технологий в здравоохранении может поднять эффективность лечения и диагностики на качественно новый уровень, появится реальная возможность проконсультироваться врачу скорой помощи с токсикологами специализированных медицинских центров в сложных диагностических случаях.

Список литературы:

1. Е.А. Лужников, Ю.Н. Остапенко, Г.Н. Суходолова «Неотложные состояния при острых отравлениях». Медпрактика-М. Москва 2001.

2. В.Ф. Богоявленский. И.Ф. Богоявленский «Клиническая диагностика и неотложная терапия острых отравлений». Москва «МЕДпресс-информ» 2002.

3. Под редакцией академика РААМП профессора Г.А. Софронова, профессора М.В. Александрова «Экстремальная токсикология». Санкт-Петербург ЭЛБИ-СПБ 2012.

4. Руководство по скорой медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях. Под редакцией Д.Н.Вербового, С.Ф. Багненко, В.В. Бояринцева, В.Г. Пасько, 2018г.

## СТАТИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ В ДИНАМИКЕ И УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГИТОВ, КАК ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ НА НОРИЛЬСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПЕРИОД 2016-2018 ГОДЫ

Афанасьева Л.Г., Базарова О.А., Гранковская Ю.С., Гречухина А.В., Дадоматова Н.А., Куляшова В.А., Мороз В.В., Мусакиева З.А.

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи», г.Норильск

Цель работы:

- выявление статистики обращений в динамике за последние 3 года обращений пациентов на Станцию скорой медицинской помощи с диагнозом ОРВИ, осложнившееся стенозирующим ларингитом.

- исследование структуры распределения случаев стенозирующих ларингитов по возрасту

-оценка диагностики и качества оказываемой неотложной помощи больным с ларингитами и стенозами на этапе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 26944 карт вызова скорой медицинской помощи КГБУЗ «НССМП».

Стенозирующий ларингит (острый стеноз гортани) – частичное или полное сужение просвета гортани, приводящее к затруднению или полному прекращению дыхания. Основная причина - 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, парагрипп, корь, скарлатина, коклюш), аллергическими реакциями, химическим раздражением, курением, употреблением спиртных напитков, повреждением гортани. Дополнительные факторы риска: запылённость помещений, горячий сухой воздух, экстремально низкие температуры воздуха, перенапряжение голоса, наличие хронических очагов воспаления в носоглотке, нарушения носового дыхания и др. 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 охрипlostью. Распространение процесса происходит по направлению процесса к трахее, так как плотно сросшаяся слизистая оболочка с подлежащими тканями в области голосовых складок препятствует распространению процесса вверх.

Синдром крупа является одним из наиболее тяжёлых проявлений инфекционной патологии, требующий оказания неотложной медицинской помощи из-за возможного неблагоприятного исхода болезни. Проявляется заболеванием 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
- Аномалии строения гортани, сопровождаемые врождённым стридором
- Паратрофия
- Перинатальное поражение ЦНС
- Недоношенность
- Половое соотношение: мальчики – девочки = 2,2:1,0
- Аллергическая настроенность организма
- Предшествующие заболевания
- Инородные тела
- Вакцинация.

Оценка степени стеноза гортани обуславливает медицинскую тактику и объём медицинских мероприятий, оказываемых пациентам.

Лечение должно быть направлено на как можно быстрое восстановление дыхательной функции и улучшение общего состояния, предупреждение прогрессирования стеноза и летального исхода.

При подготовке к этой статье нами был проведен анализ выездных карт за период 2016-2018 г.г. Всего было обработано 26944 карт с ОРВИ, из них 459 человек со стенозирующим ларингитом.

Для лечения заболеваний верхних дыхательных путей все выездные бригады СМП оснащены небулайзерами для проведения ингаляции лекарственных препаратов и пульсоксиметрами для контроля содержания кислорода в крови.

Осложнения заболеваний ОРВИ стенозирующим ларингитом в г.Норильске за 2016 - 2018г.г.

Таблица 1

нозология	2016 г.		2017 г.		2018 г.		Всего за 3 года	%
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%		
ОРВИ	9602		7597		9745		26 944	

Стенозирующий ларингит	345	3,6%	283	3,7%	311	3,2%	939	3,5%
------------------------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------

Анализ проведенных исследований показал, что удельный вес пациентов со стенозирующим ларингитом сохраняется на уровне 3,5% со снижением осложнений с 3,6% в 2016г. до 3,2% в 2018г.

Структура распределения случаев стенозирующих ларингитов по возрасту

Таблица 2

возраст	2016г.		2017г.		2018г.		Всего	%
До 1 года	41	11,9%	38	13,4%	37	11,9%	116	12,4%
До 3 лет	158	45,8%	140	49,5%	129	41,5%	427	45,5%
До 7 лет	115	33,3%	85	30,0%	111	35,7%	311	33,1%
До 17 лет	31	9,0%	20	7,1%	34	10,9%	85	9%
всего	345		283		311		939	

Выводы:

1. Сравнительный анализ показывает, что исследуемому заболеванию больше подвержены дети первых трёх лет жизни: в 2016г. до 1 года – 11,9% и 45,8% от 1 года до 3 лет; в 2017г. – 13,4% и 49,5% и в 2018г. – 11,9% и 41,5% соответственно.

2. Удельный вес больных пациентов от 3-х до 7 лет составляет 45,5%-33,1%, что вероятно, объясняется расширением контактов среди этой возрастной группы – посещение дошкольных учреждений и кружков, спортивных секций и др.

3. Старше 7 – летнего возраста количество больных стенозирующим ларингитом вновь уменьшается до 9%.

Профиль бригад, оказывающих медицинскую помощь пациентам стенозирующим ларинготрахеитом.

Таблица 3

Профиль бригады	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
Реанимационная	8-2,3%	4-1,4%	9-2,9%	21 – 2,2%
Кардиологическая	6-1,7%	1-0,4%	13-4,1%	20 – 2,1%
Педиатрическая	146-42,4%	114-40,3%	136-43,8%	396 – 42,2%
Общепрофильная врачебная	185-53,6%	164-54,0%	153-46,0%	502 – 53,5%

Вывод:

1. Большая часть вызовов к больным со стенозирующим ларинготрахеитом выполняется педиатрической и общепрофильными врачебными бригадами. Удельный вес вызовов, выполненных педиатрической бригадой, составил 42,2%, специализированными бригадами- 4,3%; бригадами общего профиля – 53,5%.

2. В настоящее время благодаря большой популярности небулайзерной терапии стадия декомпенсации встречается крайне редко, асфиксическая стадия не встречается совсем.

Клинические проявления стенозирующих ларинготрахеитов

Таблица 4

Клинические проявления	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
Постепенное начало	79	108	127	314
Острое начало	266	175	184	625
Осиплость голоса	253	225	266	744-79%
Лающий кашель	323	239	288	850
Одышка (инспираторный стрidor)	116	80	91	287-30,6%

Беспокойство, чувство страха	113	58	30	201-21,4%
Участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки	79	93	126	298
Наличие цианоза в покое	17	13	14	44
Нормальная температура тела	141	121	136	398-42,4%
Субфебрильная температура	111	95	101	307-32,7%
Температура тела выше 38*С	93	67	74	234-24,9%
Сатурация кислорода в крови 95-100%	232	263	302	797-85%
Показатель сатурации кислорода в крови ниже 95%	113	20	9	142-15%
Состояние больного удовлетворительное	108	93	103	304-32,4%
Состояние средней тяжести	237	190	206	633-67,4%
Тяжёлое состояние	-	-	2	2 – 0,2%

Выводы:

1. Большинство пациентов, обратившихся за медицинской помощью на ССМП, находились в состоянии средней степени тяжести с сатурацией кислорода в крови ниже 95% в 15% случаев.

2. Ларингиты протекали в 42,4% (398 случаев) с нормальной температурой тела, с субфебрильной температурой в 32,7% (307 случаев) и в 24,9% с температурой тела выше 38\*С (234 случая).

3. Основными клиническими проявлениями являются: осиплость голоса, лающий кашель и инспираторная одышка. Чаще заболевание развивается внезапно и на фоне имеющейся острой респираторной инфекции.

4. Благодаря широкому применению в практике небулайзерной терапии, в т.ч. и в домашних условиях, больные получают лечение своевременно. В 2018г было 2 пациента в тяжёлом состоянии.

Большое значение в возникновении заболеваемости стенозирующим ларинготрахеитом принадлежит вакцинации против гриппа.

Таблица №5

Категория пациентов	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
Вакцинированные	36-10,4%	45-15,9%	57-18,3%	138-14,7%
невакцинированные	309-89,6%	238-84,1%	254-81,7%	801-85,3%

Вывод: отказ от вакцинации против гриппа часто осложняет течение ОРВИ, что приводит к различным осложнениям, в т.ч. присоединению стенозирующего ларингита. С 2016 года отмечается стойкая тенденция к увеличению числа вакцинированных лиц против гриппа.

Результат выезда бригад СМП к больным с ларингитами и стенозами

Таблица 6

Результат вызова	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
Оставлено на месте	143-41,4%	86-30,4%	77-24,8%	306-32,6%
Отказ от госпитализации после улучшения состояния	113-32,8%	130-45,9%	141-45,3%	384-40,9%
Госпитализировано в стационар	89-25,8%	67-23,7%	93-30,0%	249-26,5%
Повторный вызов	9-2,6%	4-1,4%	7-2,3%	20-2,1%

Выводы:

1. Большая часть пациентов остаются дома для дальнейшего амбулаторного лечения – 32,6% с ежегодной тенденцией к снижению от 41,4% в 2016г. до 24,8% в 2018г.

2. Отказываются от госпитализации после улучшения состояния – 40,9% больных с тенденцией к росту от 38,2% в 2016г. до 45,3% в 2018г.
3. Направлено на стационарное лечение только 26,5% больных.
4. Повторно обращаются за медицинской помощью 2,1% больных: в 2016 год 2,6% (9 случаев), в 2017 году – 1,4% (4 случая). в 2018 году – 2,3% (7 случаев). Во всех случаях повторные вызовы объясняются нежеланием родителей госпитализироваться и недооценкой тяжести состояния своего ребёнка.

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. Небулайзер – универсальная система для ингаляции лекарств, не требующая специальной техники вдоха и применяется в любом возрасте, даже у новорождённых.

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.)
- Атравматичность 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..

Объём лечебных мероприятий при стенозирующих ларингитах, оказываемых бригадами скорой медицинской помощи.

Таблица 7

Лечебные мероприятия	2016г.	2017г.	2018г.	Всего
В/в введение аминафиллина	-	-	-	
Инсуффляция кислорода	9	16	17	42
Ингаляция 0,9% физиол. раствора	202	179	224	605
Ингаляция глюкокортикостероидами (пульмикорт, буденид стери неб) через небулайзер	33	63	104	200
Небулайзерная терапия другими препаратами (беродуал)	20	11	17	48
Введение ГКС	173	107	138	418
Купирование приступа	54-15,7%	52-18,4%	56-18,0%	162-17,3%
Улучшение	235-68,1%	158-55,9%	185-59,4%	578-61,6%
Без изменений	56-16,2%	73-25,8%	70-22,5%	199-21,1%

Из проведенного исследования:

1. В настоящее время в лечении пациентов стенозирующим ларингитом аминофиллин не применяется.

2. При оказании неотложной помощи пациентам со стенозирующим ларингитом в 2016 году в 54 случаях приступ был купирован, в 235 случаях наступило улучшение состояния и в 56 случаях состояние оставалось без изменений. В 2017 году в 52 случаях было отмечено купирование приступа, в 158 случаях – улучшение состояния и в 73 случаях изменений не было. В 2018 году в 56 случаях отмечалось полное купирование приступа, в 185 случаях наступило улучшение и изменений не было в 70 случаях.

3. На догоспитальном этапе скорой помощи у больных со стенозирующим ларингитом в 17,3% случаев стенозы купируются на месте. Оставляются с улучшением стеноза после отказа от госпитализации 61,6% больных и госпитализируются больные с состоянием без изменения в 21,1% случаев в удовлетворительном состоянии или состоянии средней тяжести.

Общие выводы:

1. Снижение обращений больных с ОРВИ в 2017 году произошло по причине отсутствия вспышки ОРВИ в Норильском промышленном районе в 2017 году.

2. ОРВИ осложняется стенозирующими ларингитами в 3,5% случаев со снижением осложнений с 3,6% в 2016г. до 3,2% в 2018г.

3. В 42,2% больным со стенозирующими ларингитами медицинская помощь оказывается педиатрической бригадой на центральной подстанции и общепрофильными врачебными бригадами на подстанциях СМП в 52,5%.

4. «Лидерами» среди заболевших пациентов с ОРВИ, осложнившихся стенозирующими ларингитами, являются дети с неблагоприятным преморбидным фоном, проживающие во вредных условиях и/или имеющие вредные привычки (курение).

5. Стенозирующие ларингиты проявляются следующей клинической картиной:

- Одышка (инспираторный стрidor) – в 30,6% случаев;
- Беспокойство, чувство страха - в 21,4% случаев;
- Наличие цианоза в покое - в 4,7% случаев;
- Участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки - в 31,7% случаев;
- Снижением сатурации кислорода в крови ниже 95% - в 15% случаев.

6. У детей основной причиной осложнения ОРВИ стенозирующим ларингитом являются неблагоприятный преморбидный фон: недоношенность, паратрофия, аллергическая настроенность организма и др. К сожалению, за отчетный период не проводился учёт заболевших детей с недоношенностью в анамнезе.

7. Наибольшую долю пациентов составляют дети до 3-х лет жизни, что в основном связано с расширением контактов – началом посещения детских дошкольных учреждений, детских обучающих и развлекательных комплексов и т.д.

8. Благодаря своевременному обращению больных за медицинской помощью, заболевание чаще протекает в лёгкой или среднетяжёлой степени. В 2016-2017г.г. не было ни одного случая тяжелой степени заболевания, в 2018 г. – 2 случая (дети из асоциальных семей).

9. После проведенной терапии приступ был купирован в 2016г. в 54 случаях (15,7%); в 2017 г – в 52 случаях (18,4%); в 2018 г. – 56 случаях (18,0%). Улучшение наступало в 2016г. в 235 случаях (68,1%), в 2017г. – в 158 случаях (55,9%), в 2018г. – в 185 случаях (59,4%). Без изменения в 2016г. зарегистрировано 56 случаев (16,2%), в 2017г. – 73 случая (25,8%) и в 2018г. – 70 случаев (22,5%).

10. В 2016 году доля пациентов, оставленных на месте, составила 65,5% (226 случаев), в 2017 году – 36,4% (103 случая), в 2018 году – 24,8% (77 случаев).

11. После улучшения состояния многие родители заболевших детей отказываются от госпитализации в стационар: в 2016 году – 113 детей (32,8%), в 2017 году – 130 (45,9%) и в 2018 году – 141 (45,3%).

12. Удельный вес повторных вызовов составляет 1,4% - 2,6%.

13. Все бригады СМП Норильских подстанций оснащены диагностической и лечебной аппаратурой: пульсоксиметры для контроля содержания кислорода в крови, небулайзеры и лекарственные препараты для проведения ингаляций и купирования стенозов, дыхательной аппаратурой для проведения инсuffляции кислородом.

14. Для устранения лечебных и диагностических ошибок медицинского персонала администрация Норильской ССМП регулярно проводит циклы повышения квалификации и обучающие семинары с проведением тестирования.

Использованная литература:

1. Детские инфекции. Справочник практического врача под редакцией профессора Л.Н. Мазанковой. 2003 год.
2. Этиология стенозов гортани и трахеи у больных реанимационного отделения / А.О. Гюсан, С.А. Гюсан / Российская оториноларингология – 2014 г. – №5 (12) – С. 64-66.
3. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. С.А. Царькова. ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург 2016 год.
4. В.Ф. Суховецкая, Л.В. Осидак, В.С. Афанасьева, В.Н. Тимченко, О.И. Афанасьева, Е.А. Дондурей, Е.В. Образцова, Т.А. Каплина. Острый стенозирующий ларинготрахеит при респираторных вирусных моноинфекциях у детей, госпитализированных в стационары Санкт-Петербурга.

#### ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

М.А.Большакова<sup>1,2</sup>, А.А.Попов<sup>1,2</sup>, А.А.Любченко<sup>1,2</sup>, Е.А. Попова<sup>1,2</sup>, Р.М.Рахманов<sup>2</sup>, Д.С.Шамов<sup>2,3</sup>, Е.А. Рахманова<sup>1,2</sup>, И.И.Лисун<sup>1</sup>, О.И.Хабарова<sup>3</sup>, К.Ф. Касымова<sup>1</sup>, М.А.Фроленко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, <sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», <sup>3</sup>ФГБОУ ВО Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова

Объективная оценка степени тяжести и прогнозирование исхода изолированной и сочетанной травм – важные задачи ургентной медицины. Выживаемость данной категории больных напрямую зависит от правильной интерпретации состояния больного. Существует более 50 шкал, разработанных для определения тяжести состояния и повреждений пациента при политравме. Часть из них являются комбинированными (TRISS, PISC, PTS и др.) и объединяют в себе и функциональные, и морфологические подходы к оценке. Прогностическая ценность шкал различается в зависимости от качества медицинской помощи и конкретных баз данных, на которых они основаны. Кроме этого, часть шкал не отвечает требованиям стандартам диагностики принятым в последнее время в Российской Федерации [1-6].

В сложившихся условиях очевидна потребность создания универсальной, ориентированной на функциональное состояние больного, включающей объективизированные параметры шкалы, которая будет пригодна для оценки тяжести состояния больных при политравме на догоспитальном этапе, а также в приемно-диагностическом отделении госпитального этапа, что улучшит преимущество в оказании медицинской помощи пострадавшим с политравмой.

Цель исследования: сравнить диагностические возможности и установить взаимосвязи в оценке степени тяжести состояния больных по распространенным шкалам, применяемым при политравме.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Настоящее исследование проводилось на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» за период с июня 2018 года по февраль 2019 года.

Аналізу были подвергнуты истории болезни 86 пострадавших с диагнозом - изолированная и сочетанная травма, всем пациентам было проведено МСКТ головы и шеи, органов грудной и брюшной полости, костных структур таза и конечностей. Средний возраст больных составил  $46,2 \pm 5,12$  лет, максимальный – 84 года, минимальный – 18 лет. Среди них 20 женщин (23,3%) и 66 мужчин (76,7%). Основной причиной изолированной и сочетанной травм остается ДТП – 57,6%. Характер повреждений: травма грудной клетки у 14,9% пострадавших, переломы конечностей+таза – у 21,1%, и сочетанная травма грудной клетки + конечностей+головы – у 18,7%.

Нами была разработана шкала оценки степени тяжести больных при политравме (табл. 1).

Таблица 1

Оценка степени тяжести больных при политравме

Показатели	Оценка, баллы		
	0	1	2
Шкала ком Глазго Баллы (ШКГ)	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/мин)	$70 \pm 10$	81-120	>120, <50
Артериальное давление систолическое мм.рт.ст. (АДс)	$110 \pm 20$	90-60	<60
Шоковый индекс Альговера усл. ед. (ШИ)	0,5-0,9	1,0-2,0	>2,0
Среднее артериальное давление мм.рт.ст. (САД)	$90 \pm 10$	70-50	<40
Изменения по ЭКГ: наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, наличие признаков ишемии миокарда по ЭКГ (проявляющиеся депрессией сегмента ST и появлением отрицательного зубца T)	нет	Наличие одного признака	Сочетание нескольких признаков
Центральное венозное давление мм H <sub>2</sub> O (ЦВД)	51-89	50-30	<30
Частота дыхательных	14-18	19-35	>35

движений в мин <sup>-1</sup> (ЧДД)			
Сатурация крови % (SpO2)	98-100	90-97	<90
Фракция кислорода во вдыхаемой смеси (FiO2)	0,21	0,33-0,74	0,75-1,0
Парциальное давление углекислого газа в выдыхаемом воздухе мм рт.ст (PetCO2)	36-44	35-27	<27
Шока нет – 0-6 баллов; шок централизации – 7-19 баллов; шок децентрализации – >19 баллов			

Использование трехступенной оценки функции 13 клинических и инструментальных показателей 3 систем позволяет проводить быстрый анализ, точную оценку параметров, помогает оперативно оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести, в значительной степени облегчает выбор адекватной тактики и объема лечения пострадавших. Также в шкалу включены показатели, показавшие в рандомизированных контролируемых исследованиях высокую прогностическую значимость в отношении риска неблагоприятного исхода и осложнений, такие как индекс шока Альговера и шкала ком Глазго.

В своем исследовании мы проанализировали диагностические возможности и попытались установить взаимосвязи в оценке степени тяжести состояния больных на этапе приемно-диагностического отделения по распространенным шкалам, применяемым при политравме ВПХ-СП и ISS, а также по разработанной нами шкале оценки тяжести больных с политравмой. Сравнительный корреляционно-регрессионный анализ полученных результатов проводился в пакете прикладных программ IBM SPSS Statistics v.23. Критический уровень достоверности был принят равным 0,01 [7].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам шкалы ВПХ-СП пациенты распределились следующим образом: удовлетворительное состояние – 2 наблюдения (2,32%), количество набранных баллов – 12 баллов; состояние средней степени тяжести – 55 наблюдений (64%), количество набранных баллов – 17,6±1,83 баллов; тяжелое состояние – 19 наблюдений (22,1%), 23,9±3,33 баллов; крайне тяжелое – 8 наблюдений (9,30%), 33,9±5,51 баллов; критическое – 2 наблюдения (2,32%), 46,5±2,12 баллов.

По шкале оценки тяжести политравмы шок централизации был диагностирован у 25 пациентов (29,1%), 9,60±2,71 баллов; шок децентрализации – у 2 пациентов (2,32%), 19,0±1,41 баллов, состояние без шока – у 59 пациентов (68,6%), 3,32±1,62 баллов. По шкале морфологических повреждений ISS у 28 пациентов на фоне травмы отмечалось стабильное состояние (36,8%) или 11,9±2,81 баллов; у 36 – пограничное (47,4%) или 19,5±2,05 баллов; у 12 – нестабильные повреждения с высокой летальностью (15,8%) или 27,3±5,21 баллов.

Состоянию удовлетворительному/средней степени по шкале ВПХ-СП соответствует ранг «шока нет» по шкале оценки тяжести больных с политравмой. Тяжелое и крайне тяжелое состояния соответствовали рангу «шок централизации». Критическое состояние соответствовало рангу «шок децентрализации» (табл. 2).

Таблица 2.

Балльная оценка шкал ВПХ-СП, шкалы оценки тяжести больных с политравмой, ISS.

Тяжесть повреждений	ВПХ-СП	Тяжесть повреждений	шкала оценки тяжести больных с	Тяжесть повреждений	ISS
---------------------	--------	---------------------	--------------------------------	---------------------	-----

				политравмой				
	№	балл		№	балл		№	балл
Средней тяжести	57	17,4 ±2,07	без шока	59	3,32 ±1,62	стабильные	28	11,9 ±2,81
Тяжелое	27	26,9 ±6,12	шок централизации	25	9,60 ±2,71	пограничные	36	19,5 ±2,05
Критическое	2	46,5 ±2,12	шок децентрализации	2	19,0 ±1,41	нестабильное	12	27,3 ±5,21

На основании полученных результатов пациенты без шока после кратковременных интенсивных мероприятий были переведены в профильные отделения/операционные, пациенты с шоком де- и централизации транспортировались в ИТАР.

Между количественными шкалами ВПХ-СП и шкалой оценки тяжести больных с политравмой была установлена сильная прямая взаимосвязь (коэффициент корреляции 0,85, коэффициент детерминации 0,787,  $p < 0,01$ ). Взаимосвязь рангов также является прямой сильной (коэффициент корреляции 0,885,  $p < 0,01$ ) (рис. 1).

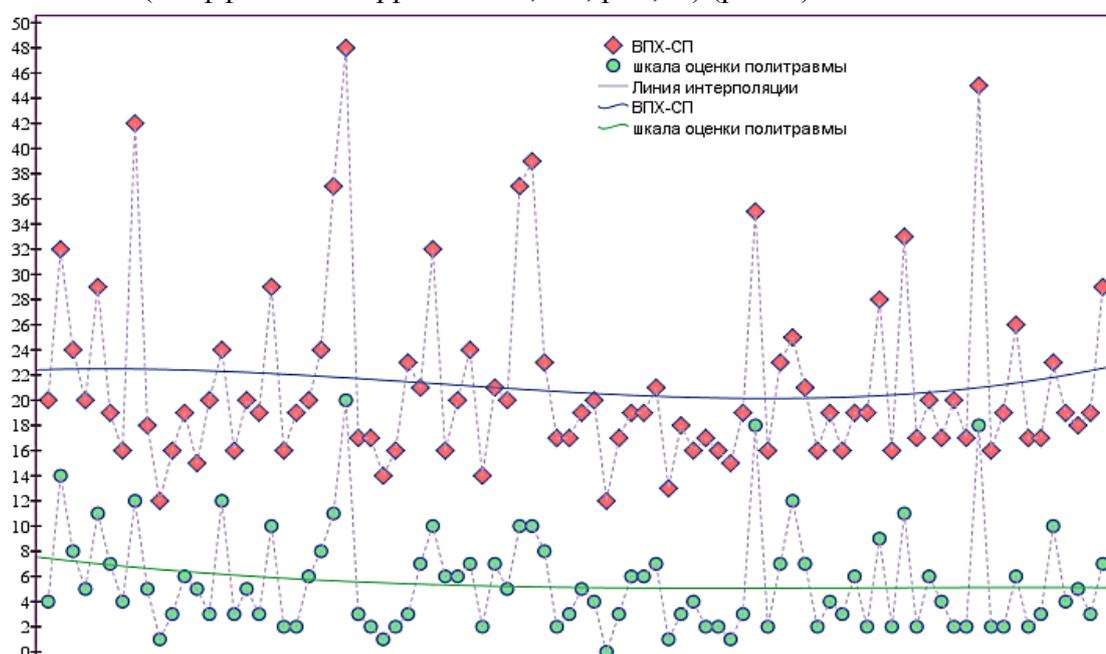


Рис 1. Корреляционные взаимосвязи оценки степеней тяжести больных по шкалам ВПХ-СП и шкалой оценки тяжести больных с политравмой.

Тяжесть функционального состояния и тяжесть повреждений имеют хоть и не столь сильную, но прямую взаимосвязь (коэффициент корреляции 0,547,  $p < 0,01$ ) (рис. 2).

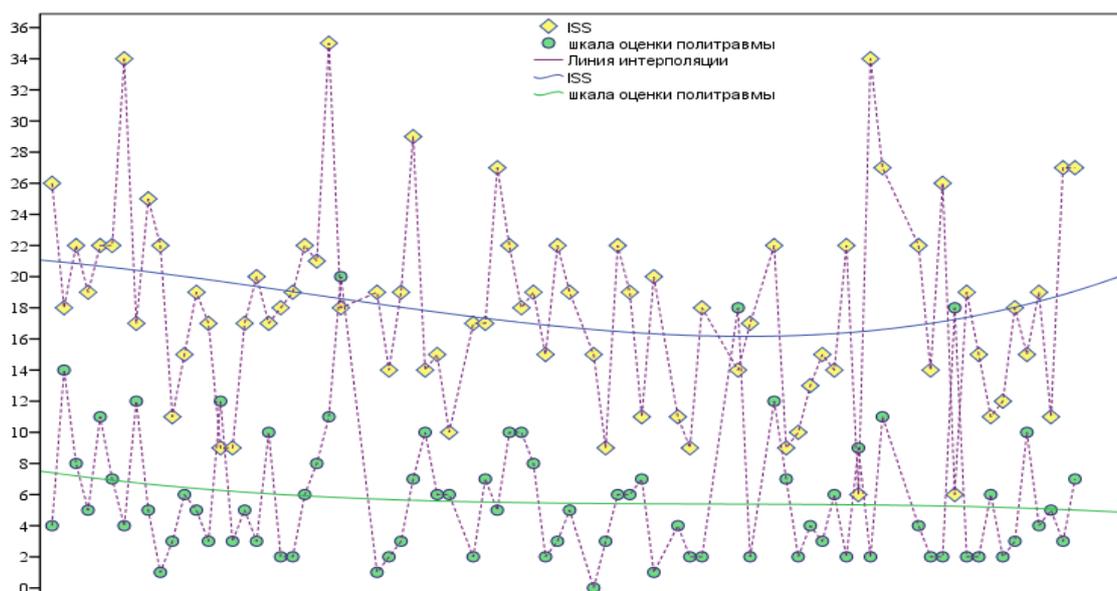


Рис. 2 Корреляционные взаимосвязи оценки тяжести повреждений по шкале ISS и шкалой оценки тяжести больных с политравмой.

#### ВЫВОДЫ:

Разработанная нами система оценки тяжести больных с политравмой является сопоставимой по диагностической ценности со шкалами ВПХ-СП и ISS. Она не опирается на эмпирические оценки, оперируя исключительно лишь параметрами, которые обязательны при осмотре пострадавших на до- и госпитальном этапах. Быстрая и эффективная диагностика тяжести пострадавших с травмой позволит оптимизировать объем интенсивной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1445н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru>, свободный (дата обращения: 27.03.2019).
3. Балльная оценка тяжести состояния при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости /Ефименко Н.А., Лесик П.С., Харисов А.М., Пашаев А.А. // Военно-медицинский журнал. 2015. Т. 336. № 7. С. 11-17.
4. Дятлов М.М. Системы определения степени тяжести политравмы и концепции хирургической помощи при ней//Проблемы здоровья и экологии 2006. № 2 (8). С. 7-17.
5. Дятлов М.М. Системы определения степени тяжести политравмы и концепции хирургической помощи при ней//Проблемы здоровья и экологии 2006. № 3 (9). С. 66-71.
6. Discovering the truth about life after discharge: long-term trauma-related mortality /Callcut R.A., Wakam G., Conroy A.S., Kornblith L.Z., Howard B.M., Nelson M.F., Cohen M.J., Mell M.W., Campion E.M.//Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2016. Т. 80. № 2. С. 210-217.
7. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459с.

#### ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Вересова Т. Г.

КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

В структуре вызовов, обслуживаемых линейной педиатрической бригадой, наиболее частым поводом является повышение температуры тела, которым сопровождаются многие инфекционные заболевания и острые гнойно-воспалительные процессы.

За период 2016-2018 гг. мною было обслужено 2765 вызовов с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) или грипп. Это составило около 53% от всего количества вызовов, обслуженных мною. Заболеваемость ОРВИ носит сезонный характер, чаще болеют дети раннего возраста. Нередко ОРВИ сопровождаются судорожными и гипертермическими синдромами. Судорожный и гипертермический синдромы чаще встречаются, у детей первого года жизни, детей раннего возраста на фоне перинатального поражения ЦНС, а также у детей с отягощенным преморбидным фоном.

Судорожный синдром (С. 40.9) - внезапный приступ произвольных, кратковременных сокращений скелетных мышц. Судорожный припадок может быть проявлением эпилепсии, травмы головного мозга, острого отравления, острой дыхательной недостаточности, острого инфаркта миокарда, эклампсии, столбняка, острого перегревания.

Могут быть клонические, тонические, клонико-тонические и генерализованные судороги. В постсудорожном состоянии характерны: дезориентация, сопор, сон, кома, мидриаз, гипертермия, тахикардия, брадикардия, головная боль.

Неотложная помощь:

1. Масочная ингаляция 100% кислорода (т.к. острая гипоксия мозга).
2. Реланиум 0,5 % р-р 0,1 мл/кг в/в или в/м, под язык (в корень уздечки), при отсутствии эффекта можно повторить через 10 минут в той же дозе (не больше 2-3 раз).
3. Уложить больного на спину, положив под голову валик. Освободить от стесняющей одежды. Повернуть голову на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести роторасширитель, зафиксировать язык.
4. При повторном приступе судорог оксибутират натрия 20% 0,25-0,4мл/кг в/м в/в или в/м (при отсутствии артериальной гипотонии).
5. 3% р-р преднизолона 2-3 мг/кг. (в 1 мл.- 30 мг.) в/в.
6. При условии доказанной гиперволемии! 1% р-р лазикса 1 мг/кг/сут в/в или в/м с целью профилактики и лечения отека головного мозга.

Тактика: доставка в стационар, если судорожный припадок произошел в общественном месте; впервые в жизни; при эпилептическом статусе; при серии судорожных припадков - госпитализация в профильное отделение, при не купируемых судорогах - в ДРО.

Обязательная госпитализация - дети до 1 года, фебрильные судороги, дети с судорогами неясного генеза, дети с судорогами на фоне инфекционного заболевания.

Одновременно вызывается на себя специализированная реанимационная детская бригада. Все дети с судорожным синдромом госпитализируются в ДИБ №1.

Гипертермический синдром

«Розовая» лихорадка: кожа гиперемирована, теплая, хорошая реакция на жаропонижающие средства, соответствие между повышением температуры тела и увеличением пульса и частотой дыхания.

«Белая» лихорадка: кожа бледная, мраморная, конечности холодные на ощупь, цианоз ногтей, недостаточный эффект от жаропонижающих средств, несоответствие между повышением температуры тела и увеличением пульса частотой дыхания, характерны бред, галлюцинации, судороги.

Показатели неблагоприятного прогноза при гипертермии:

- осложненный преморбидный фон,

- ранний возраст ребенка,
- «белая» лихорадка,
- температура 40-41 °С,
- гипертермия более 6 часов,
- отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Неотложная помощь: жаропонижающую терапию проводят у здоровых детей при температуре 39 °С и выше.

Показаниями к симптоматической терапии при температуре 38 °С являются:

- возраст до 3 лет и судороги в анамнезе,
- заболевания сердца и легких,
- острые неврологические заболевания,
- почечные и водно-электролитные нарушения.

«Розовая» лихорадка:

1. Раскрыть ребенка, напоить  
 2. Физические методы охлаждения: пузырь со льдом, холод на крупные сосуды, обёртывание во влажную простыню, обдувание вентилятором, обтирание смесью равных количеств 40° спирта, воды и столового уксуса, клизмы с водой 20 °С.

3. Внутрь парацетамол 10 мг/кг детям до года и 15 мг/кг детям более старшего возраста.

4. Если в течение 30-45 мин. температура тела не снижается, то повторить парацетамол или анальгин 50% 0,1 мл/год жизни в/м.

«Белая» лихорадка:

1. Согреть ребенка (грелки к рукам и ногам)  
 2. Внутрь обильное горячее питье  
 3. Р-р анальгина 50% 0,1 мл/год жизни в/м; в/в струйно или в/м один или два сосудорасширяющих препарата: но-шпа 0,1-0,2 мл/год жизни, дибазол 1% 0,1-0,2 мл/год жизни, папаверин 2% 0,1 мл/год жизни, никотиновая к-та 0,1-0,15 мл/год жизни.

4. При отсутствии эффекта - в/в струйно медленно дроперидол 0,25% 0,05 - 0,1 мл/кг

5. При трудно купируемой (злокачественной) гипертермии ввести преднизолон 1-мг/кг в/в или в/м.

6. Если кожные покровы порозовели и стали теплыми - физические методы охлаждения

7. Оксигенотерапия.

Тактика: при развитии осложнений в ДРО, при неблагоприятном прогнозе - в профильное отделение, при отсутствии осложнений и наличии эффекта от жаропонижающей терапии - оставить дома с рекомендациями.

Во многих случаях ОРВИ осложняется бронхитами и пневмониями.

За отчетный период 2016-2018 гг. мною обслужено 127 детей заболевших бронхитом и 57 –пневмонией.

Заболеваемость и госпитализация детей с бронхитами и пневмониями за 2016-2018 гг.

№ п/п	Заболевания	2016			2017			2018		
		Кол-во забол.	Кол-во госпит.	% от всех забол-х	Кол-во забол.	Кол-во госпит.	% от всех забол-х	Кол-во забол.	Кол-во госпит.	% от всех забол-х
1	Бронхиты	32	26	83,3	37	35	94	58	53	80,7
2	Пневмонии	13	13	100	19	19	100	25	25	100

На амбулаторное лечение оставлены дети, родители которых отказались от госпитализации. Все они переданы в поликлинику для активного наблюдения участковому педиатру, родителям даны рекомендации по лечению и уходу.

В связи с ухудшением экологической обстановки в городе участились случаи заболевания стенозирующим ларинготрахеитом вирусной этиологии. Развитие данного заболевания всегда представляет угрозу для жизни ребенка.

Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп)

«Лающий» кашель, дисфония, инспираторная одышка. Втяжение податливых мест грудной клетки. Беспокойство ребенка. Возникает ночью на фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей.

1 степень: беспокойство ребенка, шумное дыхание, цианоз носогубного треугольника, осиплость голоса.

2 степень: ребенок возбужден, дыхание шумное с втяжением уступчивых мест грудной клетки, цианоз носогубного треугольника, тахикардия.

3 степень: состояние тяжелое, чувство страха, инспираторная одышка с резким втяжением подключичных яремных ямок, эпигастральной области, межреберных пространств, кожные покровы бледные, холодный пот, цианоз губ, языка, ногтевых фаланг, зрачки расширены, пульс частый, слабого наполнения.

4 степень: Состояние крайне тяжелое, сознание утрачено, обширный цианоз, судороги, дыхание поверхностное, пульс нитевидный, зрачки расширены.

Неотложная помощь:

Экстренная госпитализация, быть готовым к экстренной интубации трахеи.

1 степень

1. Эмоциональный и психический покой.

2. Доступ свежего воздуха.

3. Увлажнение водой

4. Жаропонижающая терапия.

5. Будесонит 0,5 мг. ингаляционно ч/з небулайзер с 2 мл. физраствора. При отсутствии эффекта от ингаляции дексаметазон 0,15-0,6 мг./кг. и преднизолон 2-5 мг/ кг внутримышечно.

6. Госпитализация

2 степень

1. Эмоциональный и психический покой.

2. Доступ свежего воздуха.

3. Увлажнение водой

4. Будесонит 2 мг. ингаляционно ч/з небулайзер с 2 мл. физраствора. При отсутствии эффекта от ингаляции дексаметазон 0,6 мг./кг. и преднизолон 2-5 мг/ кг внутримышечно.

5. Госпитализация

3 степень

1. Эмоциональный и психический покой.

2. Доступ свежего воздуха.

3. Увлажнение водой

4. Будесонит 2 мг. ингаляционно ч/з небулайзер с 2 мл. физраствора. При отсутствии эффекта от ингаляции дексаметазон 2-5 мг./кг. и преднизолон 2-5 мг/ кг внутримышечно.

5. Госпитализация

4 степень

Интубация трахеи.

Тактика:

Экстренная госпитализация в специализированное отделение в положении сидя, в при 3-4 степени-в ДРО.

За отчетный период мною было обслужен 221 ребенок с ОСЛТ.

ОСЛТ	2016		2017		2018	
	Кол-во забол.	От ОРВИ %	Кол-во забол.	От ОРВИ %	Кол-во забол.	От ОРВИ %
Всего	69	4,3	62	3,9	90	5,5

Как видно из приведенной таблицы, количество больных стенозирующим ларинготрахеитом увеличилось.

Прослеживается возрастной пик заболеваемости- более 50 % больных составляют дети от 1 до 3 лет. Подавляющее большинство пациентов -75% неорганизованные, 19,1% посещали детские дошкольные учреждения и лишь 5,9 % пришлось на долю школьников. При отчетливой клинической симптоматики стеноза гортани, только 1,5 % находилось дома более суток. В то же время сроки болезни (до госпитализации), рассматриваемые не как начало крупа, а как начало ОРВИ, позволяют выявить ряд существенных закономерностей в развитии болезни.

В 1 день почти у всех 91,3 % острое начало, с очень быстрым прогрессированием клинических симптомов. У 71% детей признаки стеноза, гортани, появились в ночное или вечернее время. Неудивительно, что лишь 11% больных были до госпитализации осмотрены участковыми педиатрами.

На 2 день болезни было госпитализировано абсолютное большинство детей 44%, что позволяет рассматривать эту ситуацию, как типичную для синдрома вирусного крупа. Более чем у 70% развития заболевания происходило однотипно-подъем температуры тела и ринит вечером, ночью или утром-появление патогенных симптомов вирусного крупа. После 3 дня болезни госпитализировано 10,4 %.

Характерно, что численные соотношения сроков госпитализации постоянны, вне зависимости максимальное количество больных госпитализируется на 2 день болезни, несколько меньше в 1 и 3 день.

В 90% случаев состояние детей со стенозом гортани 1 и 2 степени улучшалось на фоне проводимой терапии. 10% случаев состояние оставалось тяжёлое, но стабильное.

Рост заболеваемости воздушно-капельными инфекциями объясняется следующими причинами:

- Постоянное наличие в окружающей среде большого количества высококовирулентных штаммов;
- Высокая контагиозность воздушно-капельного инфицирования;
- Посещение детьми дошкольно - школьных учреждений, где быстро происходит заражение в коллективе;
- Активизация вирусов при переохлаждениях , стрессах;
- Снижение иммунитета у значительной части детского населения;
- Несоблюдение или неосведомлённость родителей о противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятиях при проявлении заболевших в семье.

Течение острых респираторных вирусных инфекций у детей не всегда протекает гладко и без последствий.

Одно из грозных осложнений- синдром Рея- встречается очень редко, в моей практике я не сталкивалась в этой тяжелой патологией.

Заболевание начинается остро, часто с катара верхних дыхательных путей, на 2-3-и 4-е сутки появляется многократная рвота, судороги, быстро развивается мозговая кома, которая может продолжаться от 1 до 4 дней. Характерно быстрое увеличение размеров печени, возможны тахикардия, петехиальная сыпь на коже. Летальность достигает 85 %. Дифференцировать синдром Рея необходимо с менингоэнцефалитом, фульминантными формами вирусного гепатита.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ЗА 2015-2017 г. в МИНУСИНСКОМ РАЙОНЕ.

Верховская В.В., Шуманович А.М., Басин В.Н.

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 781 выездных карт скорой помощи г. Минусинска за 2015-2017г.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:

- 1) обеспечение своевременности оказания медпомощи при ДТП;
- 2) оптимизация приезда бригад на место вызова и уменьшение времени доставки пострадавших в ЦРБ;
- 3) проведение интенсивной терапии, противошоковых, а иногда и реанимационных мероприятий в полном объеме на месте вызова и при транспортировке;
- 4) 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 8,5 % до 9,2 % 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 (2015 – 2017гг.)

Таблица 1

	2015		2016		2017	
		%		%		%
Всего вызовов за год	33732		33487		32164	
Несчастные случаи	3016	8,9%	2963	8,8%	2823	8,7%
Количество ДТП	201	6,6%	182	6,1%	177	6,2%
Количество выездов на	247	0,7%	208	0,6%	188	0,6%

ДТП						
Количество пострадавших в ДТП	279	9,3%	253	8,5%	249	8,8%
мужчин	184	65,9%	155	61,2%	151	60,6%
женщин	67	24,0%	69	27,3%	60	24,1%
Детей до 18 лет	28	10,1%	29	11,5%	38	15,3%
Умерших до приезда СМП	15	5,4%	7	2,8%	7	2,8%
Смерти в присутствии СП	-	-	1	0,3%	1	0,4%

Отмечается снижение количества ДТП в 2017 году в сравнении с 2015 на 24, что составляет 11,9%. В 2016 году число ДТП уменьшилось на 19, что составляет 9,4%. Так же снизилось число пострадавших с 279 до 249 человек, что соответствует 10,7%. (рис.1)

Рисунок 1



Погибших в ДТП до приезда скорой в 2017 в сравнении с 2015 годом снизилось с 15 до 7 человек – на 53,3%. У всех погибших причина смерти - тяжелые политравмы, несовместимые с жизнью. Имеются пострадавшие, умершие в автомобиле СП, причины смерти те же. В 2016-2017 году было по 1 пострадавшему, умершему при транспортировке в ЦРБ.

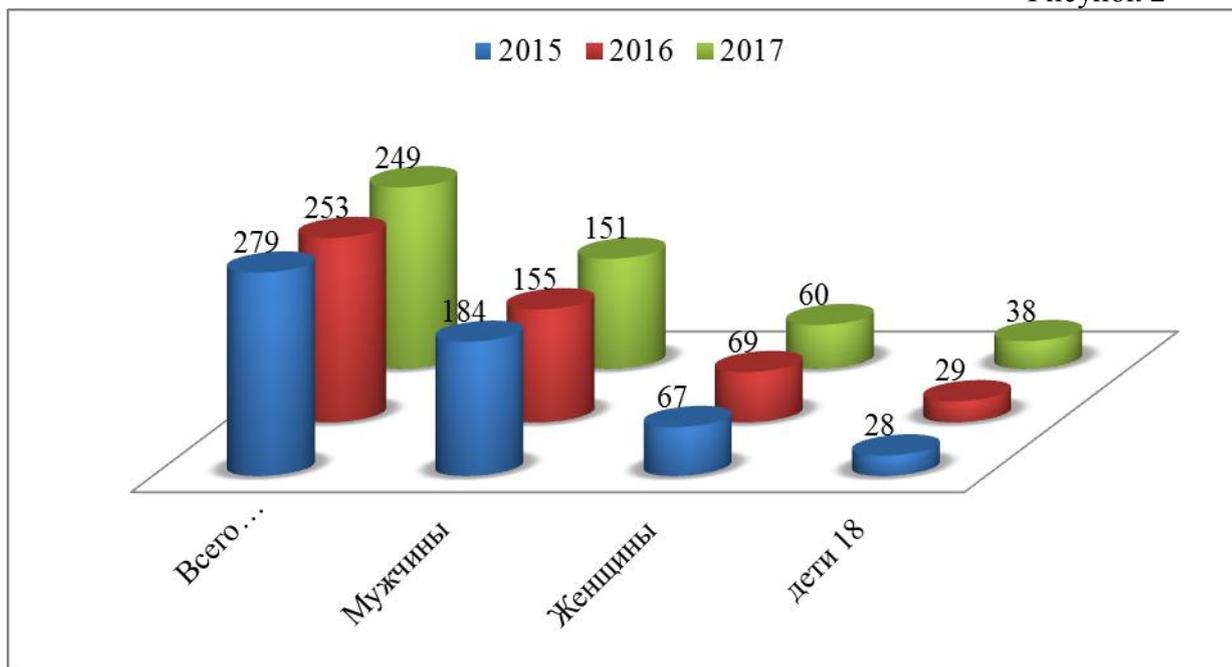
Непосредственными причинами гибели являлись:

- массивная кровопотеря при ампутациях конечностей.
- тяжелые травмы черепа.
- травматический шок 3 степени.
- внутренние кровотечения.

По данным статистики, 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 2015 году. Число мужчин составляет 65,9%, женщин соответственно - 34,1%. В 2016 году число мужчин составляет 61,3% , женщин на 38,7%. В 2017 году число мужчин составляет 60,6% ,женщин 39,3%.

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 алкогольного опьянения у пострадавших (2015-2017гг.)

Таблица 2

	2015		2016		2017	
		%		%		%
В алкогольном опьянении	57	20,4%	42	16,6%	51	20,4%
Всего	279		253		249	

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. Возрастная структура пострадавших в ДТП представлена в таблице №3.

Анализ обслуженных больных по возрасту (2015-2017гг.)

Таблица 3

	2015		2016		2017	
		%		%		%
до 5 лет	5	1,8%	4	1,7%	4	1,6%

до 10 лет	9	3,2%	8	3,1%	10	4,0%
11-18 лет	16	5,7%	24	9,5%	21	8,4%
19-39 лет	115	41,2%	119	47,0%	114	45,8%
40-59 лет	94	33,7%	62	24,5%	63	25,3%
60-80 лет	34	12,2%	33	13,0%	34	13,7%
Свыше 80 лет	6	2,2%	3	1,2%	3	1,2%
Всего	279	100%	253	100%	249	100%

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 2015-2017 гг.

Таблица 4

	2015		2016		2017	
		%		%		%
январь	9	3,2%	9	3,6%	15	6,0%
февраль	10	3,6%	8	3,2%	9	3,6%
март	11	3,9%	5	1,9%	11	4,4%
апрель	22	7,9%	17	6,7%	19	7,6%
май	29	10,4%	25	9,9%	24	9,6%
июнь	33	11,8%	35	13,8%	31	12,4%
июль	36	12,9%	32	12,6%	35	14,0%
август	38	13,6%	37	14,6%	34	14,7%
сентябрь	32	11,5%	29	11,5%	21	8,4%
октябрь	34	12,2%	24	9,5%	23	9,2%
ноябрь	13	4,7%	17	6,7%	15	6,0%
декабрь	12	4,3%	15	6,0%	12	4,8%
Всего	279	100%	253	100%	249	100%

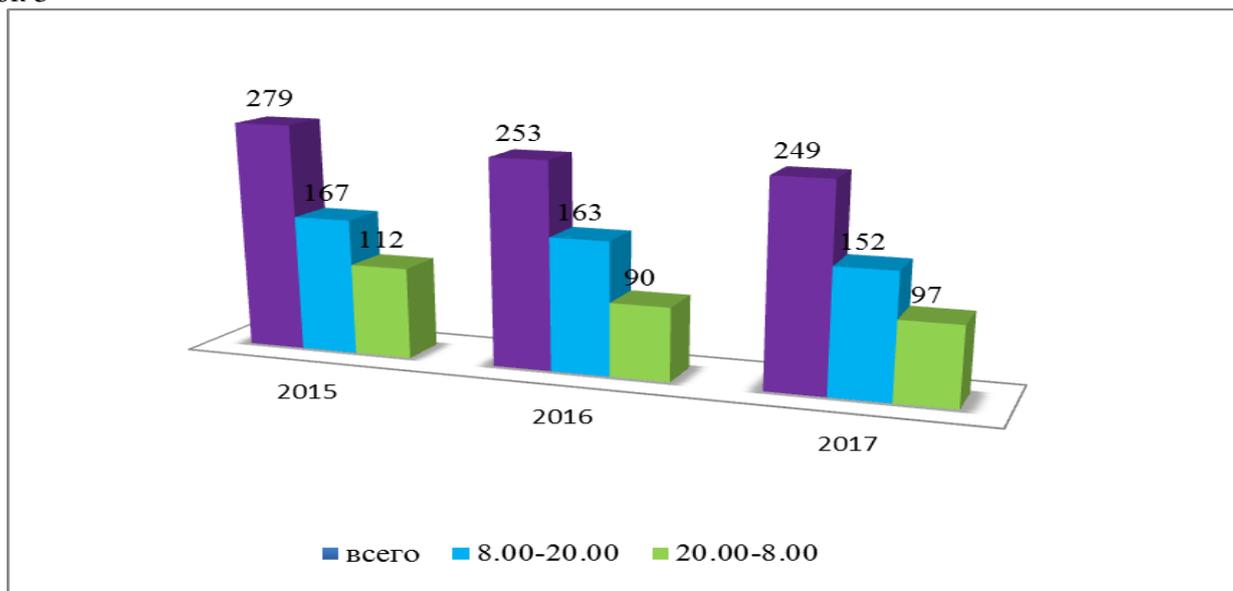
Анализируя вызова по времени суток отмечается значительное увеличение ДТП в темное время суток, а именно в период с 20-00 час. до 8-00 час. Это связано с плохой освещенностью улично-дорожной сети, отсутствием у пешеходов светоотражающих элементов на одежде, темные цвета одежды пешеходов, которые плохо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

#### Анализ вызовов по времени суток (2015-2017гг.)

Таблица 5

	2015		2016		2017	
		%		%		%
08.00-20.00	167	61,0%	163	67,8%	152	61,1%
20.00-08.00	112	39,0%	90	32,2%	97	38,9%
Всего	279	100%	253	100%	249	100%

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 (2015-2017гг.)

Таблица 6

	2015		2016		2017	
		%		%		%
Город	87	31,1%	89	35,1%	86	34,5%
Район	104	37,2%	101	40,0%	87	34,9%
Федеральная трасса М54	43	15,4%	34	13,4%	35	14,1%
Дороги местного значения	45	16,3%	29	11,5%	41	16,5%
всего	279	100%	253	100%	249	100%

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 (2015-2017гг.)

Таблица 7

	2015		2016		2017	
		%		%		%
До 10 мин.	85	30,4%	94	37,2%	86	34,5%
От 10-20 мин.	140	50,3%	117	46,2%	115	46,2%
От 20-40 мин.	45	16,1%	40	15,8%	43	17,3%
От 40-60 мин.	9	3,2%	2	0,8%	5	2,0%
Свыше 60 мин.	-	-	-	-	-	-
Всего	279	100%	253	100%	249	100%

Из представленной таблицы видно, что к большинству пострадавших бригады прибывают в течение 10-20 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 прибытия 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 (2015-2017 гг.)

Таблица 8

	2015		2016		2017	
доставлено	186		173		174	
госпитализировано	74		76		72	
Из них: В ИТАР	11		10		12	
В травматологию	58		60		56	
В хирургию	5		6		4	
Проведено ПХО	35		27		27	
Отказались от госпитализации	6		9		7	
На амбулаторное лечение	71		73		68	
Оставлены на месте аварии	78		72		73	
Умерли при транспортировке	-		1		1	
Умерли до приезда скорой	15		7		7	
Всего	279		253		249	

За 3 года доставлено в ЦРБ 533 пострадавших, что составляет 68,2% от числа обслуженных. Из них госпитализировано 222 человека – 41,6%. В реанимационное отделение - 33 пострадавших, 13,7% которых с тяжелыми сочетанными травмами, осложненные травматическим шоком, больные с тяжелым повреждением головного мозга в коматозном состоянии.

В травматологическое – 174 больных, 71,3% из них с переломами трубчатых костей, с черепно-мозговыми травмами, с множественными травмами.

В хирургическое отделение – 15 больных, 4,5% из них 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 22 человека, что составляет 4,1% от доставленных.

212 пострадавшим – 39,7% от доставленных 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 (2015-2017 гг.)

Таблица 9

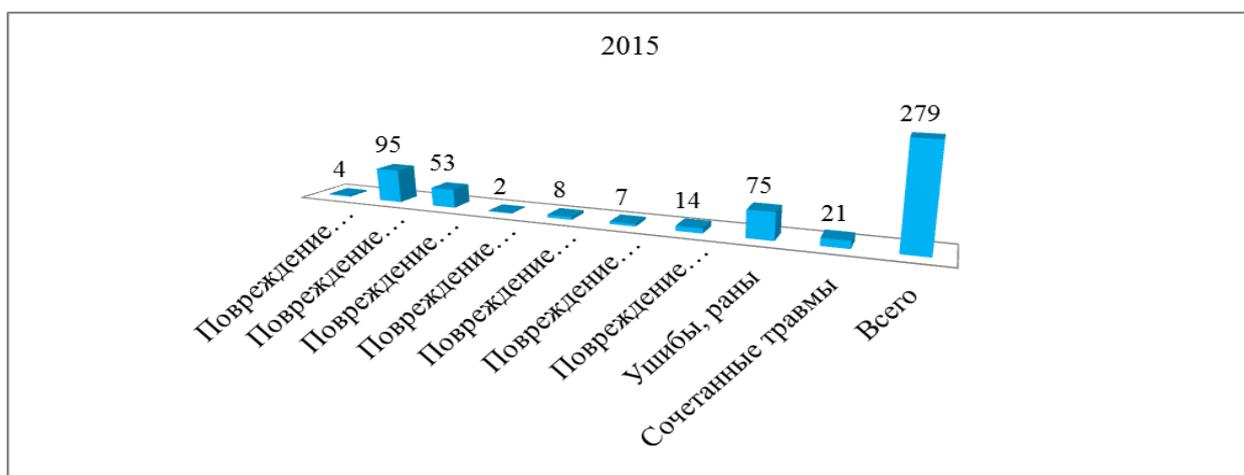
Виды травм	2015		2016		2017	

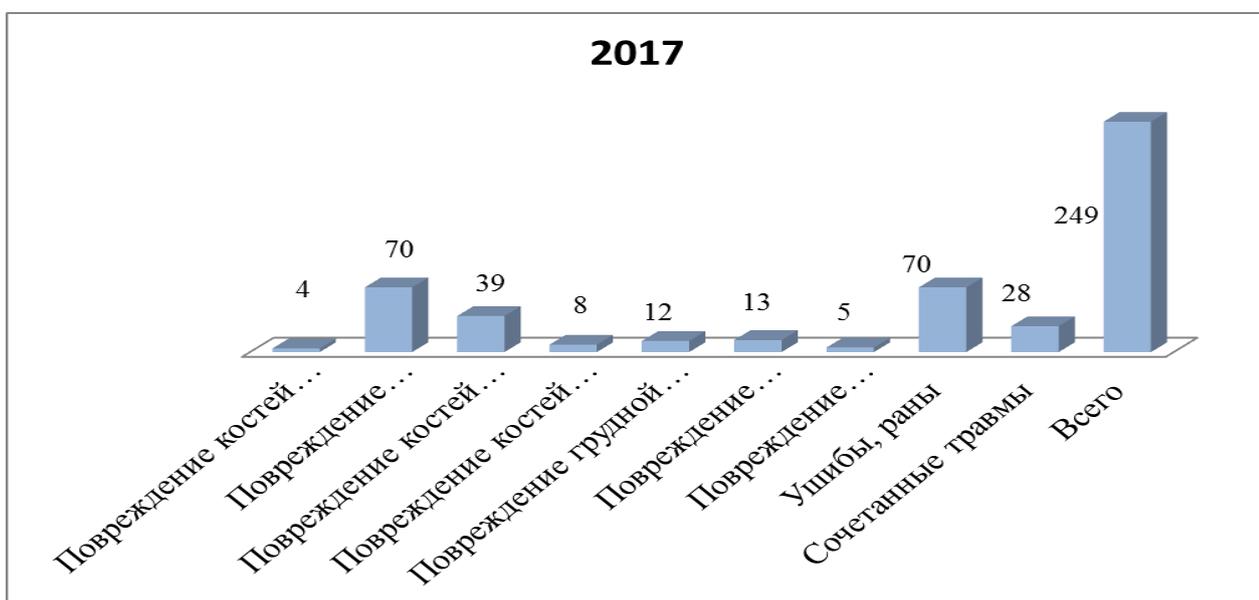
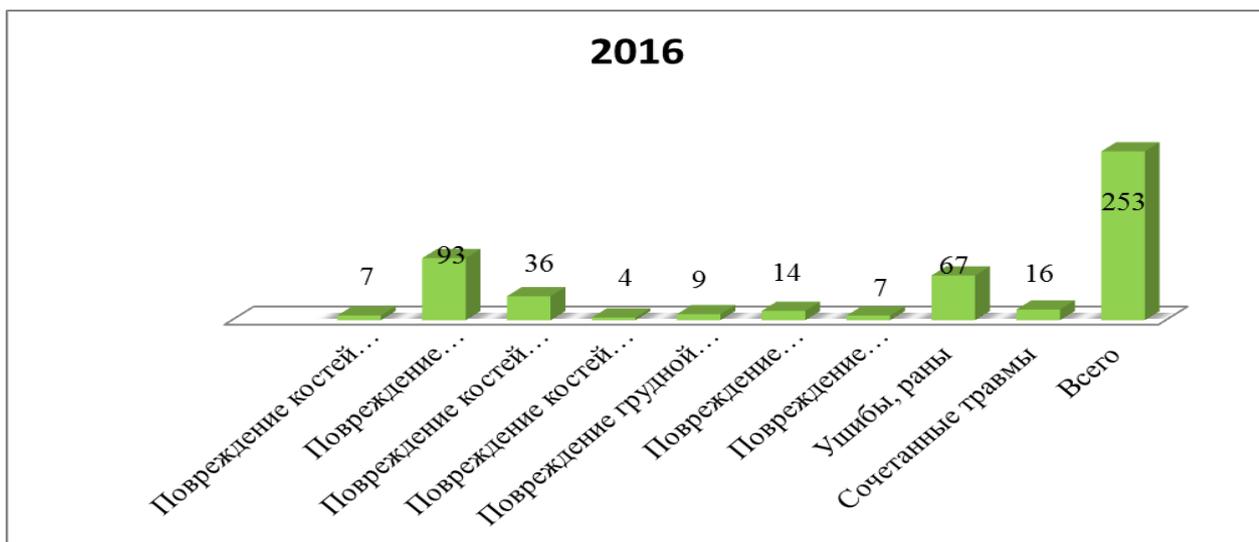
Повреждение костей черепа	4	1,4%	7	2,8%	4	1,6%
Повреждение головного мозга (ЧМТ)	95	34,0%	93	36,8%	70	28,1%
Повреждение костей конечностей	53	19,0%	36	14,2%	39	15,7%
Повреждение костей таза	2	0,7%	4	1,6%	8	3,3%
Повреждение грудной клетки	8	2,9%	9	3,6%	12	4,8%
Повреждение позвоночника	7	2,5%	14	5,5%	13	5,2%
Повреждение внутренних органов	14	5,0%	7	2,8%	5	2,0%
Ушибы, раны	75	27,0%	67	26,4%	70	28,1%
Сочетанные травмы	21	7,5%	16	6,3%	28	11,2%
Всего	279	100%	253	100%	249	100%

Из представленной таблицы видно, что наибольшее число пострадавших составляют больные с повреждением головного мозга. На протяжении 3 лет данный показатель составляет от 28,1% до 34,0%. На втором месте – повреждение костей конечностей от 15,6% до 18,9%.

Значимыми являются показатели пострадавших с сочетанными травмами. Данные больные составляют от 6,3% до 11,2%. Эти больные наиболее тяжелые и составляют основной процент госпитализированных в реанимационное отделение ЦРБ.

Рисунок 4





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

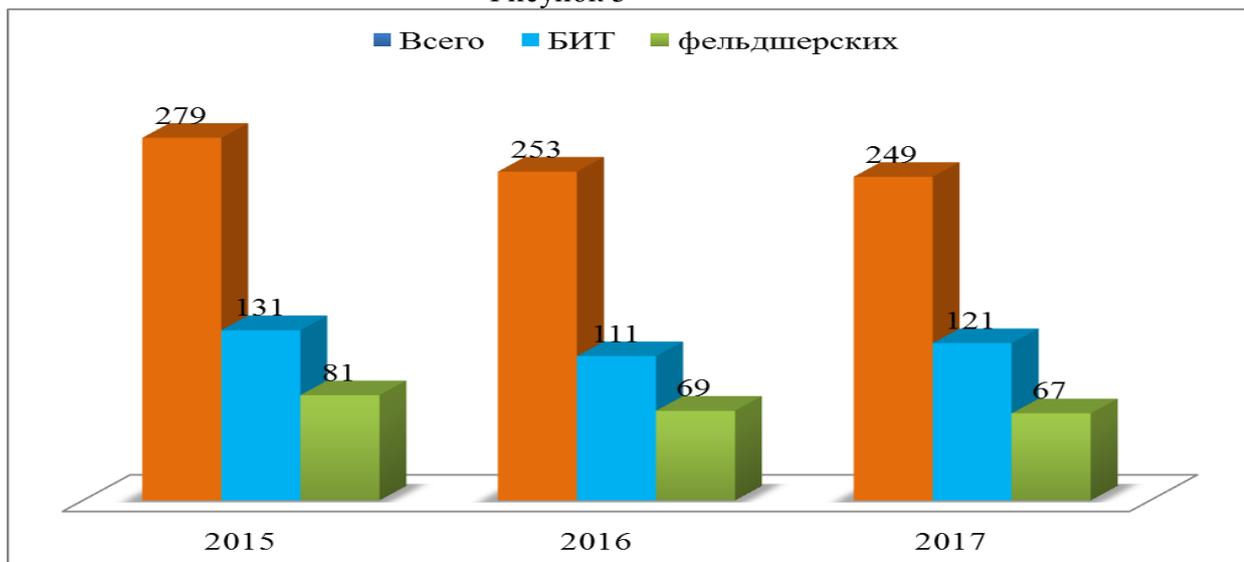
Структура бригад выезжающих на ДТП (2015-2017 гг.)

Таблица 10

	2015		2016		2017	
		%		%		%
БИТ	131	46,9%	111	43,8%	121	48,5%
Врачебные	67	24,1%	73	28,9%	61	24,5%
Фельдшерские	81	29,0%	69	27,3%	67	27,0%
<b>Всего</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>	<b>253</b>	<b>100%</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

Из таблицы видно, что большинство пострадавших обслужено БИТ-бригадами, от 43,8% до 48,5%. Выезда врачебных бригад составляют от 24,1% до 28,9%. Фельдшерские вызова составляют от 27,0% до 29,0%. 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 Шанца.
- глюкокортикостероиды;
- при судорогах - реланиум;
- при транспортировке оксигенотерапия и борьба с полиорганной недостаточностью.

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

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

Время, затраченное на один вызов (2015-2017 гг.)

Таблица 11

Время на вызове	2015		2016		2017	
		%		%		%
До 20 мин.	19	9,4%	10	5,5%	16	9,0%

От 20-40 мин.	101	50,2%	89	49,0%	84	47,4%
От 40-60 мин.	48	23,9%	59	32,4%	46	26,0%
Более 60 мин.	28	14,0%	21	11,5%	27	15,3%
Свыше 2 часов	5	2,5%	3	1,6%	4	2,3%
Всего ДТП	201	100%	182	100%	177	100%

В среднем на один вызов затрачивается от 20 до 40 минут (47,4%- 50,2% вызовов). Увеличение данного показателя связано с удаленностью места ДТП от города и большим количеством пострадавших на вызове. Правило «золотого часа» соблюдено в 472 случаях (84,2%).

#### ВЫВОДЫ:

1. Дорожно - транспортные происшествия являются одними из главных причин травматизма в Минусинском районе и г. Минусинске (от 6,1% до 6,6% всех несчастных случаев, обслуженных ССМП за год). Они занимают от 0,5% до 0,6% в общей структуре вызовов за год.

2. В большинстве случаев пострадавшие – это мужчины (от 60,6% до 65,9%) молодого трудоспособного возраста. Женщин от 24,0% до 27,3%.

3. Высокий процент пострадавших, которые находятся в алкогольном опьянении (от 16,6% до 20,4%), среди них много водителей.

4. Большинство вызовов данной категории обслуживаются бригадами интенсивной терапии (от 43,8% до 48,5%).

5. В 46,2%-50,2% случаев бригады прибывают на место вызова в течение 10-20 минут. Увеличение времени доезда обусловлено большими расстояниями до места ДТП.

6. В Минусинском районе чаще ДТП происходят за пределами города Минусинска (до 40,0%), в городе до 35,1%. Федеральная трасса М54 «Енисей» (до 15;4%), на дорогах местного значения (до 16,5% случаев).

7. В структуре травм основное место занимают повреждения головного мозга (до 36,8%), с повреждениями конечностей (до 19,0%).

8. Процент госпитализированных от числа доставленных составляет от 39,8% до 43,9%.

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

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ XXIX ВСЕМИРНОЙ ЗИМНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2019 ГОДА В Г. КРАСНОЯРСК

Вяткин И.Е., Бурмистров Ю.Н.

КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф»

Первая в истории страны Всемирная зимняя Универсиада прошла в г. Красноярске. Студенческие игры продолжались 11 дней – с 02 по 12 марта 2019 года.

Основными задачами краевого здравоохранения в период проведения Универсиады являлись: медицинское обеспечение спортивных и массовых мероприятий на спортивных

объектах и в Парке Универсиады; медицинское сопровождение размещения спортсменов и аккредитованных лиц в Деревне Универсиады.

В период проведения Универсиады было задействовано 11 спортивных объектов, из которых 7 представляют собой крытые сооружения, 4 – являются открытыми. Из числа 7 крытых объектов зрители присутствовали на 6, с количеством посадочных мест от 2,5 до 7,0 тыс. чел.

В структуру сил и средств, предназначенных для медицинского обеспечения Универсиады, входили:

- 1) Группировки сил средств на 13 объектах Универсиады;
- 2) Мобильные формирования – 50 бригад скорой медицинской помощи, формируемые дополнительно к существующим 95 бригадам, ежедневно заступающим на дежурство в г. Красноярске;

- 3) Госпитальная база, основу которой составят базовые госпитали – КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», и резервные учреждения: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №7» и КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4».

Формируемые группировки сил и средств на спортивных объектах включали: Главного врача объекта (врача спортивной медицины); от 1 до 8 мобильных медицинских бригад (на крытых объектах возглавляемых врачами спортивной медицины, на открытых – травматологами и анестезиологами-реаниматологами).

В состав мобильных бригад крытых объектов так же входили по одному среднему медицинскому работнику и волонтеру (студенту-выпускнику медицинского университета). Мобильные медицинские бригады открытых объектов дополнительно были усилены профессиональными спасателями.

На каждом объекте разворачивалось по одному медицинскому пункту для спортсменов и в зависимости от вместимости, один-два медицинских пункта для зрителей в составе: одного врача-терапевта, одного среднего медицинского работника и одного волонтера.

Во время официальных тренировок и соревнований на каждом объекте постоянно дежурили от 2 до 4 бригад скорой медицинской помощи. Дополнительно одна бригада выступала в роли подменной.

Численность медицинского персонала объектовых группировок крупных спортивных объектов с учетом бригад скорой медицинской помощи составляла от 12 до 24 человек, включая 6 – 17 врачей и 4 – 9 средних медицинских работников. С учетом приданных сил (спасателей и волонтеров-студентов) общая численность объектовых группировок составляла от 18 до 52 чел.

В зависимости от режима работы объектов Универсиады к дежурству одновременно привлекалось от 10 до 26 бригад скорой медицинской помощи.

С учетом общего числа дополнительно формируемых бригад (50) оперативный резерв составлял от 24 до 40 бригад скорой медицинской помощи, которые возможно было привлечь одномоментно в течение первых 15 минут.

На 2 открытых объектах: фан-парке «БОБРОВЫЙ ЛОГ» и комплексе «Сопка» – обеспечивалось дежурство бригад санитарной авиации на легкомоторных вертолетах.

В период проведения массовых мероприятий в Парке Универсиады разворачивался медицинский пункт и обеспечивалось дежурство 2 бригад скорой медицинской помощи.

Всего медицинская группировка персонал Универсиады состояла 695 человек: 142 врача, 149 средних медицинских работников, 121 волонтер-медик, 48 спасателей, 81 водитель (пилот), 154 сотрудника медицинского центра деревни Универсиады.

В подготовительный период проведено обучение привлеченного медицинского персонала по тематическому обучению по базовым специальностям, по спортивной

медицине, по инфекционным болезням, по антидопинговым программам, по сердечно-легочной реанимации, по использованию медицинской терминологии при оказании медицинской помощи иностранным гражданам.

Для отработки практических навыков согласно утвержденному графику было проведено 11 тренингов в период май-август 2018 года, далее с 15.01 по 22.02.2019 120 ситуационных тренингов на объектах спорта, 216 сотрудников прошли стажировку в составе бригад скорой медицинской помощи, 235 отработали навыки оказания сердечно-легочной реанимации как в симуляционном центре, так непосредственно на открытых и закрытых объектах спорта, на трибунах. Проведен семинар по обучению сотрудников действиям в период возникновения ЧС в разрезе каждого объекта

С учетом взаимного расположения объектов Универсиады и обеспечивающих медицинских организаций был разработан порядок медицинской эвакуации, учитывающий вид травмы (заболевания), тяжесть состояния и возраст пострадавшего.

В рамках организации ликвидации последствий возможных чрезвычайных ситуаций в период Универсиады разработан согласованный алгоритм действий должностных лиц объектов Универсиады, органов управления, учреждений и формирований службы медицины катастроф.

В заповеднике Столбы (экскурсионная программа) с 15.02.2019 размещен стационарный медицинский пункт КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф».

С целью естественного вытрезвления и временного пребывания лиц, находящихся в состоянии опьянения, не нуждающихся в оказании медицинской помощи и не совершивших преступлений и правонарушений, в г. Красноярске было организовано предоставление срочной социальной услуги с проведением медицинского освидетельствования на состояние опьянения КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1».

За весь период проведения Универсиады в мероприятиях приняло участие 252 414 человек, в том числе 3 372 делегата НФСС, 590 представителей семьи FISU, 2 310 представителей клиентской группы «Гости оргкомитета и высокопоставленные лица», 1 422 технических и официальных лица, 2 144 представителя СМИ, 5 921 волонтер; всего 47 582 аккредитованных лица.

Всего в период с 23 февраля по 14 марта за медицинской помощью обратилось 2282 человек, из них 71 ребенок, 2102 обратившихся получили медицинскую помощь на месте, 180 человек были транспортированы в базовые госпитали, из них госпитализировано 77 человек.

По поводу общих заболеваний обратилось 2010 человек, по поводу травм – 272.

Из общего числа обратившихся:

- спортсмены – 211, из них детей – 2;
- оргкомитет «Красноярск 2019» – 924, из них детей – 23;
- делегации НФСС – 70;
- технические официальные лица – 44;
- пресса – 28;
- телерадиовещатели – 20;
- волонтеры игр – 715, из них детей – 22;
- тренеры – 7;
- семья ФИСУ – 59;
- гости Оргкомитета «Красноярск 2019» – 26, из них детей – 1;
- судейские бригады по видам спорта – 46;
- высокопоставленные лица – 1;
- зрители – 131, из них детей – 23.

Степени тяжести состояния:

- легкая – 1995;
- средняя – 283;
- тяжелая – 4.

Медицинская помощь оказана:

- в медицинском пункте – 2254;
- по месту вызова мобильной медицинской бригады – 0;
- по месту вызова СМП – 28.

Из общего числа обратившихся:

- транспортировано в стационар – 180, из них спортсменов – 27;
- госпитализировано – 77, из них спортсменов – 6;
- помощь оказана на месте – 2102 человек.

Распределение по поводам обращения:

- спортивная – 54;
- несчастный случай – 257;
- действия третьих лиц – 0;
- внезапное острое заболевание – 1862;
- обострение хронического заболевания – 109.

В период проведения Универсиады было отобрано 264 допинг-проб.

Все вышеизложенное, позволяет сделать вывод, что медицинская служба Красноярского края поставленные перед ней задачи на период подготовки и проведения XXIX Всемирной зимней универсиады 2019 года в целом выполнила. Каких-либо рекомендаций или нареканий, в адрес медицинской службы со стороны медицинского комитета FISU не было, что свидетельствует о максимально адекватном подходе к расчетам сил и средств, командной работе, квалификации и самоотверженности персонала.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В 2012-2017гг.

Головенкин С.Е.<sup>1</sup>, Никулина С.Ю.<sup>1</sup>, Устюгов С.А.<sup>2</sup>, Самохвалов Е.В.<sup>2</sup>, Русал С.Е.<sup>2</sup>,  
 Политова О.И.<sup>2</sup>, Розовская И.Е.<sup>3</sup>, Малыхина Е.М.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

<sup>2</sup>КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г.Красноярск

<sup>3</sup>ООО «Центр современной кардиологии», г.Красноярск

<sup>4</sup>Профессорская клиника ФГБОУ ВО «Красноярского Государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

Согласно современным рекомендациям предусматривается три этапа реабилитации пациентов острым коронарным синдромом (ОКС). В Красноярском крае значительная часть больных ОКС получают неотложную помощь в региональном сосудистом центре и первичных сосудистых отделениях, где в полном объеме получают весь комплекс мероприятий первого этапа реабилитации. К сожалению, после выписки из стационара далеко не все пациенты проходят дальнейшие этапы реабилитационных мероприятий, что безусловно негативно сказывается на прогнозе.

В связи с этим, мы поставили перед собой цель – проанализировать проведение реабилитации пациентов, перенесших острый коронарный синдром, после выписки из стационара в 2012-2017гг.

Материал и методы. В течение последних шести лет количество пациентов острым коронарным синдромом в Красноярском крае снижалось. В 2012г. их было 15923

человека, в 2013г. – 13119, в 2014г. – 11192, 2015г. – 11019, 2016г. – 10985, 2017г. – 9903. В стационаре этим больным был выставлен диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) или нестабильной стенокардии (НС). В 2012-2017гг. количество больных с ОКС снизилось за счет пациентов с НС, количество больных с ОИМ все эти годы было постоянным и колебалось от 5 до 5,5 тысяч человек. После выписки из стационара в 2012-2017гг. пациенты, перенесшие ОКС, проходили реабилитацию в четырех лечебных учреждениях Красноярского края: санатории «Енисей», санатории «Красноярское Загорье», Центре современной кардиологии и Профессорской клинике КрасГМУ.

Результаты. Мы проанализировали количество больных ОКС, прошедших реабилитацию после выписки из стационара в этих лечебных учреждениях за последние шесть лет. В 2012г. таких пациентов было 943, в 2013г. – 1152, в 2014г. – 1336, в 2015г. – 1438, в 2016г. – 1587, в 2017г. – 1696. В процентах от всего количества больных ОКС это составило: в 2012г. 5,9%, в 2013г. – 8,8%, в 2014г. – 11,9%, в 2015г. – 13,1%, в 2016г. – 14,4%, в 2017г. – 17,1%. Таким образом, наблюдается ежегодное увеличение количества пациентов, прошедших реабилитацию после выписки из стационара, как в абсолютных цифрах, так и в относительных. В тоже время, несмотря на достаточные мощности для её проведения, лишь 17,0% больных, перенесших острый коронарный синдром, проходят реабилитационные мероприятия после выписки из клиники. Это происходит из-за отсутствия должной преемственности между этапами реабилитации этой категории больных, что безусловно требует дальнейшего совершенствования системы оказания помощи больным острым коронарным синдромом.

#### ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ POISONING SEVERITY SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ

Ермолаев И.П.<sup>1</sup>, Рахманова Е.А.<sup>2</sup>, Попова Е.А.<sup>1</sup>, Кледева О.Г.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича»

<sup>3</sup>КГБУЗ "Шарыповская городская больница"

Больные с диагнозом «отравление психодислептиками» в среднем составляют до 20% и более всех экстренно поступающих в токсикологические отделения РФ (Остапенко Ю.Н.). Токсикологическая ситуация в г.Красноярске по данным ФГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича, так же, как и в России, характеризуется значительным количеством случаев острых отравлений данными препаратами: 21,6-4,8 % в 2016-18 гг. Для оценки степени тяжести пострадавших при острых отравлениях в клинической токсикологии применяется шкала оценки степени тяжести отравлений – PSS (Poisoning Severity Score), разработанная Европейской ассоциацией токсикологов IPCS/EC/EAPCCST.

В исследовании были использованы данные медицинских карт 117 пациентов, госпитализированных в отделение для больных с острыми отравлениями ФГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича в период 2016-2018 гг. по поводу острого отравления психодислептиками, у которых в биологических средах при химико-токсикологическом исследовании были выявлены вещества: aPVP, MDMB (FUBINACA). На основании ретроспективного анализа, используя шкалу PSS произведена оценка тяжести острых отравлений синтетическими наркотическими веществами.

В клинической картине острых отравлений психодислептиками преобладает нарушение функции ЦНС: при отравлении aPVP (n=63) у 25% пациентов развивалось оглушение, 14% - сопор, 22% - кома, 37% психомоторное возбуждение, 2% сознание ясное; что соответствовало степени тяжести интоксикации по шкале PSS: I степень-32%, II степень-43%, III степень-25%; при отравлении FUBINACA (n=35) у 40% пациентов

зарегистрировано оглушение, 8% сопор, 29% - кома, психомоторное возбуждение -20%; 3% сознание ясное, что явилось основанием для констатации степени тяжести интоксикации по шкале PSS: I степень-43%, II степень-28%, III степень-29%. среди данных пациентов II степень тяжести отравления была обусловлена тяжелой брадикардией - 1, массивной протеинурией – 1, тяжелой гипокалиемией – 1.

Наш первый опыт показал, что шкала PSS позволяет объективизировать клинические и лабораторные проявления интоксикации, выделить ведущие синдромы, спрогнозировать риск развития осложнений и неотложных состояний, способствуя определению тактики ведения пациентов и оптимизированию на госпитальном этапе объема неотложной помощи. Также шкала PSS проста в использовании и не требует от медицинского учреждения широкого спектра диагностических возможностей.

## АНАЛИЗ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КГБУЗ «НАЗАРОВСКАЯ ССМП» И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПСЦ АЧИНСКОЙ МРБ ЗА 2016-2018 ГГ

Карманова И.А., Каменецкий С.Н., Тимофеев А.В., Хлыновских К.И.  
КГБУЗ « Назаровская ССМП», г. Назарово

За 2018 год бригадами ССМП обслужено 224 пациента с острой коронарной патологией, что на 15,5% больше чем в 2017 г., но на 7,8% меньше, чем в 2016 г. Соответственно, цифры по годам составили: 2016-243 человека, 2017-194 человека, 2018-224 человека.

Отмечено, что с 2016 г. по 2018 г. увеличилось число пациентов с диагнозом острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда и повторный инфаркт миокарда на 31%. В абсолютных цифрах составило: 2016г. - 58 пациентов, 2017г. - 67 пациентов, 2018г. - 76 пациентов. Из них доставлены в МРБ г. Ачинска: 2016 - 35 чел., 2017г. - 45 чел., 2018г. - 61 человек. Госпитализировано в РАО Назаровской районной больницы: 2016-3 чел., 2017-7 чел., 2018-6 чел. Госпитализировано в терапевтическое отделение НРБ: 2016-17 чел., 2017-14 чел., 2018-5 чел.

Из данной статистики видно, что с каждым годом увеличивается количество госпитализаций пациентов из г. Назарово в ПСЦ г. Ачинск, с диагнозом ОИМ, ПИМ с 60% в 2016г. до 80,2% в 2018г. соответственно уменьшилось количество госпитализаций в терапевтическое отделение и РАО Назаровской РБ.

За истекшие три года наблюдалась одна смерть в автомашине СП и два смертельных случая во время оказания медицинской помощи ( 2016-1 чел., 2018г.-2 чел.).

Определённый процент в вышеуказанных цифрах (заболеваемость по годам) составили пациенты из сельской местности с диагнозом ОИМ, ПИМ: 2016-16 чел., 2017-11 чел., 2018-7 чел. соответственно. Практически всем пациентам из сельской местности была проведена догоспитальная тромболитическая терапия препаратами, имеющимися на данный момент в укладке бригад СМП.

Дополнительно хотелось бы выделить обслуживание бригадами СМП г. Назарово пациентов с диагнозом: ОКС с подъемом сегмента ST. Что за последние три года составило: 2016г - 20 пациентов, 2017 - 15 пациентов, 2018 - 24 пациентов, из них госпитализировано в МРБ г. Ачинска: 2016-13 чел., 2017-14 чел., 2018-21 чел., в РАО Назаровской РБ: 2016-4 чел., за 2017 и 2018г госпитализаций в РАО не было. В терапевтическое отделение Назаровской РБ: 2016-3 чел., 2017-0 чел., 2018-1 чел.

Из данной статистики видно. Также возрос % госпитализаций пациентов с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST в МРБ г. Ачинска с 65% в 2016г. до 93% в 2017г. и 87,5% в 2018г.

Далее приводим данные по проведению тромболитической терапии на догоспитальном этапе:

2016г-25 чел, из них 20-Острый ИМ и Повторный ИМ, ОКС с подъемом сегмента ST-5.

2017г-9 чел, из них 7-Острый ИМ и Повторный ИМ, ОКС с подъемом сегмента ST-2.

2018г-11 чел, из них: 8-ОИМ и ПИМ, 3-ОКС с подъемом сегмента ST.

Судя по статистике, в нашем учреждении проведение догоспитального тромболизиса уменьшилось, т. к. в г. Ачинске на базе МРБ открылся инвазивный центр для проведения коронарографии и стентирования коронарных артерий по показаниям. Расстояние между Ачинском и Назарово около 27 км, время доставки пациента с адреса (исключая сельских жителей)-до приемного покоя ПСЦ составляет в среднем 35 минут.

Таблица №1.

Тромболитический препарат	2016	2017	2018
фортелизин	1 пациент	–	–
Пуролаза	24	9	11
всего	25	9	11

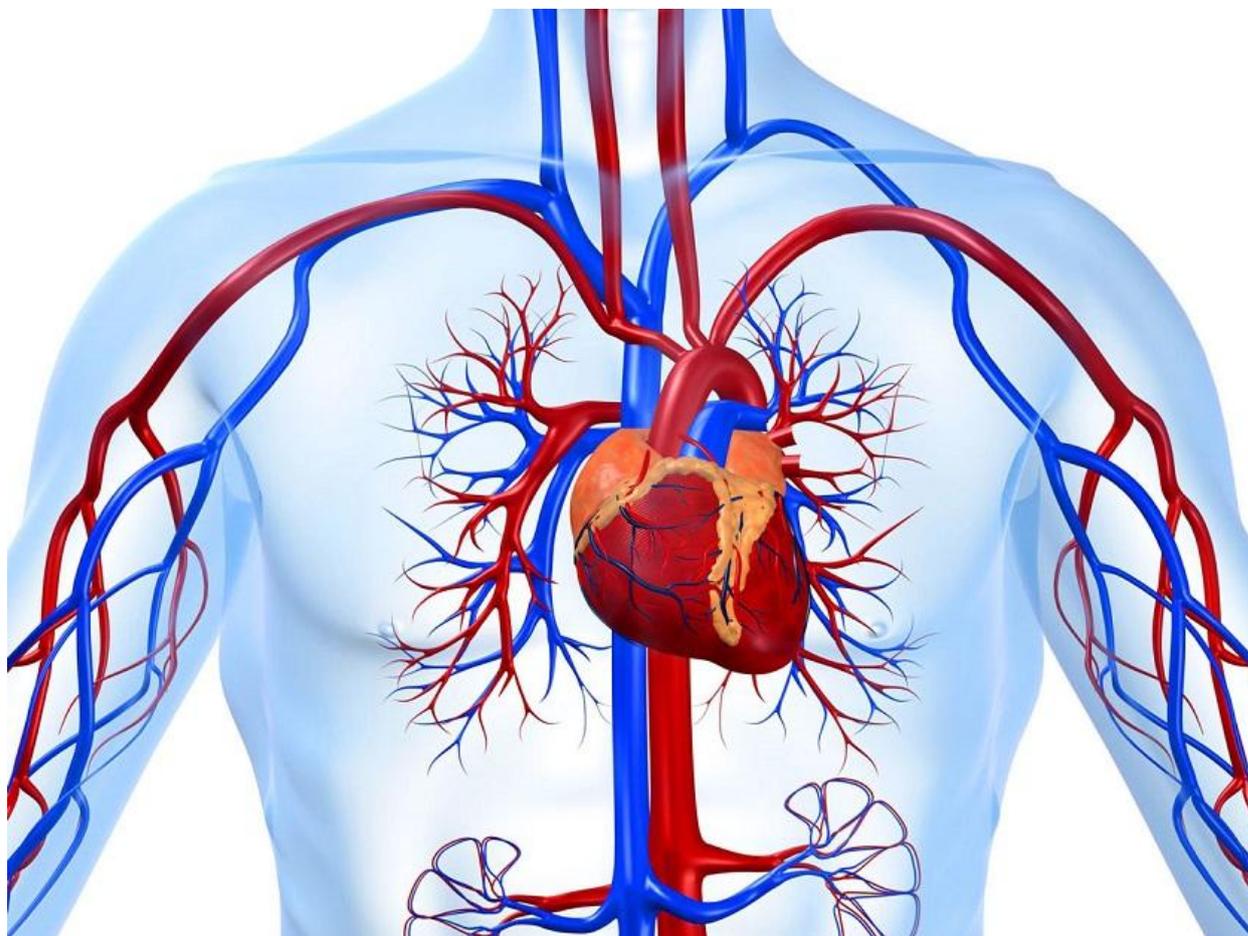
За исследуемые три года (2016, 2017, 2018) доставлено пациентов с проведенной системной ТЛТ в Ачинскую МРБ-36 человек, доставлено в РАО г. Назарово-9 человек (нестабильная гемодинамика). Так же хотелось бы привести данные по использованию тромболитических препаратов на догоспитальном этапе с проявлениями положительной динамики на ЭКГ, регистрируемой при повторной ЭКГ -диагностики (после проведения ТЛТ). В нашем случае, основной препарат для проведения ТЛТ - пуролаза (таб.№1).эффективность проведения ТЛТ пуролазой в виде регистрируемого снижения сегмента ST к изолинии на контрольных ЭКГ в течении догоспитального этапа ( в среднем 1-1,5 часа) составила 42%-19 человек, от общего количества пациентов с ОИМ, ПИМ и ОКС с подъемом сегмента ST (45 чел.)

Изначально невысокий процент проведения ТЛТ на догоспитальном этапе был обусловлен рекомендуемой специалистами Ачинского ПСЦ тактикой ведения пациентов по телефонному звонку с адреса, в каждом конкретном случае, в связи предстоящим экстренным ЧКВ.

В настоящее время за три месяца 2019г процент догоспитального тромболизиса заметно увеличился, из 16 пациентов, обслуженных с диагнозом ОИМ, ПИМ и ОКС с подъемом сегмента ST, тромболизис на догоспитальном этапе по показаниям был проведен 11 больным и составил 69% (норматив – 25%)

Выводы: для пациентов обслуживаемой территории мы обеспечим повышение доступности и качества скорой медицинской помощи. Снижение смертности от коронарной патологии, так как пациенты сразу доставляются в ПСЦ Ачинской МРБ для специализированной медицинской помощи.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НА  
ПРИМЕРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ЗА  
ПЕРИОД 01.01.17г.-01.01.18г.  
Левкина Е.П., Хлопкова Л.Г., Сивкова И.Н., Луппа Н.Л.  
КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск



Цель работы:

- Статистические исследования обратившихся на ССМП больных с нарушением сердечного ритма и проводимости;

- Оценка качества и объема оказываемой медицинской помощи больным.

Материалы и методы: Анализ карт скорой медицинской помощи г. Красноярск 01.01.2017-01.01.2018 г.г.

**Сравнительный анализ структуры обращаемости нарушений сердечного ритма и проводимости за период с 01.01.17г.-01.01.18года**

Наименование	01.01.17г.-01.01.18г.	
	Кол-во	%
ЭКСПРАСИСТОЛИЯ	383	3,8
ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ	1080	10,7
ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ	8119	80,6
НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ПРОВОДИМОСТИ	489	4,9
<b>ВСЕГО</b>	<b>10071</b>	<b>100,0</b>

Из таблицы видно, что всего за период 01.01.17г.-01.01.18г. выполнено 10071 вызова к пациентам с нарушением сердечного ритма и проводимости. По структуре обращаемости наиболее количество вызовов пришлось на пациентов с пароксизмальной тахикардией и фибрилляцией и трепетанием предсердий. За период с 01.01.17г.-01.01.18г. выполнено вызовов к пациентам с фибрилляцией и трепетанием предсердий – 8119(80.6%) и 1080 пароксизмальной тахикардией (10.0%) соответственно.

Сравнительный анализ структуры Пароксизмальная тахикардия и фибрилляция и трепетания предсердий по возрасту.



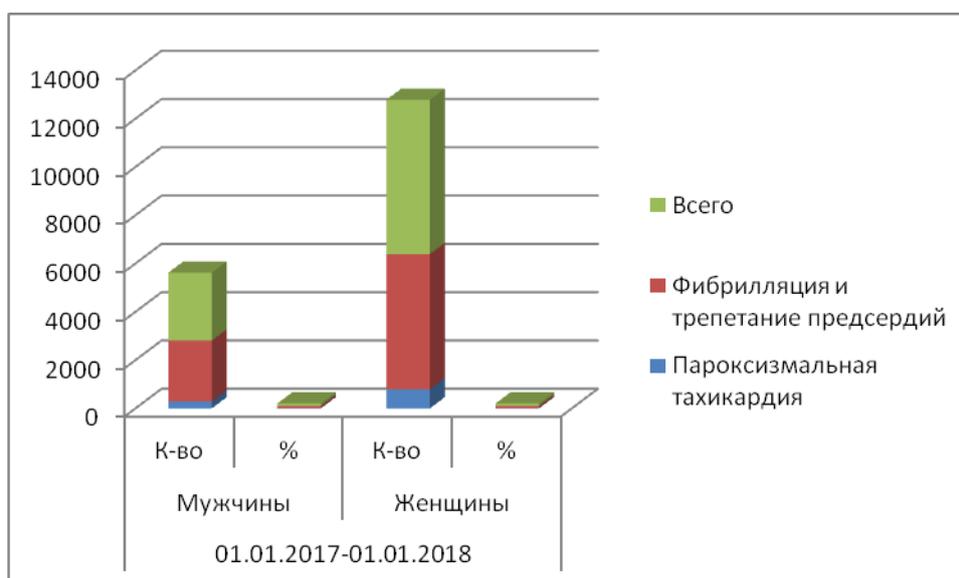
Т	Возрас года	01.01.2017-01.01.2018			
		Пароксизмальная тахикардия		Фибрилляция и трепетание предсердий	
		К- во	%	К-во	%
	до	0	0,0	0	0
	1-3	0	0,0	0	0
	4-7	0	0,0	0	0
	8-10	6	0,6	0	0
	11-14	2	0,2	1	0
	15-18	1	0,1	1	0
	19-25	16	1,5	15	0,2
	26-30	30	2,8	22	0,3
	31-41	73	6,8	102	1,3
	41-50	140	13,0	265	3,3
	51-60	290	26,9	971	12,0
	61-70	337	31,2	2917	35,9
	71-80	121	11,2	2655	32,7
	>80	64	5,9	1170	14,4
	Всего	108	100,0	8119	100,0

И  
3  
таб  
лиц  
и  
диа  
гра  
мм  
вид  
но,  
что  
наи  
бол  
ьше  
е  
кол  
иче  
ств  
о  
выз  
ово  
в с  
фиб  
рил

ляцией и трепетанием предсердий и пароксизмальной тахикардией пришлось на возрастную категорию с 60-80 лет.

Сравнительный анализ структуры Пароксизмальная тахикардия и фибрилляция и трепетание предсердий по половому признаку

Наименование	01.01.2017-01.01.2018			
	Мужчины		Женщины	
	К-во	%	К-во	%
Пароксизмальная тахикардия	289	10,3	791	12,4
Фибрилляция и трепетание предсердий	2520	89,7	5599	87,6
Всего	2809	100,0	6390	100,0



Из вышеперечисленных таблиц и диаграмм видно, что больше половины вызовов пришлось на женщин, за период 01.01.17г.-01.01.18г. 6390 вызовов. Мужчины оказались реже подвержены фибрилляции и трепетанию предсердий и пароксизмальной тахикардии, чем женщины, за период с 01.01.17-01.01.18г. 2809 обращений.

Сравнительный анализ структуры Пароксизмальная тахикардия, Фибрилляция и трепетание предсердий по результату выезда.

Результат выезда	Оставлен на месте	Доставлен в стац-нар	Передан бригаде ИТ	Отказ от госпитализации
01.01.2017-01.01.2018				
Пароксизмальная тахикардия	732	286	49	13
Фибрилляция и трепетание предсердий	3501	4305	170	143
<b>Всего</b>	<b>4233</b>	<b>4591</b>	<b>219</b>	<b>156</b>

Из таблицы видно, что большее количество вызовов было госпитализировано в стационар. С пароксизмальной тахикардией и фибрилляцией и трепетанием предсердий за период 01.01.17-01.01.18г 4591 пациент.

#### ВЫВОД

Проблема нарушений сердечного ритма и проводимости остаются постоянно актуальной. Сердечные аритмии могут быть выявлены у здорового человека и в этих случаях они имеют вполне доброкачественный характер, не отражаясь хоть сколько-нибудь на качестве жизни. И в то же время нарушения сердечного ритма и проводимости – одно из наиболее частых и значимых осложнений совершенно разных заболеваний. Аритмии нередко определяют прогноз для труда и жизни. Нарушения сердечного ритма, даже если они не очень серьезно нарушают гемодинамику, могут переноситься больными довольно тяжело и менять весь стиль их жизни, некоторые виды нарушений сердечного ритма связаны с повышенным риском внезапной смерти.

Аритмии могут возникать при структурных изменениях в проводящей системе при заболеваниях сердца и (или) под влиянием вегетативных, эндокринных, электролитных и других метаболических нарушений, при интоксикациях и некоторых лекарственных воздействиях.

Статистика заболеваний жителей неумолимо фиксирует возрастание количества нарушения сердечного ритма и проводимости. Нарушение сердечного ритма осложняют течение многих сердечно-сосудистых заболеваний.

## АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ.

Малыхина Э.Р.<sup>1</sup>, Кузьмина Н.В.<sup>1</sup> Михайлушев И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

Распространённость аллергических заболеваний очень высока и в зависимости от региона может составлять 35% и более. Красноярск – город промышленный и в силу экологических факторов вопрос аллергозов стоит довольно остро.

В условиях «скорой помощи» диагностика аллергических реакций основывается на данных клинического осмотра больного и наличии аллергического анамнеза.

Для начала рассмотрим структуру вызовов «скорой помощи» по поводу аллергических заболеваний у взрослых и детей до 15 лет и проведём оценку динамики за последние три года.

Аллергические заболевания.

Таблица №1

	2016		2017		2018	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Атопический дерматит	39	0,5	39	0,5	39	0,6
Пеленочный дерматит	17	0,2	24	0,3	14	0,2
Аллергический контактный дерматит	358	4,9	271	3,7	215	3,4
Крапивница	4066	54,3	4118	56,7	3557	55,9
Отек Квинке	1652	22,1	1726	23,8	1747	27,5****
Анафилактический шок	24	0,3	34	0,6**	28	0,4
Аллергия неуточненная	1326	17,7	1054	14,5*	765	12*
Всего	7482	100	7266	100	6365	100

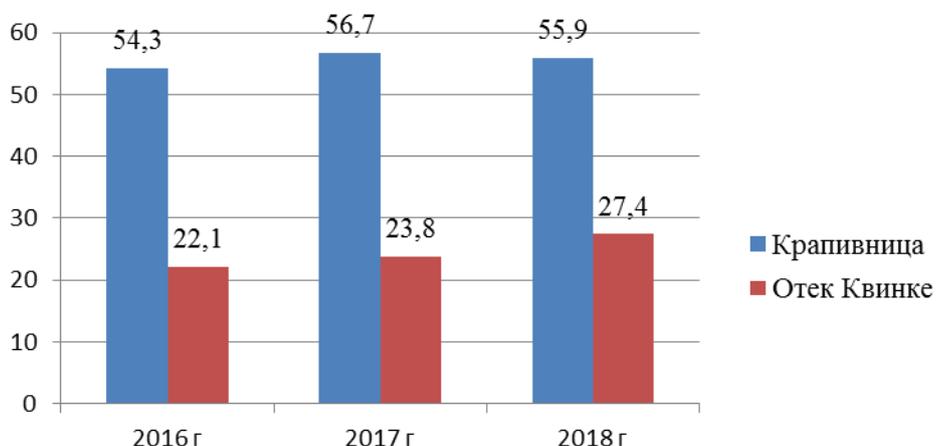
Примечание: \* - отличия достоверны с  $p < 0.001$  в сравнении с 2016г.

\*\* - отличия достоверны с  $p < 0.01$  в сравнении с 2016г.

\*\*\* - отличия достоверны с  $p < 0.05$  в сравнении с 2016г.

Среди вызовов «скорой помощи» к больным с аллергическими заболеваниями на I месте крапивница, как наиболее часто проявление аллергии. На II месте – отёк Квинке. Причём за последние три года наблюдается увеличение обращений пациентов с таким диагнозом как в количественном, так и в процентном отношении.

Динамика обращений по поводу крапивницы и отека Квинке. 2016-2018 гг.



Основную массу больных с диагнозом «Атопический дерматит» составили дети до 15 лет. В детском возрасте также чаще встречается контактный дерматит. Кроме того, бывают вызовы «скорой помощи» по поводу жалоб на дерматит у маленького ребёнка после использования пелёнок и памперсов (пелёночный дерматит, L22X по МКБ).

#### Аллергические заболевания у детей

Таблица №2

	2016		2017		2018	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Атопический дерматит	31	0,9	39	1	33	1,2
Пеленочный дерматит	17	0,5	24	0,8	14	0,5
Аллергический контактный дерматит	322	9,7	224	7,4*	174	6,2*
Крапивница	1665	50,1	1667	54,7*	1702	60,5*
Отек Квинке	309	9,3	335	11,0***	319	11,3**
Анафилактический шок	4	0,1	4	0,1	1	0,04
Аллергия неуточненная	978	29,4	760	25,0*	570	20,3*
Всего	3326	100	3046	100	2813	100

Примечание: \* - отличия достоверны с  $p < 0.001$  в сравнении с 2016г.

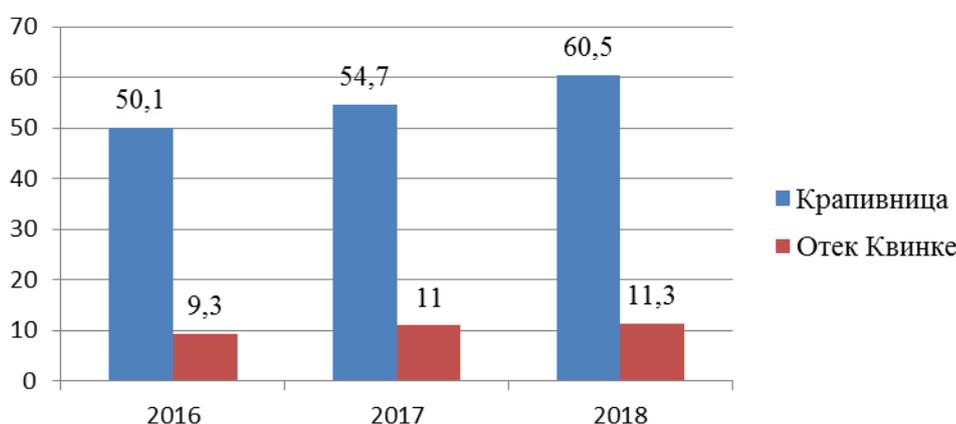
\*\* - отличия достоверны с  $p < 0.01$  в сравнении с 2016г.

\*\*\* - отличия достоверны с  $p < 0.05$  в сравнении с 2016г.

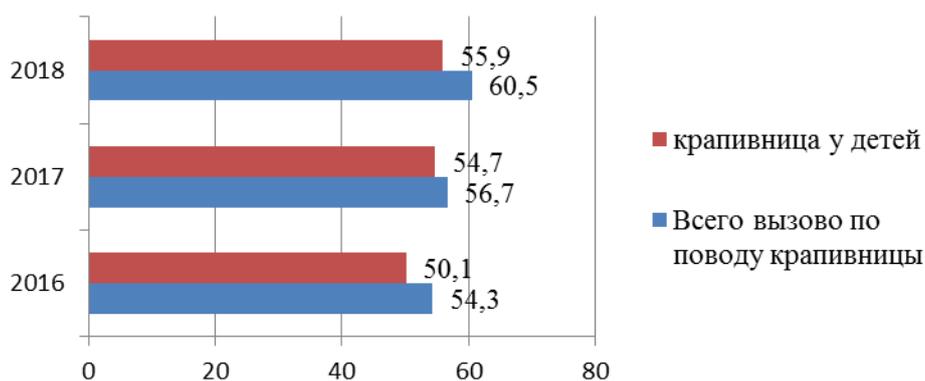
«Скорую помощь» вызывают и к детям-аллергикам чаще всего по поводу крапивницы. По сравнению с 2016 годом в 2018 году увеличилось число обращений на станции «скорой помощи» г. Красноярска с жалобами на аллергическую сыпь у ребенка и ангионевротический отек. Диагноз атопический дерматит у детей в статистических отчетах встречается гораздо реже. И, тем не менее, в 2018 году обращений было больше. А вот анафилактический шок вообще явление редкое, и за последние 3 года вызовов к детям с таким диагнозом не было.

По статистике анафилактический шок чаще бывает на лекарственные препараты. Взрослые пациенты, в силу наличия ряда хронических заболеваний, в отличие от детей, получают больше медикаментов. Поэтому анафилактический шок у взрослых более вероятен.

Динамика количества вызовов по поводу крапивницы и отека Квинке у детей в 2016-2018 гг.



Динамика вызовов по поводу крапивницы у детей и по СМП в целом в 2016-18 гг.



Триггером анафилаксии может стать любое вещество белковой природы. Чаще всего это лекарственные препараты и животные яды. В детском возрасте лидирующую позицию занимает пищевая аллергия, особенно у детей первых двух лет жизни. Наиболее частой причиной пищевой анафилаксии у детей являются такие продукты питания, как коровье молоко, куриные яйца, арахис. На эти продукты приходится до 75% тяжелых аллергических реакций. Во многих случаях триггерный пищевой продукт установить не удается.

Анафилактический шок – это тяжелая аллергическая реакция, которая развивается внезапно и может стать причиной летального исхода. Диагноз основывается на клинических критериях. На тяжесть аллергии указывают наличие гипотензии и развитие шокового состояния. При анафилактическом шоке у маленьких детей систолическое АД снижается до 30% от возрастной нормы, а у школьников – ниже 70 мм. рт. ст. (в 11-17 лет).

При подозрении на анафилаксию у детей необходимо обращать внимание на такие симптомы, как внезапное появление слабости, тошноту, рвоту, боли в животе, метеоризм, расстройство стула. У детей раннего возраста – вялость, сонливость. Могут быть жалобы на затрудненное дыхание у более старших детей. В тяжелых случаях возможны судороги, потеря сознания.

При пищевой анафилаксии наблюдается так называемый оральный аллергический синдром. Его проявления – зуд и отек губ, слизистой полости рта, нёба или глотки. Дети первых лет жизни могут чесать переднюю поверхность шеи, уши, язык.

Препаратом выбора при лечении анафилактического шока, в соответствии с согласительным документом европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (ЕААСУ), является эпинефрин (адреналин). Его своевременное введение является решающим в купировании анафилактической реакции и спасения жизни. Так же в таких случаях применяются ГКС (преднизолон, дексаметазон) и антигистаминные препараты (супрастин, тавегил). В тяжелых случаях есть необходимость поддерживать витальные функции организма. Ведь даже первый случай анафилаксии может стать фатальным. Основными причинами летальных исходов при анафилаксии являются сердечно-сосудистая недостаточность, обструкция верхних или нижних дыхательных путей.

Предлагается к рассмотрению клинический случай анафилактического шока у ребенка 11 лет.

Пациент Саша Ч., 11 лет, обратился в детскую поликлинику 20 марта 2019 года с жалобами на сыпь на лице и теле, кожный зуд. В анамнезе пищевая аллергия в виде крапивницы, отёка Квинке. Было назначено лечение крапивницы: зодак, полисорб, гипоаллергенная диета. Лечение амбулаторно проводилось, но диету мальчик не соблюдал. Употреблял в пищу яйца, молочные продукты. Сыпь к вечеру практически исчезла, а утром появилась снова. 21 марта вечером отекали губы, 22 марта – область переносицы. (В анамнезе отек Квинке). В ночь с 22 на 23 марта мальчик проснулся с

жалобами на тошноту, приступообразные боли в области пупка. Пошел в туалет. Почувствовал головокружение, резкую слабость. Упал. Сознание не терял. В 03:00 вызвали «скорую помощь».

При осмотре ребёнок в сознании, заторможен. На вопросы отвечает односложно. Кожа бледная, влажная, конечности холодные. На лице, грудной клетке, конечностях умеренная розовая папулезная сыпь сливного характера. Отёк в области переносицы. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень, селезёнка не увеличены. Артериальное давление 70/40 мм.рт.ст.. Пульс 98 в минуту. Сатурация 96%. Температура тела 36,6 С. Сахар крови 5,4 ммоль/ л. Оценка по шкале Глазго 14 баллов. Симптом «бледного пятна» 2 секунды. Менингеальные знаки отрицательны.

Со слов мамы, ребёнок три дня лечился по поводу аллергии. Самостоятельно других лекарств не давали. Ел привычную пищу. На что раньше была аллергия – не знает. Контакт с инфекционными больными отрицает.

На основании жалоб, анамнеза, осмотра ребёнка установлен диагноз: Анафилактический шок. Отёк Квинке.

Оказана помощь: Больной уложен с приподнятым ножным концом. Внутримышечно введён адреналин 0.1%-0,2 мл. Установлен периферический катетер. Внутривенно струйно – преднизолон 90 мг, хлоропирамин 2% - 1,0 мл на физрастворе. Начата инфузия 0,9% натрия хлорида. Вызвана детская реанимационная бригада. К приезду ДСРБ состояние больного улучшилось: АД повысилось до 90/50 мм.рт.ст., частота пульса уменьшилась до 84 в минуту. Кожа остается бледной, конечности холодные. Ребенок транспортирован детской реанимационной бригадой в КМКБ №20 имени Берзона, где находился под наблюдением трое суток. Выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями аллерголога и педиатра.

Дополнительно следует сообщить, что при осмотре данного больного врачом «скорой помощи» проводился дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями:

1. Кетоацидоз.

Сахар крови в норме. Кожа влажная. Нет дыхания Куссмауля, запаха ацетона изо рта.

2. Менингококковая инфекция. Состояние больного тяжёлое, имеется гипотензия, но нет геморрагической сыпи, симптом «бледного пятна» отрицателен, отсутствуют менингеальные знаки.

3. Другие инфекционные заболевания, проявляющиеся экзантемой, абдоминальным синдромом. Контакт с инфекционными больными отсутствует. Нет лихорадки, респираторных явлений, этапности высыпаний, увеличения лимфоузлов. Жалоб на рвоту, жидкий стул нет.

4. Заболевания, объединённые синдромом «острый живот». Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Стул, мочеиспускание в норме.

5. Другие виды шока. До вызова «скорой» у больного три дня сохранялись проявления аллергии (крапивница, отёки Квинке, кожный зуд). Было временное улучшение после приёма антигистаминного препарата. Всё перечисленное говорит в пользу анафилактического шока.

Представленный клинический случай подтверждает, что иногда аллергические реакции у детей могут протекать остро в виде шока. Триггером таких реакций могут быть различные пищевые продукты. Как у родителей, так и у медработников должна быть настороженность в отношении развития угрожающих жизни состояний при пищевой аллергии у детей. Важное значение имеют теоретическая подготовка и практический опыт врача скорой медицинской помощи в плане своевременной диагностики тяжелых

аллергических реакций, выборе правильной тактики, адекватного оказания помощи, умения быстро принимать решения.

Важно отметить, что за последние три года, согласно статистическим отчётам Красноярской станции скорой медицинской помощи, отмечается стабильное снижение показателей нозологии аллергия неуточнённая (Т78.4 по МКБ). Это говорит об улучшении диагностики аллергических заболеваний на этапе «скорой помощи», росте профессионализма медицинских работников.

## АНАЛИЗ РАСХОЖДЕНИЙ ДИАГНОЗОВ ВРАЧЕЙ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мороз В.В., Мусакиева З.А.

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи», г.Норильск

Цель исследования:

1. Провести сравнительный анализ в динамике по годам расхождений диагнозов врачей бригад скорой медицинской помощи с клиническими диагнозами врачей стационаров.

2. Анализ выявления случаев расхождений диагнозов по нозологиям и профилю бригад скорой помощи в динамике по годам.

3. Выявление причин расхождений диагнозов врачей бригад СМП и дефектов оказания медицинской помощи пациентам для улучшения качества диагностики.

Материалы и методы исследования:

1. Проведен сравнительный анализ в динамике по годам за 10 лет 4 411 случаев расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с клиническими диагнозами врачей стационаров по возвращенным отрывным талонам сопроводительных листов формы 114/у

2. В случаях грубых расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с врачами стационаров была дополнительно использована информация 57 историй болезней больных.

Расхождения диагнозов врачей бригад скорой медицинской помощи с врачами стационаров выявляются при анализе возвращенных из стационаров отрывных талонов сопроводительных листов скорой медицинской помощи госпитализированных больных.

Всего за 10 анализируемых лет из стационаров было возвращено 84 085 отрывным талонов сопроводительных листов СМП – 93% от всех госпитализированных больных, которые ежемесячно анализируются вручную заместителем главного врача по МЧ.

Одним из основных показателей, отражающих качество работы бригад скорой помощи является процент совпадения диагнозов СМП с приемным отделением стационара. Своевременность и эффективность лечебно-диагностических мероприятий в стационаре во многом определяется точностью диагностики на догоспитальном этапе. Тяжесть состояния больных и ошибки догоспитальной диагностики отражаются и на точности установления диагноза больным в приемном отделении стационара.

Основная задача выездной бригады СМП – это посиндромное оказание экстренной медицинской помощи больному и принятие решения о необходимости госпитализации его для лечения в стационарных условиях. Нередко в ДЗ выносятся синдром и ставится несколько конкурирующих диагнозов.

Учитывая специфику работы СМП, сотрудники выездных бригад часто ограничены во времени, в информации о больном, сбор анамнеза бывает затруднен по разным причинам, нередко из-за тяжести состояния больных, нахождения в состоянии АО различной степени тяжести со следами травм на голове, ограничение возможности использования дополнительных методов обследования, а также организации консилиума

врачей других специальностей. Объем обследования больных на ДГЭ СМП ограничен, нет возможности наблюдения больных в динамике. Эти причины могут оправдать допущения расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с клиническими диагнозами врачей стационаров.

Осложняет точность диагностики тяжелое состояния больных, нахождение в состоянии АО, схожесть клиники некоторых хирургических и инфекционных заболеваний, а также аггравация больных и предъявление ложных жалоб с целью направления их на стационарное лечение. Хотя врачами приемных отделений не приветствуется, персонал бригад СМП ставит несколько конкурирующих диагнозов и доминирующий синдром неотложного состояния. Нередко имеет место гипердиагностика ЧМТ у пострадавших в ДТП, травмированных пациентов в АО, у пациентов с отравлениями ПАВ в сочетании с травмами.

Нормативный показатель допущения расхождений диагнозов бригад скорой помощи со стационарами составляет 4-10%, но не учитывается работа бригады СМП с тактической точки зрения, так как достаточно часто при расхождении диагноза тактика бригады СМП остается верной, больные госпитализируются в профильный стационар, поэтому гораздо правильнее оценивать расхождения диагнозов бригад скорой помощи со стационарами и с тактической точки зрения, которые снижают нежелательные последствия для больных.

Нежелательные последствия для больных с расхождением диагнозов бригад скорой помощи проявляются при госпитализации больных в непрофильный стационар, что удлиняются сроки оказания неотложной терапии и ухудшает тяжесть больных.

К сожалению, у нас пока не ведется статистика, сколько больных, доставленных бригадами СМП, поступают повторно на вторые, третьи сутки в стационар и госпитализируются уже с повтора, подтверждая диагноз врача СМП.

Показатели госпитализации и расхождений диагнозов бригад СМП за 10 лет  
Таблица №1

Год	Доставлено больных в стационары от кол-ва вызовов	Из них госпитализировано Абс. - %	Расхождений диагнозов СМП со стационарами (случаев)	% расхождений диагнозов СМП со стационарами
	1	2	3	4
2009г	11324 - 14,4%	9042 - 79,8%	599	6,6%
2010г	10524 - 14,3%	8846 - 84,1%	552	6,2%
2011г	11004 - 14,8%	9524 - 86,6%	507	5,3%
2012г	11780 - 15,4%	9957 - 84,5%	390	3,9%
2013г	11642 - 16,2%	9696 - 83,3%	468	4,8%
2014г	11388 - 17,3%	9360 - 82,2%	456	4,9%
2015г	11045 - 17,4%	8808 - 79,7%	418	4,7%
2016г	9929 – 15,4%	7738 – 78,0%	343	4,4%
2017г	11151 – 18,2%	8432 – 75,6%	369	4,4%
2018г	12436 – 21,2%	9010 – 72,5%	309	3,4%
Всего	112 223 человек	90 413-80,6%	4411	4,9%

Выводы:

1. За анализируемый период бригадами СМП было доставлено 112 223 больных, из них госпитализировано 90 413 больных - 80,6%.

2. Снижился процент госпитализированных больных с 2015 года в связи с изменением показаний для госпитализации в стационар, что сказалось и на изменении норматива % госпитализации больных – до 2015 года норматив % госпитализации

больных для СМП был не менее 80%, с 2015 года по настоящее время – норматив госпитализации составляет не менее 70% от доставленных больных.

3. Сопоставление направительных диагнозов персонала бригад СМП с стационарами выявило 4 411 случаев расхождений диагнозов за десятилетие.

4. Отмечается тенденция снижения количества расхождений диагнозов с 2012 года, особенно за последние 3 года.

Структура расхождений диагнозов по профилю стационара

Таблица №2

Год	Структура расхождений ДЗ СМП по профилю стационара							
	НМБ №1			НГБ №2	НМДБ	НМ Родильный дом (акушерство)	Психо- нарколо- гический диспансер	Всего
	Хирургия Травматология	Терапия	Гинекология					
1	2	3	4	5	6	7	8	
2009г	177 - 30%	211– 35,0	53-9,0	72-12%	64-10,7%	2 – 0,3%	20 - 3,0%	599
	441 – 74%							
2010г	176-31,9	189-34,2	54-9,8	72-13%	40-7,3%	4-0,7%	17 – 3,1%	552
	419 – 76%							
2011г	189-37,3%	209-41,2%	33-6,5%	46 - 9%	17-3,4%	4-0,8%	9-1,8%	507
	431 – 85%							
2012г	132-34%	127-33%	26-6,7%	56-14,4%	39-10%	0	10 - 2,5%	390
	285 – 73%							
2013г	174-37,2%	159-34%	32-6,8%	52-11,1%	32-6,8%	2 – 0,4%	17 – 3,7%	468
	365 - 78%							
2014г	201-46%	125-27,4%	33-7,2%	50-11%	27 -5,9%	2 – 0,4%	9 – 1,3%	456
	359 – 79%							
2015г	169-40,4%	125-29,9%	41-10%	41-9,8%	38-9,1%	1-0,2%	3-0,7%	418
	335 – 80%							
2016г	133-38,8%	119-34,7%	16-5,0%	43-12,5%	30-8,7%	1-0,3%	1-0,3%	343
	268 – 78%							
2017г	164-44,4%	111-30,1%	25-6,7	27-7,3%	35-9,5%	1-0,3%	6-1,6%	369
	300 – 69%							
2018г	141-45,6%	89-28,8%	15-4,9%	37–12,0%	26-8,4%	0	1 – 0,3%	309
	245 – 79,3%							
Всего								4 411

**Выводы:**

1. За анализируемый 10-летний период бригадами СМП было допущено 4 411 случаев диагностических ошибок, в среднем 4,9%.
2. В структуре профиля стационаров значительно преобладают расхождения ДЗ СМП по межрайонной больнице №1 - 69% - 85% от числа случаев диагностических ошибок за год. Среди них с 2012 года лидируют хирургические заболевания. С 2009 года до 2011 года больше расхождений ДЗ было по терапевтическим болезням.
3. Доля расхождений ДЗ среди болезней инфекционной и педиатрической патологии в среднем 11% - 9% соответственно.
4. Диагностические ошибки у психиатрических и наркологических больных 1%-3%.
5. Диагностических ошибок акушерской патологии единичные случаи за год.

**Структура расхождений диагнозов по профилю бригад СМП**

Таблица №3

Год	Структура расхождений ДЗ СМП по профилю бригад (абсолютное число / %)						Всего
	Реанимационные	кардиологические	психиатрическая	Педиатрическая	Общепрофильные врачебные	Общепрофильные фельдшерские	
	1	2	3	4	5	6	7
2009г	101-7,0%	45-5,6%	23-4,1%	48-7,9%	378-7,1%	4 – 1,3%	599
2010г	109-7,3%	63-8,3%	30-4,8%	34-5,3%	314-6,2%	2 – 0,7%	552
2011г	78-5,0%	56 – 6,9%	24 – 3,5%	20 – 3,0%	327-6,0%	2 – 0,6%	507
2012г	51-3,4%	33 - 4%	24 – 3,1%	32 – 4,3%	250-4,3%	0	390
2013г	54-4,0%	41-4,7%	20 – 2,9%	43-6,2%	307-5,4%	3 – 0,6%	468
2014г	58-4,0%	41-5,0%	23-2,9%	27-3,8%	297-6% %	10-1,7%	456
2015г	54-3,8%	42-4,8%	14-2,3%	33-5,5%	253-5,7%	22-2,7%	418
2016г	42-3,4%	42-5,1%	16-2,6%	19-5,5%	216-4,5%	8-1,3%	343
2017г	44 -3,7%	46-5,0%	7-1,3%	18-3,9%	238-5,1%	16-2,4%	369
2018г	38-3,2%	26-2,6%	2 – 0,4%	22-3,9%	201-4,2%	20-2,2%	309
Всего	629	435	183	296	2781	87	4 411
Усредненный	4,1%	5,2%	2,8%,4,9%	4,9%	5,5%	1,5%	4,9%

**Выводы:**

1. На 90 413 госпитализированных больных бригадами СМП в Норильские стационары выявлено 4 411 диагностических ошибок. Усредненный показатель процента

диагностических ошибок на ССМП 4,9% укладывается в допустимый норматив расхождений диагнозов СМП не более 4%-10%.

2. Из них в реанимационных бригадах усредненный % расхождений ДЗ – 4,1%, в кардиологических бригадах – 5,2%, в психиатрической бригаде – 2,8%, в педиатрической бригаде – 4,9%. Реанимационными, кардиологическими и педиатрическими бригадами СМП допускаются диагностические ошибки не из-за низкой квалификации врачей специализированной службы, а по причине того, что ими чаще доставляется более тяжелый контингент с улицы в бессознательном состоянии, в терминальных состояниях и с трудностью диагностики больных в наркотической коме, алкогольной коме и с отравлениями неясной этиологии.

3. Усредненный показатель процента расхождений ДЗ у общепрофильных бригад – 5,5%. На их долю приходится 2 868 случаев – 65% всех расхождений ДЗ из-за схожести клинической симптомов у больных с хирургической, гинекологической, инфекционной и эндокринологической нозологий. Не зря допустимый норматив расхождений диагнозов у общепрофильных бригад СМП до 10%, тогда как у специализированных бригад не более 4%.

Структура расхождений диагнозов по нозологическим формам

Таблица №4

Год	Структура расхождений ДЗ по нозологическим формам								Всего
	Хирургические	Терапевтические	Инфекционные	Детские болезни	Гинекологические	Акушерские	Психиатрические	Наркологические	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2009г	177	211	72	64	53	2	2	18	599
2010г	176	189	72	40	54	4	1	16	552
2011г	189	209	46	17	33	4	2	7	507
2012г	132	127	56	39	26	0	2	8	390
2013г	172	159	52	32	32	2	13	4	468
2014г	210	125	50	27	33	2	2	9	456
2015г	169	125	21	58	41	1	1	2	418
2016г	133	119	43	30	16	1		1	343
2017г	164	111	27	35	25	1	0	6	369
2018г	141	89	37	26	15	0	0	1	309
Всего	1663	1464	476	368	328	17	23	72	4411

Выводы:

1. В структуре диагностических ошибок по нозологиям хирургические болезни составили 1 663 случая – 37,7%.

2. Удельный вес расхождений диагнозов по терапии 33,2% - 1 464 случая, на 4,5% ниже, чем по хирургическим болезням.

3. Выявлено диагностических ошибок по инфекционной нозологии 476 случаев – 10,8%.

4. В структуре диагностических ошибок врачей СМП на 4-м месте детские болезни, они составили 368 случаев – 8,3%.

5. Отмечается тенденция снижения расхождений диагнозов по гинекологическим заболеваниям, их удельный вес 7,4% - 328 случаев.

6. Небольшое количество диагностических ошибок допущено по акушерской патологии, психиатрическим и наркологическим болезням соответственно 17 случаев – 3,9%, 23 случая – 0,5% и 72 случая – 1,6%, причем незначительное количество случаев за год с 2015 года.

7. Тенденция снижения расхождений диагнозов у врачей бригад скорой помощи с врачами стационаров достигнута систематическими разборами этих случаев на производственных планерках подстанций СМП с предоставлением рецензий самих врачей СМП на свои случаи диагностических ошибок, при необходимости с использованием информации историй болезней больных. Немалую роль сыграла в этом оперативная преемственность с врачами приемных отделений и руководства стационаров.

8. Благодаря информативным записям лечащих врачей в возвращенных отрывных талонах сопроводительных листов, соблюдением преемственности при выявлении дефектов в работе СМП, ежегодным совместным медсоветам с заведующими приемных отделений Межрайонной больницы №1, Городской больницы №2 инфекционного отделения и Детской городской больницы врачи СМП своевременно узнают все замечания, которые нам предъявляют и совместно принимаем решения для их устранения.

Причина грубых диагностических ошибок (расхождений диагнозов) врачей Норильской СМП в динамике за 10 лет  
Таблица №5

Год	Ненадлежащее качество работы			Отсутствие дефекта работы		Всего
	Из-за невнимательного осмотра	Вследствие неполно собранного анамнеза	За счет неверной оценки клинических данных	Из-за трудности диагностики (нетипичного течения)	Из-за тяжести состояния больного	
	1	2	3	4	5	6
2009г	23 – 19,6%	15- 12,8%	42-35,9%	31-26,5%	6-5,2%	117
2010г	24 - 24%	13 - 13%	37 - 37%	19 - 19%	6 - 6%	99
2011г	27 - 25%	7 – 7,0%	41- 38%	28 - 26%	4 – 4,0%	107
2012г	11-26%	7 - 17%	15 - 35%	7 - 17%	2 – 5,0%	42
2013г	7 – 18,9%	5 – 13,5%	9 – 24,3%	11– 29,8%	5 – 13,5%	37
2014г	14-23,7%	8-13,6%	12-20,3%	18-30,5%	7-11,9%	59
2015г	13-24,5%	7-14,3%	17-34,7%	9-18,4%	3-6,1%	49
2016г	7-17,9%	6-15,4%	9-23,1%	9-23,1%	8-20,5%	39
2017г	10-17%	11-19%	11 - 19%	15-25,9%	11-19%	58
2018г	5 - 13,9%	5 – 13,9%	6 - 16,7%	11 – 30,6%	9 – 8,3%	36
Всего	141 –22%	84 – 13%	199 – 31%	158 – 24,5%	61– 9,5%	643

**Вывод:**

1. По причине недостаточно полного осмотра больных допускаются грубые расхождения диагнозов в 22% случаев, от 13,9% до 26% за год (самый высокий % их отмечен в 2012 году);

2. Вследствие неполно собранного анамнеза – в 13% случаев, колеблется от 7% до 19% за год (самый высокий % их отмечен в 2016 году);

3. По причине неверной оценки клинических данных выявлены грубые расхождения диагнозов в 31% случаев, колеблются в диапазоне от 16,2% до 38% за год (особенно высокий 38% случаев был отмечен в 2011 году);

4. Из-за трудности диагностики допускается грубые расхождения диагнозов от 17% до 30,6% в 2018 году, усредненный показатель 24,5% случаев;

5. Вследствие тяжести состояния больных допускаются грубые диагностические ошибки от 4% до 20,5% в 2016 году, усредненный показатель их 9,5% случаев;

6. Систематически на производственных планерках подстанций СМП заместителем главного врача по МЧ, заведующими подстанциями СМП и старшими врачами смен подчеркивается о необходимости полного сбора жалоб и анамнеза у больных и проведении в возможно полном обследовании больных согласно утвержденным стандартам, но пока не удается добиться этого 100%.

Привожу примеры нозологий, по которым наиболее чаще допускаются диагностические ошибки:

1. Острый аппендицит по 7-14 случаев за год.
2. Острый пиелонефритов по 15-23 случаев за год.
3. Острая кишечная непроходимость по 3-7 случаев за год.
4. ЯБЖ, ЯБДПК, осложненных кровотечением по 9-12 случаев за год.
5. Внебольничные пневмонии по 16-19 случаев за год.
6. ОИМ по 5-7 случаев за год.
7. ОНМК по 5-6 случаев за год.
8. ОГЭ, КИ по 17-22 случая за год.

Каждый случай не выставленного на ДГЭ СМП диагноза ОИМ, ОНМК, ТЭЛА и другой серьезной патологии после разбора на ЛКК или КИЛИ в течение месяца выносится на производственные планерки каждой подстанции СМП с тщательным анализом выявленных замечаний.

Мероприятия по снижению диагностических ошибок на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи:

1. Для устранения лечебных и диагностических ошибок медицинского персонала администрация Норильской ССМП регулярно проводит циклы повышения квалификации и обучающие семинары.

2. Систематически разбираются случаи грубых расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с врачами стационаров на производственных планерках подстанций СМП с предоставлением рецензий самих врачей СМП на свои случаи диагностических ошибок, при необходимости с использованием информации историй болезней больных.

3. Ежегодно проводится подробный анализ расхождений диагнозов по каждой службе СМП у каждого врача и фельдшера с выявлением причины, способствующей диагностической ошибке.

4. При превышении нормативного показателя допущения расхождений диагнозов из-за дефектов в личной работе более 3-х случаев за квартал с врача СМП снимаются баллы за качество работы в этом квартале.

Использованная литература:

1. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. СПб, МАПО, 2012г.

2. «Рациональная кардиология». Справочное руководство под ред. Н.М. Шевченко, Москва, изд-во «Оверлей», 2001г.

3. «Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи» под редакцией Стадникова А.А. «Феникс», 2001г.

4. «Внебольничная пневмония у взрослых». Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Под редакцией акад. РАМНА. Г. Чучалина, М. 2003г.

5. Неотложные состояния в наркологии под ред. Б.Д. Цыганкова. М: Медпрактика-М, 2002г.

6. Интенсивная терапия угрожающих состояний» проф. В.И. Страшнов. С–Петербург. 2002 год.

7. Справочник врача общей практики. 2 т. М. ЗКСМО-ПРЕСС 2001 год

8. Практическое руководство для врачей общей семейной практики. Москва «ГЕОТАР - МЕД» 2001 год
9. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под редакцией академика РАН С.Ф. Багненко 2018г.
10. Диагностика и лечение артериальной гипертензии» Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Российское медицинское общество по артериальной гипертензии и Всероссийское научное общество кардиологов, Москва 2010.

**СТАТИСТИКА И ОБЪЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ.**

Мороз В.В., Мусакиева З.А.

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи», г.Норильск

Цель исследования:

1. Провести сравнительный анализ статистики в динамике по годам обращений онкологических больных за медицинской помощью на Норильскую станцию скорой медицинской помощи и удельного веса пациентов онкологического профиля в структуре вызовов.
2. Выявление неотложных состояний, с которыми обращаются онкологические больные за медицинской помощью на Норильскую станцию скорой медицинской помощи.
3. Выявление наиболее востребованных манипуляций, которые требуются обратившимся онкологическим больным за медицинской помощью на станцию скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования:

3. Проведен сравнительный анализ в динамике по годам за 10 лет 3 822 случаев обращений онкологических больных за медицинской помощью на Норильскую станцию скорой медицинской помощи.

Одним из приоритетных направлений охраны здоровья населения в нашей стране стало оказание медицинской помощи онкологическим больным на всех этапах здравоохранения, в том числе и на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи.

На Норильскую Станцию скорую медицинскую помощь за помощью онкологические больные редко обращаются по поводу хронического болевого синдрома, чаще действительно с неотложными состояниями, угрожающими их жизни.

Статистика обращений онкологических больных на Станцию скорой медицинской помощи  
Таблица №1

	Динамика по годам											
	2009г	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г	2015г	2016г	2017г	2018г	Всего	
Неотложные состояния												
Кол-во вызовов	515- 1,0%	483- 1,0%	444- 0,8%	395- 0,8%	361- 0,7%	339- 0,8%	342- 0,8%	354- 0,8%	298- 0,5%	291- 0,7%	3822	
ОДН	148	118	122	102	89	93	97	86	65	77	997	
ОССН	114	99	101	96	81	77	81	82	61	69	861	
Терминальные состояния	61	78	69	71	72	74	66	56	53	67	667	
Кровотечения из пищевода и	24	21	19	21	22	19	18	16	14	17	191	

кишечника											
Кровотечения легочные	13	16	18	17	19	21	16	17	15	19	171
Без неотложных состояний	155	151	115	88	78	55	64	97	90	42	935

Вывод:

1. За анализируемый 10-летний период за медицинской помощью на подстанции Норильской ССМП обратилось 3 822 онкологических больных – 0,8% от всех вызовов СМП.

2. Удельный вес пациентов онкологического профиля в структуре вызовов за год сохраняется стабильно на уровне 0,5% - 1,0%.

3. Наблюдается в динамике тенденция снижения ежегодной обращаемости онкологических больных за медицинской помощью с 1% удельного веса в структуре всех вызовов СМП до 0,5% - 0,7%, в абсолютных цифрах снижение с 515 больных до 291 человека..

4. Неотложные состояния, угрожающие жизни онкологическим больным составили 2 887 случаев – 75,5% от всех обращений больных данного профиля, которые в 30% случаях купировались на месте.

5. На вызовы к онкологическим больным без неотложных состояний направляются общепрофильные врачебные бригады.

6. В случае поводов с неотложными состояниями к данной категории больных направляется специализированная выездная бригада СМП.

Результат выезда бригад скорой медицинской помощи к онкологическим больным

Таблица №2

Результат выезда	2009г	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г	2015г	2016г	2017г	2018г	Всего
Оставлен на месте	249	261	219	214	185	163	171	164	133	136	1895
Госпитализирован	158	107	115	73	86	85	81	99	72	61	937
Отказ от госпитализации после улучшения состояния	21	23	19	25	28	18	24	26	24	23	231
Повторное обращение в течение суток	7	9	11	8	6	12	11	9	8	7	88
Констатация смерти после оказания медпомощи в течение суток	5	7	9	6	4	5	3	2	2	3	46
Выезд к больным на констатацию смерти	75	76	71	69	52	56	52	54	59	61	625

Вывод:

1. Госпитализировано 24,5% обратившихся онкологических больных (937 случаев), что свидетельствует о том, что каждый четвертый больной обращался с неотложным состоянием.

2. Оставлено на месте после оказания терапии или после консультации и психотерапии 49,6% обратившихся онкологических больных (1 895 случаев), каждый второй больной обращался без неотложного состояния.

3. В 2,3% случаев (88 больных) обратились в течение суток повторно.

4. Констатирована смерть бригадами СМП у 671 онкологического больного – 17,6%.

5. Отказались от госпитализации после улучшения состояния 231 больной – 6%.

Объём лечебных мероприятий, оказанных онкологическим больным бригадами скорой медицинской помощи

Таблица №3

Лечебные мероприятия	2009г	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г	2015г	2016г	2017г	2018г	Всего
Инфузионная терапия	42	38	32	29	29	23	28	27	22	21	291
Введение вазопрессоров	21	25	19	16	17	14	16	13	9	11	151
Инъекции обезболивающих препаратов	136	126	109	93	89	84	77	81	66	61	922
Замена трахеостомических трубок, катетеров Фоллея	159	106	99	95	93	91	86	98	84	76	987
Замена пищеводных зондов	32	29	28	25	26	24	26	27	19	18	254
Катетеризация мочевого пузыря	27	31	29	33	36	35	31	27	29	30	308
Наложение повязок	31	33	27	28	19	18	25	28	24	24	257
Инсуффляция кислорода	87	74	63	72	69	72	64	59	67	54	681
В/в введение аминофиллина	13	11	12	14	12	11	9	7	8	7	104
Небулайзерная терапия другими препаратами	32	31	28	31	25	24	29	17	15	17	249
Введение ГКС	28	24	22	26	19	16	17	9	8	9	178

Вывод:

1. Преимущественно онкологическим больным требуется на догоспитальном этапе скорой помощи замена трахеостомических трубок, катетеров Фоллея и замена пищеводных зондов в 32,5% случаев (1 241 манипуляция за 10 лет) – частично СМП выполнена функция поликлинической службы.

2. Оказывалась экстренная неотложная терапия в 19,6% случаев (у 750 больных).

3. Терапия купирования дыхательной недостаточности аминофиллином, бета-2 адреномиметиками и пульмикортом через небулайзер, инъекциями ГКС проведена 531 больному – в 14% случаев. Инсуффляция кислорода проводилась в 681 случае.

4. Инъекции обезболивающих препаратов онкологическим больным проведены в 922 случаях, когда больные не забирали своевременно выписки из стационаров,

оказывались без обезболивающих средств в праздничные дни или по мнению родственников больным требовалось дополнительно эффективное обезболивание.

Общие выводы:

1. За анализируемый 10-летний период за медицинской помощью на подстанции Норильской ССМП обратился 3 822 онкологических больных – 0,8% от всех вызовов СМП.

2. 75,5% обращений онкологических больных за медицинской помощью составляют неотложные состояния, угрожающие их жизни, с поводами: задыхается, кровотечения, низкое АД, умирает, не функционирует трахеостомическая трубка, длительная задержка мочи.

3. Большинство пациентов, обратившихся за медицинской помощью на ССМП, находились в состоянии средней степени тяжести.

4. Преимущественно онкологическим больным требуется на догоспитальном этапе скорой помощи замена трахеостомических трубок, катетеров Фоллея и замена пищеводных зондов в 32,5% случаев (1 241 манипуляция за 10 лет) – частично СМП выполняет функцию поликлинической службы.

5. Инъекции обезболивающих препаратов онкологическим больным проведены в 922 случаях – 24%, когда больные не забирали своевременно выписки из стационаров, оказывались без обезболивающих средств в праздничные дни или по мнению родственников больным требовалось дополнительно эффективное обезболивание.

6. Мероприятия по диагностике неотложных состояний и лечению данных состояний проводятся бригадами СМП согласно утвержденным стандартам на ССМП.

7. Отказов в медицинской помощи больным данной категории не было.

Используемая литература:

1. С.А. Проценко. Неотложные состояния в онкологии. СПб. 2011г.

2. Ургентные состояния в онкологии. Журнал Практическая онкология №26 (июнь). 2006г.

3. Онкология. Клинические рекомендации. 2-е издание. Под редакцией В.И. Чиссова, С.Л. Дарьялова. 2009г. Издательская группа «ГЕОНТАР-Медиа».

4. Онкология. Национальное руководство под редакцией Роланда Т. Скила, перевод с английского. 2011г. Издательская группа «ГЕОНТАР-Медиа».

## ОСОБЕННОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.КАНСКА

Овсянников С.А.  
КГБУЗ "Канская МБ"

Скорая медицинская помощь (СМП) — вид медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Выделяют формы оказания скорой медицинской помощи, критериями которых являются признаки угрозы жизни пациента и связанные с ними требования к срокам ее оказания. Формами оказания СМП являются:

1) экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства;

2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства.

Явные признаки угрозы жизни - выраженные проявления заболевания (состояния), которые может привести к смерти пациента.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинским работником

гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. Гарантированный объем и качество бесплатной экстренной медицинской помощи, оказываемой выездными бригадами СМП, определяются на основе стандартов оказания скорой медицинской помощи.

Условия оказания скорой медицинской помощи:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, в кабинете для приема амбулаторных больных.

СМП осуществляет свою деятельность в режиме повседневной работы и в режиме чрезвычайных ситуаций.

Медицинская эвакуация и санитарная транспортировка являются элементами оказания медицинской помощи.

Характеристика службы скорой медицинской помощи г.Канска

Станция скорой медицинской помощи г. Канска расположена в центре города в приспособленном здании на первом этаже, по адресу: Крестьянская 18 пом.105.

Диспетчерская — оснащение: 4 телефонных ввода, в т.ч. 3 телефонных канала с записью переговоров, 1 телефон прямой связи с ГО и ЧС, компьютер, совмещенный с системой ГЛОНАСС, система записи видеонаблюдения.

Кабинет амбулаторного приема.

Кабинет по укомплектованию медицинских упаковок.

Кабинет медицинского статистика с архивом.

Кабинет старшего фельдшера.

Помещение по хранению НС и ПВ.

Комнаты отдыха медицинского и водительского персонала.

Административно — хозяйственные помещения

ССМП является учреждением III категории, радиус обслуживания 80 км., обслуживает население города и района, которое в 2018г. составило 115753 чел., из них сельского населения – 21856 чел., детского – 24752 чел.

Расположение скорой медицинской помощи отвечает 20-минутной транспортной доступности, за исключением сельских поселений.

На станции скорой медицинской помощи 13 автомобилей скорой медицинской помощи: 1 автомобиль класса «С» (реанимобиль), 3 автомобиля класса «В», 9 автомобилей класса «А», все они оснащены согласно приказа МЗ РФ от 20.06.2013г. № 388 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Все автомобили оборудованы навигационной системой ГЛОНАСС.

Обслуживаемое население

	2016г.	2017г.	2018г.
Численность обслуживаемого населения	117357	118033	115753
Городского	94309	95584	93897
Сельского	23048	22449	21856
Детского	24894	24942	24752

Численность населения остается на одном уровне, незначительное снижение в 2018г. городских жителей. Из года в год снижается численность сельского населения.

#### КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Укомплектованность врачами и фельдшерами:

Врачи			Фельдшера		
2016г.	2017г.	2018г.	2016г.	2017г.	2018г.
11	11	11	75	80	80
80%	80%	80%	88%	95%	95%

Укомплектованность врачами в 2016-2018гг. выросла за счет оптимизации штатного расписания в условиях объединения самостоятельных учреждений в структурные подразделения КГБУЗ «Канская межрайонная больница» в июне 2015г.

Показатели работы ССМП

	2016г.	2017г.	2018г.
Всего обращений	38817	39394	37359
В т.ч. амбулаторно	738	645	711
Отказов в приеме вызова за необоснованностью (переадресация)	462	560	608
Выездов Канский район	2389	2405	3253
Выездов в краевые ЛПУ	12	3	4
% опозданий (прибытие более чем через 20 мин.)	13	13	12
Среднее количество бригад в сутки	7,8	8,1	8,0
из них врачебных	2,5	2,0	2,0
Выполнено активных вызовов	1380	1411	1505
Допущено повторных вызовов	1543	1224	1159
из них: обоснованных	195	191	210
по причине работников СМП	110	95	108
работников других ЛПУ	85	96	102
Количество лиц, госпитализированных	7179	7082	7612
% госпитализированных от числа доставленных	75	74	72
«Ложные» вызова	1899	1798	1210
Число ДТП	136	172	145
Число пострадавших в ДТП	186	200	185
в том числе смертельным исходом	10	11	13

Увеличение количества отказов в приеме вызова в связи с улучшением преемственности после объединения в межрайонную больницу особенно касается участковых больниц.

Отмечается увеличение вызовов в Канский район, что связано с недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами участковых больниц.

Незначительно снизился уровень госпитализации от числа лиц доставленных на госпитализацию ввиду оптимизации коечного фонда межрайонной больницы.

Структура вызовов

	2016г.	2017г.	2018г.
Внезапные заболевания	16270	15954	16886

Неотложная помощь	16577	17537	13115
Травмы и отравления	4117	3901	5144
Роды и патология беременности	932	898	499
Медицинская эвакуация	921	1104	1715
Безрезультатные в т.ч. летальность до приезда «СП»	1808 390	1687 422	2036 829

Ежегодно цифры остаются на одном уровне, заметны высокие показатели обращаемости по неотложной помощи, что говорит о недостатках в организации данного вида медицинской помощи в поликлиниках города, а также недостаточной приверженности пациентов к выполнению назначенного лечения в т.ч. по причине финансовых трудностей отдельных категорий населения.

Отмечается рост безрезультатных выездов в основном за счет увеличения количества выездов на констатацию биологической смерти до приезда

#### Структура обращаемости ССМП

Нозология	2016г.	2017г.	2018г.
Б-ни органов кровообращения	11138	11323	11415
В т.ч. гипертоническая болезнь	7760	7812	8106
ИБС	2698	2525	2620
ОКС с подъемом ST в том числе проведено ТЛТ	128 13	122 2	118 4
ОКС без подъема ST в т.ч. госпитализировано	306 270	282 251	315 248
ОНМК в т.ч. госпитализировано	588 510	453 405	481 399
Б-нь органов дыхания	6370	6287	5990
в т.ч. ОРЗ+грипп	3840	4100	3085
Бронхиальная астма, ХОБЛ	1985	1878	1804
Б-ни ЖКТ	2030	1876	2110
О.живот в т.ч. госпитализировано	1200 878	1159 804	1306 988
Травмы и отравления в т.ч. связанные с приемом алкоголя с приемом наркотиков и психоактивных в-в	4650 2110 295	4109 1722 278	5060 1995 130

На первом месте по уровню заболеваемости остается сердечно-сосудистая заболеваемость. Вызова в основном по поводу гипертонической болезни, что говорит о недостатках в работе поликлинической службы, слабой приверженности населения к выполнению назначенного лечения.

В связи с открытием в 2016г. центра инвазивной кардиологии в сосудистом отделении межрайонной больницы, снизилось заметно количество проведенных процедур тромболитической терапии.

Суточная нагрузка на бригады

Среднее кол-во выездов за сутки	2016г.	2017г.	2018г.
в т.ч. врачебная линейная	9,8	9,9	8,7
Реанимационная	6,6	6,7	6,2
Психиатрическая	9,4	8,5	8,2
Фельдшерская линейная	17,0	15,5	15,4

Среднесуточное количество вызовов на одну бригаду соответствует показателям нагрузки на одну бригаду «СП» такой категории городов в РФ.

Согласно приказ МЗ РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» имеется отчетно-учетная документация:

Форма 40- отчет станции/ отделения/ больницы скорой медицинской помощи.

Форма 40 - отчет станции скорой медицинской помощи.

Форма 115у - дневник работы станции скорой медицинской помощи.

Форма 109у - журнал регистрации вызовов. Журнал ведется на станции скорой медицинской помощи диспетчером, принимающим вызовы от населения.

Форма 110у - карта вызова. Карта вызова скорой медицинской помощи заполняется во всех станциях и отделениях скорой помощи и неотложной медицинской помощи выездными бригадами врачебными и фельдшерскими. Заполненные за смену карты просматриваются и подписываются главным врачом смены, после чего, бригада сдает их диспетчеру и расписывается в журнале записи вызовов скорой медицинской помощи.

Форма 114у - сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи. Лист заполняется бригадой скорой медицинской помощи в случаях доставки больного (пострадавшего) в стационар.

Форма 058у – экстренное извещение.

Форма 074у – журнал регистрации амбулаторных больных.

Другая документация:

Журналы передачи детских и взрослых вызовов в поликлинику.

Журнал регистрации и передачи в поликлинику инфекционных больных

Журнал регистрации и передачи в поликлинику ангинозных больных.

Журнал регистрации и передачи в УВД пострадавших в ДТП

Журнал регистрации и передачи в УВД пострадавших с криминальными травмами.

Журналы регистрации и передачи в УВД смерти в присутствии скорой помощи и до приезда.

Журнал регистрации и передачи в СЭС больных с острыми отравлениями алкогольной продукцией.

Журналы регистрации и передачи медицинского ящика, аппаратуры, наркотических и сильнодействующих препаратов.

Журналы регистрации получения и списывания остродефицитных и сильнодействующих препаратов.

Журнал учета спирта и перевязочного материала.

Журнал регистрации операций связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

В своей работе я руководствуюсь следующими законами и приказами :

- Конституция РФ от 12.12.1993г.
- ФЗ от 21.11.2010г. №323-ФЗ « Об охране здоровья граждан в РФ»
- ФЗ от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании»
- ФЗ от 08.01.1998г. №3-ФЗ « О наркотических средствах и психотропных веществах»
- Постановление Правительства РФ от 31 .12. 2009г № 1148 «О порядке хранения НЛС , психотропных веществ и их прекурсоров.»
- Приказ МЗ РФ от 20.06.2013г № 388 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»
- Приказ МЗ РФ от 22.01.2016 №33н «О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи»
- Приказ МЗ РФ от 22.01.16 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения укладки выездной бригады скорой медицинской помощи.»
- Приказ МЗ РФ от 23.08.2010г. № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»
- Приказ МЗ СССР от 30.08.1991г. № 245 «О нормативах потребления этилового спирта в учреждениях здравоохранения, образования и социального обеспечения »
- Приказ МЗ РФ от 14.01.1999г № 38-ДСП «О мерах по совершенствованию экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости»
- Приказ МЗ РФ от 03.02.1997г. № 36 «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии»
- Приказ Минздравмедпрома РФ от 16.08.1995 г. № 170 «О мерах совершенствования профилактики, лечения ВИЧ-инфекций в РФ»
- Приказ МЗ РФ от 08.04.1998г. № 108 «О скорой психиатрической помощи»
- Приказ МЗ РФ от 06.10.1998г. № 290 «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами»
- Приказ МЗ СССР от 12.07.1989г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»
- Приказ МЗ РФ от 06.03.1999г. № 475 «Меры по профилактике кишечных инфекций»
- Приказ УЗАК от 09.07.2001г. № 297 «О профилактике профессионального заражения ВИЧ-инфекцией»
- Приказ МЗ СССР от 14.01.1983 № 38-ДСП « О мерах по совершенствованию экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости»
- Приказ МЗ РФ от 23.04.2013г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории.»
- Приказ МЗ РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»

- Приказ МЗ РФ от 23.12.1998 № 375 «О мерах по усилению эпидемиологического надзора и профилактики менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов»

- Приказ МЗ РФ от 12.04.2011 N 302н (ред. от 15.05.2013) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"

- САН.ПИН.2.1.3.2630.-10.«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям осуществляющим медицинскую деятельность»

- САН.ПИН.2.1.7.2780.-10.«Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»

- МУ 3.1.2313-08 «Требования к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев инъекционных однократного применения.

Как врач скорой медицинской помощи:

- Обеспечиваю немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытия её на место происшествия в пределах установленного временного норматива в г.Канске;

- Владею навыками ранней диагностики угрожающих жизни состояний, их профилактики, оказания скорой медицинской помощи в соответствии с учреждёнными отраслевыми нормами, правилами и стандартами для врачебного персонала по оказанию скорой медицинской помощи:

- Применяю объективные методы обследования больного (пострадавшего);
- Оцениваю тяжесть состояния больного (пострадавшего), причину этого состояния;

- Определяю объём и последовательность реанимационных мероприятий;
- Оказываю экстренную медицинскую помощь и провожу интенсивную терапию и реанимацию (больным с тяжелой черепно-мозговой, нейроспинальной, скелетной травмой, политравмой, больным с тупой травмой живота и грудной клетки, с повреждением внутренних органов, сочетанной травмой, больным с повреждением магистральных сосудов конечностей, больным с шоком (геморрагическим, ожоговым, септическим, анафилактическим), с острой дыхательной, почечной, сердечно-сосудистой недостаточностью, при острых отравлениях алкоголем, его суррогатами и наркотическими веществами, при общем охлаждении организма, утоплениях, механической асфиксии)

- Обосновываю поставленный диагноз, план и тактику ведения больного, показания к госпитализации.

- Обеспечиваю щадящую транспортировку с одновременным проведением интенсивной терапии и госпитализацию больного (пострадавшего);

- Немедленно информирую администрацию станции скорой медицинской помощи обо всех чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызова;

- По требованию сотрудников управления внутренних дел или просто участников дорожного движения останавливаюсь для оказания медицинской помощи, независимо от места нахождения больного (пострадавшего);

- Осуществляю контроль за укомплектованностью бригады аппаратурой, лекарственными препаратами и другим имуществом;

- Обеспечиваю сохранность медицинского оборудования, медикаментов;

- Веду утверждённую учётно-отчётную документацию.

Оснащение врачебной бригады  
станции скорой медицинской помощи

Согласно приказа МЗ РФ от 20.06.2013г № 388 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». В редакции приказа МЗ РФ от 22.01.16 № 33н.

Врачебная общепрофильная бригада станции скорой медицинской помощи оснащена следующим оборудованием:

Медицинский ящик-укладка основной (укомплектован лекарственными средствами согласно приказа МЗ РФ от 22.01.16 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»)

Дополнительный медицинский ящик для размещения родового пакета, реанимационного набора, инфузионных растворов.

Электрокардиограф портативный трехканальный.

Дефибриллятор портативный ДКИ-Н-10 «АКСИОН- X»

Аппарат ИВЛ типа "Пневмат", «Фаза».

Аппарат ингаляционного наркоза типа АНпСП – 01 – «ТМТ»

Аппарат ИВЛ ручной портативный типа АДР-1200.

Портативный глюкометр «ONE TOUCH»

Пульсоксиметр «Кардекс»

Инфузомат

Тонометр и фонендоскоп.

Комплект шин иммобилизационных.

Комплект иммобилизационных головодержателей типа воротников Шанца.

Носилки складные.

Носилки-полотнище типа "Волокуши".

Кресло-каталка складное.

Приемное устройство с носилками.

Штатив для инфузий.

Баллон кислородный с редуктором 10 л.

Аспиратор портативный механический.

Небулайзер «TREVEL» для купирования приступов бронхиальной астмы

Кардио БСЖК (экспресс-тесты для определения маркеров острого инфаркта миокарда)

Мебель для размещения медицинской аппаратуры

Облучатель бактерицидный.

Светильник направленного действия в салоне.

Контейнеры для утилизации шприцев, материалов.

Средства связи (радиостанция)

Работая врачом скорой медицинской помощи, владею следующими практическими навыками:

- Пункция и катетеризация центральных вен;
- Инфузионная терапия, п/к, в/м, в/в капельное введение лекарств;
- Санация верхних дыхательных путей и ИВЛ с использованием технического оснащения;
- Интубация трахеи назотрахеальным и оротрахеальным способом.
- Проведение операции трахеотомии.
- Дефибриляция и ЭИТ;
- Непрямой массаж сердца;
- Остановка наружного и внутреннего кровотечения;
- Наложение повязок, наложение кровоостанавливающего жгута;

- Различные виды транспортной иммобилизации;
- Промывание желудка через зонд;
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Передняя тампонада носа;
- Принятие родов;
- Запись и расшифровка ЭКГ.

Личная работа за отчётный период

	2016г.	2017г.	2018г.
Выполнено вызовов	534	586	527
Доставлено в ЛПУ	119	128	109
% госпитализированных от числа доставленных в ЛПУ	90	89	88
% расхождения диагнозов	0,9	0,9	0,8
Количество активных выездов (по вызову фельдшерских бригад)	101	109	99
Летальные	7	12	9
- смерть до приезда бригады	6	10	8
- смерть в присутствии бригады	1	2	1
Повторные вызовы	12	9	7
% повторных вызовов	2,2	1,5	1,3
Средняя нагрузка (сутки)	10,2	9,8	10,0

Количество обслуженных больных и их профильная структура

№	Из выполненных мною вызовов	2016г.	2017г.	2018г.
1.	Заболевания ССС	267	272	271
	- ОКС с подъемом ST	23	22	22
	- ОКС без подъемом ST	52	51	62
	- аритмии	61	62	79
	Гипертоническая болезнь	72	70	72
	Стенокардия стабильная	37	41	38
	-другие	61	75	57
3.	Заболевания ЦНС в т.ч. ОНМК	29	35	24
4.	Заболевания органов дыхания	31	28	18
	Травмы и отравления в т.ч. связанные с приемом алкоголя и других веществ	72	68	60
		35	30	24
5.	Острая хирургическая патология	20	15	18
6.	Прочие	69	79	91

В структуре вызовов к больным с патологией системы кровообращения первое место занимает эссенциальная (первичная) гипертензия, обратившиеся больные по поводу гипертонического криза или ухудшения течения гипертонической болезни, зачастую у метеочувствительных людей, при нерегулярном приеме антигипертензивных препаратов, а также у пациентов с впервые выявленным повышением артериального давления.

На втором месте, в общей структуре вызовов с патологией системы кровообращения - нестабильная стенокардия. Это возрастная категория старше 40 лет,

часто лица перенесшие инфаркт миокарда в прошлом. В структуру нестабильной стенокардии входит стенокардия впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия.

Третье место занимает острая патология сосудов головного мозга – острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу, а так же преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Увеличение количества больных с патологией системы кровообращения связано с недостаточным вниманием к своему здоровью, нерегулярным приемом назначенных препаратов, низкой приверженностью пациентов к лечению, отсутствием у пациентов знаний о методах самостоятельного контроля уровня артериального давления и приема лекарственных препаратов при ухудшении.

Отмечается большой процент больных терапевтического профиля вызывающих скорую помощь. Это может быть связано с увеличением хронических и острых заболеваний у населения, несвоевременным обращением больных за медицинской помощью в поликлинику и, как следствие, увеличение обращаемости в скорую помощь, снижением жизненного уровня населения, введением платных медицинских услуг в лечебных учреждениях, высокой стоимостью лекарственных препаратов.

Отмечается рост обращений за медицинской помощью больных неврологического профиля, к этой группе заболевания относились заболевания ЦНС: ОНМК, энцефалит, эпилепсия, судорожный синдром, а также остеохондроз, межреберная невралгия.

За отчетный период проведены следующие манипуляции

Манипуляция	2016г.	2017г.	2018г.
Санация верхних дыхательных путей	11	8	10
Катетеризация периферических вен	32	28	34
Электроимпульсная терапия	13	14	12
Закрытый массаж сердца	18	12	9
Аппаратная вентиляция легких	5	2	3
Небулайзерная терапия	1	1	1
Пульсоксиметрия	274	239	321
Глюкозометрия	92	78	69
Кардиотест (БСЖК)	17	15	21
Промывание желудка	11	12	18
Транспортная иммобилизация	61	69	45
Перевязки	91	94	89
Запись и расшифровка ЭКГ	271	285	289

Владение перечисленными манипуляциями необходимо для врача скорой медицинской помощи.

1. Одним из основных диагностических мероприятий в условиях скорой помощи, прежде всего, является электрокардиографическое исследование. В большинстве случаев дифференциальный диагноз невозможен без данных ЭКГ. Постепенный рост количества этого вида исследования из года в год связан, скорее всего, с расширением показаний к снятию ЭКГ. Значительно уменьшилось количество вызовов для снятия ЭКГ, на которые приходилось ездить по вызову фельдшерских бригад т.к на скорой медицинской помощи имеются портативные электрокардиографы «Валента». Сегодня специалисты скорой помощи имеют возможность оперативной передачи электрокардиограммы посредством мобильной связи в Краевой центр дистанционного консультирования. Это позволяет повысить оперативность и качество работы, а также снизить риск осложнений и необратимых последствий для здоровья пациента.

2. Дыхательная аппаратура используется в основном при острой и хронической сердечной и дыхательной недостаточности, при травматических и болевых шоках

различной этиологии. Данные показатели за описываемый период остаются приблизительно на одном уровне.

3. Количество промываний желудка и реанимационных мероприятий, иммобилизаций держится также приблизительно на одном уровне.

4. Применение небулайзерной терапии дает хорошие результаты. Особенно у детей с ларингитами и бронхиальной обструкцией.

5. Проведение глюкометрии увеличилось, что необходимо для более точной диагностики.

Санитарно-просветительская работа

1. Разбор сложных случаев и случаев смерти больного в присутствии бригады Скорой помощи проводится ежедневно на утренних конференциях. Разбираются конкретные больные и допущенные ошибки в тактике оказания неотложной помощи.

2. Еженедельные практические занятия со студентами медицинского колледжа по утвержденной тематике. Чтение лекций по следующим тематикам:

- Инфаркт миокарда, осложнённый кардиогенным шоком.
- Тромбоэмболия легочной артерии: клиника, неотложная терапия.
- Отёк легких: клиника, неотложная терапия.
- Нарушения ритма сердца
- ОНМК

Реферативный разбор со студентами статей из медицинских журналов.

3. Посещение научно-практических конференций.

Предложения для улучшения работы станции СМП

- Для того чтобы улучшить качество обслуживания и работу скорой и неотложной помощи, необходимо через средства массовой информации (радио, телевидение, печать и интернет) вести разъяснительную работу среди населения, научить правильно пользоваться услугами скорой и неотложной помощи, правильно оформлять вызов по телефону.

- Усилить антиалкогольную санитарно-просветительскую работу среди населения, что вероятнее всего, снизит уровень травматизма и отравлений суррогатами алкоголя.

- Обучить население и, в первую очередь, участников дорожного движения и сотрудников ГИБДД элементарным навыкам оказания первой медицинской помощи пострадавшему.

- Улучшить преемственность в работе с поликлиниками города и участковыми больницами

Деонтология в условиях скорой медицинской помощи

Врач «скорой помощи» прежде всего многопрофильный специалист. В процессе своей деятельности он вынужден встречаться с неотложными состояниями практически всех областей медицины. Отсюда возникает необходимость свободного ориентирования в любой неотложной патологии.

Такая многопрофильность определяет широкий круг практических навыков, которыми должен владеть врач. В условиях работы на станции скорой медицинской помощи большое значение имеет профессиональная подготовка врача. Он должен знать вопросы терапии, хирургии, токсикологии, гинекологии, неврологии, педиатрии, урологии, травматологии и т.д., знать особенности течения заболеваний у детей и лиц престарелого возраста.

Правильное распознавание характера повреждения или заболевания, правильное оказание экстренной медицинской помощи, часто определяет прогноз и дальнейшую судьбу больного или пострадавшего.

Оказание медицинской помощи на улице, при большом скоплении народа, в общественных местах, в самых неблагоприятных бытовых условиях - обычная работа врача скорой помощи.

При оказании помощи больным и пострадавшим врач скорой помощи испытывает постоянный дефицит времени, диктуемый характером неотложной патологии и внешней обстановкой. Не теряя времени, он должен сразу же принимать то или иное решение.

Своеобразный характер работы чрезвычайно усложняют дифференциальную диагностику. В ряде случаев отсутствует возможность собрать анамнез, часто приходится сталкиваться с заведомо ложной информацией. В условиях, когда приходится оказывать экстренную медицинскую помощь на улице, в общественных местах, на производстве, правильная постановка диагноза является делом очень трудным. Вот почему больные с улицы и общественных мест, как правило, подлежат обязательной госпитализации.

Одной из отличительных черт работы врача "скорой" является мобильность, которая определяется быстротой выезда бригады, передвижением до места вызова, четкостью и оперативностью при оказании помощи больному.

В силу специфики работы врач, как правило, работает вне станции в течение всего рабочего времени. Это обстоятельство предъявляет высокие требования к дисциплине. Он должен беспрекословно выполнять все положения и требования, обусловленные правилами внутреннего распорядка.

Возрастающая с каждым годом техническая оснащенность бригад, обязывает врача в совершенстве знать возможности медицинской аппаратуры, поступающей на оснащение, и использовать ее с максимальным эффектом.

Из всего изложенного можно сделать вывод, что врач скорой помощи должен удовлетворять следующим требованиям:

- иметь достаточные знания и прочные практические навыки в области диагностики и ургентной терапии, владеть в совершенстве приемами и методами реанимации;
- быстро ориентироваться в характере заболевания или несчастного случая в любой обстановке, независимо от состояния больного и при невозможности собрать какие-либо анамнестические данные;
- при оказании экстренной помощи уметь выбрать наиболее эффективный метод лечения
- обладать высоким уровнем дисциплины;
- обладать высокой психологической устойчивостью.

В своей работе врач должен учитывать психологию больного и окружающих его лиц. Врач обязан найти психологический контакт с больным и его окружением. Только в этом случае можно рассчитывать на полное доверие и получить более полные сведения о больном и его болезни.

Особенности тактики, диагностики и интенсивной терапии на догоспитальном этапе в юридическом аспекте

Врач догоспитального этапа должен иметь фундаментальные знания из различных областей медицины, объединенные практическим опытом. Врач скорой помощи должен быть разносторонним специалистом; ему необходимы знания по неотложной терапии, хирургии, травматологии, гинекологии, педиатрии. Он должен знать основы токсикологии, уметь принять роды.

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 затруднен 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 и 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:

- невозможность в некоторых случаях информирования больных о характере патологии, необходимых методов диагностики, прогнозе течения заболевания (при некомпетентности больного и крайней срочности действий);

- неполучение согласия больного на медицинские действия;

- отказ больного от лечения;

- не во всех случаях есть возможность соблюдения права выбора больным лечебного учреждения.

Все выше перечисленные проблемы показывают необходимость четких знаний прав больного и своей юридической ответственности за нарушение законодательства РФ.

Учитывая произошедшие за последнее годы террористические акты, принесшие за собой множество жертв (США, Москва), появление эпидемий заболеваний с атипичной течением (SARS), роль экстренной медицинской помощи невозможно переоценить: в таких случаях от квалифицированной медицинской помощи зависит жизнь сотен пострадавших. Все это диктует необходимость контроля со стороны административного звена управления за качеством оказываемой догоспитальной медицинской помощи и постоянного самосовершенствования теоретических и практических навыков со стороны врачей выездных бригад. Неотъемлемым элементом этого процесса является обмен опытом между врачами скорой помощи, врачами приемно-диагностических отделений стационаров, врачами службы МЧС, медицины катастроф.

Инструкция по организации работы СМП в зоне ЧС

Бригады являются тем звеном общей системы здравоохранения, которые, в подавляющем большинстве случаев, первыми обеспечивают оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим при ЧС.

1. Медицинский работник по приему и передаче вызовов опрашивает лицо, сообщаемое о ЧС, совместно со старшим врачом оперативного отдела «03».

2. Диспетчерская служба станции СМП устанавливает причину, характер и размеры происшествия, точный адрес, номера телефонов, по которым поступают вызовы, номер телефона по которому в данный момент поддерживается связь.

3. Старший дежурный врач оперативного отдела «03» на основании полученных сведений

- осуществляет оповещение дежурного ТЦМК и должностных лиц по схеме;

- определяет количество выездных бригад, необходимых в данной ситуации, руководствуясь примерными нормативами:

- при количестве пострадавших 3 человека - 2 бригады (одна специализированная);

- от 3-5 пострадавших - 3 бригады (одна из них специализированная);

- от 6 и до 10 пострадавших на каждые 5 человек – 3 бригады;

-свыше 50 пострадавших – на каждые 10 человек – 5 бригад;

4. В случае массовых отравлений (химических или пищевых, острых заболеваний) сохраняются перечисленные нормативы при условии обязательного использования специализированных бригад.

5. При получении сообщения о пожаре и отсутствии данных о наличии и числе пострадавших, старший дежурный врач оперативного отдела «03» отправляет одну линейную врачебную бригаду, врач которой по прибытии на место пожара вступает в контакт с руководителем тушения пожара и при наличии пострадавших производит оказание экстренной медицинской помощи вне опасной зоны. При отсутствии пострадавших бригада по распоряжению старшего врача освобождается с вызова. В карте вызова фиксируется Ф.И.О. и должность руководителя тушения пожара.

6. Непосредственно на границе зоны ЧС бригады СМП поступают в оперативное управление бригаде экстренного реагирования ТЦМК, при ее отсутствии всю организацию до госпитальной экстренной медицинской помощи осуществляет врач первой прибывшей бригады.

7. В соответствии с планом предварительной готовности в зоне ЧС для оценки медицинской обстановки, принятия руководства работой бригад СМП и передачи через диспетчерскую уточненной информации в выше стоящие органы управления – определяется руководитель работы в зоне ЧС (бригада экстренного реагирования ТЦМК, первоначально врач первой прибывшей в зону специализированной бригады, один из руководящих должностных лиц станции СМП).

8. Диспетчер СМП под руководством старшего дежурного врача оперативного отдела «03» предупреждает ответственных врачей стационаров о примерном количестве и профиле пострадавших, направляемых для экстренной госпитализации, ведет учет пострадавших ЧС, которым оказывалась медицинская помощь бригадами СМП.

9. Руководитель работы СМП в зоне ЧС по прибытии на место происшествия немедленно связывается со старшим врачом «03» и выполняет следующие функциональные обязанности:

определяет место стоянки автомашин СМП и порядок работы выездных бригад на месте происшествия;

вступает в контакт с руководителями других спасательных служб;

организует силами органов охраны общественного порядка, оцепление места работы выездных бригад СМП и место развертывания медицинского сортировочного пункта;

организует проведение минимального объема медицинской разведки с целью ориентировочного определения количества пострадавших и основного характера повреждений;

организует вынос пострадавших на сортировочный медицинский пункт силами спасателей;

контролирует сортировку пострадавших, оказание им экстренной медицинской помощи и подготовку их к транспортировке;

остается на месте происшествия до полного окончания спасательных работ, периодически информируя руководство станции об их ходе. По окончании работ бригад СМП составляет рапорт на имя главного врача станции СМП.

10. Линейная бригада СМП, первой прибывшая на место ЧС:

1. немедленно начинает проводить медицинскую сортировку пострадавших, включающую одновременное оказание им медицинской помощи в объеме «программы спасения жизни, поддержания функции органов жизнеобеспечения».

2. немедленно устанавливает связь с диспетчером СМП.

Выводы

Станция скорой медицинской помощи г. Канска, обеспечивает оказание экстренной медицинской помощи всему населению города и района в полном объеме.

Сельское население обеспечено экстренной медицинской помощью на том же уровне, что и городское.

Интенсивные показатели обращаемости на протяжении 3-х лет стабильны и составляют в среднем 339 на 1000 населения.

Основная работа и нагрузка по выполнению вызовов ложится на фельдшерские линейные бригады, на линейные врачебные и специализированные бригады приходится около 30% вызовов.

Станция СМП укомплектована квалифицированными врачами и фельдшерами, что позволяет проводить догоспитальную медицинскую помощь на достаточном высоком уровне.

На станции постоянно в течение года проводятся занятия с врачами и фельдшерами. План проведения занятий составляется на год. К проведению занятий привлекаются как сами врачи и фельдшера, так и специалисты других отделений межрайонной больницы.

Медицинские работники станции участвуют во всех проводимых в городе медицинских конференций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Б.А. Скорая медицинская помощь. Издание II дополненное// Медицина Москва. 2010.

2. Мирошниченко А.Г., Багненко С.Ф. «Руководство по скорой медицинской помощи», Москва 2007.

3. Афанасьев В.В. «Руководство по неотложной токсикологии», Краснодар, 2013.

4. Назаров И.П. «Интенсивная терапия критических состояний», Красноярск, 2007

5. Лапин В.Н. «Инфузионная терапия гиповолемического шока», Санкт-Петербург, 2015.

6. Руксин В.В. «Неотложная кардиология», Москва, 2007.

7. Белкин А.А. «Инсульт», Екатеринбург, 2011.

8. Агаджанян В.В. «Политравма», Москва, 2008

9. Федеральные стандарты оказания СМП (приказы за 2016г.)

10. Российский научно - практический журнал «Скорая медицинская помощь»

11. Скорая медицинская помощь Красноярского края. Материалы научно-практических конференций.

12. <http://www.scardio.ru>

13. <http://www.internist.ru>

14. <http://kraszdrav.ru>

#### ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ Г.КРАСНОЯРСКА

Попов А.А.<sup>1,2</sup>, Большакова М.А.<sup>1,2</sup>, Любченко А.А.<sup>1,2</sup>, Попова Е.А.<sup>1,2</sup>, Рахманов Р.М.<sup>1,2</sup>, Шамов Д.С.<sup>2</sup>, Рахманова Е.А.<sup>2</sup>, Жежера К.В.<sup>1</sup>, Козулин О.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича»

<sup>3</sup>КГБУЗ "Канская МБ"

По данным Федеральной службы государственной статистики в России в период с 2013 по 2015 гг. в среднем за год получили травмы 13300,0 тысяч человек. Из них зарегистрировано 22,7 тысяч человек с травмами внутренних органов грудной и брюшной областей, таза, 130,9 тысяч человек с переломами черепа и лицевых костей, 300,4 тысяч

человек с переломами позвоночника, костей туловища, других и неуточненных областей тела.

При оказании помощи пострадавшим с травматическими повреждениями первым и важнейшим этапом является стабилизация состояния больного. [1-6, 9-11]

Цель исследования – анализ ближайших результатов интенсивной терапии больных с изолированной и сочетанной травмой для повышения эффективности оказания медицинской помощи.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Проведен ретроспективный анализ характера основных компонентов интенсивной терапии у 117 пациентов с изолированной и сочетанной травмой поступивших в травмоцентр первого уровня - КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» за период с июня 2018 года по февраль 2019 года.

Средний возраст больных составил  $46,2 \pm 5,12$  лет, от 18 до 80 лет. Большую часть пострадавших составили мужчины - 63,3% (табл. 1).

Таблица 1  
Распределение больных по полу

Пол	Количество (чел.)	Процентное соотношение
Мужчины	74	63,3%
Женщины	43	36,7%

Причинами травм послужили ДТП – 70 (59,8%), падение с высоты 36 (30,7%) и другие 11 (9,4%). Для проведения исследования все травмы были классифицированы по виду (табл. 2). Наибольший процент приходится на переломы конечностей/таза (23,1%) и черепно-мозговые травмы (21,4%).

Таблица 2  
Распределение больных по характеру травмы

Травма	Количество случаев	Процент случаев
Черепно-мозговая травма	25	21,4%
Сочетанная травма грудной клетки и живота	5	4,3%
Сочетанная травма грудной клетки и конечностей/головы	23	19,7%
Сочетанная травма живота и конечностей/головы	1	0,85%
Сочетанная травма грудной клетки, живота и конечностей/головы/таза	3	2,56%
Травма грудной клетки	16	13,7%
Травма живота	4	3,4%
Переломы конечностей/таза	27	23,1%
Сочетанная травма головы и конечностей/таза	2	1,7%
Травма позвоночника	11	9,4%

Тяжесть состояния оценивалась по разработанной нами шкале оценки тяжести больных с политравмой [7,8] (табл. 3).

Таблица 3  
Оценка степени тяжести больных при политравме

Показатели	Оценка, баллы		
	0	1	2
Шкала ком Глазго	14-15	13-8	<8

Баллы (ШКГ)			
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/мин)	70±10	81-120	>120, <50
Артериальное давление систолическое мм.рт.ст. (АДс)	110±20	90-60	<60
Шоковый индекс Альговера усл. ед. (ШИ)	0,5-0,9	1,0-2,0	>2,0
Среднее артериальное давление мм.рт.ст. (САД)	90±10	70-50	<40
Изменения по ЭКГ: наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, наличие признаков ишемии миокарда по ЭКГ (проявляющиеся депрессией сегмента ST и появлением отрицательного зубца T)	нет	Наличие одного признака	Сочетание нескольких признаков
Центральное венозное давление мм H <sub>2</sub> O (ЦВД)	51-89	50-30	<30
Частота дыхательных движений в мин <sup>-1</sup> (ЧДД)	14-18	19-35	>35
Сатурация крови % (SpO <sub>2</sub> )	98-100	90-97	<90
Фракция кислорода во вдыхаемой смеси (FiO <sub>2</sub> )	0,21	0,33-0,74	0,75-1,0
Парциальное давление углекислого газа в выдыхаемом воздухе мм рт.ст (PetCO <sub>2</sub> )	36-44	35-27	<27
Шока нет – 0-6 баллов; шок централизации – 7-19 баллов; шок децентрализации – >19 баллов			

Результаты оценки тяжести представлены в таблице 4

Таблица 4  
Тяжесть состояния пациентов

Функциональное состояние	Кол-во больных	балл
без шока	40	3,53 ±0,22
шок централизации	68	9,60 ±0,43
шок децентрализации	9	26,0 ±5,50

Среднее пребывание больного в реанимационном зале составило 49,7 ± 0,73 мин.

Сравнительный корреляционно-регрессионный анализ полученных результатов проводился в пакете прикладных программ IBM SPSS Statistics v.23. Критический уровень достоверности был принят равным 0,01 [12].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

Показателями эффективности интенсивной терапии у пострадавших с изолированной и сочетанной травмой на догоспитальном этапе и после оказания медицинской помощи в реанимационном зале стационара на наш взгляд заключались в следующем:

1. Обеспечение купирования болевого синдрома с целью не только уменьшения страдания пациента, но и поддержания на компенсаторном уровне гемодинамики (Шоковый индекс Альговера - 0,5-0,9, при ЧСС -  $70 \pm 10$  уд. в мин и АДс -  $110 \pm 20$  мм рт.ст), функции дыхания (ЧДД - 14-22 мин<sup>-1</sup>) и изменений газового состава крови ( $SpO_2 > 95\%$ , при  $FiO_2 < 0,5$  и  $PetCO_2$  36-44 мм рт.ст).

2. Поддержание адекватного перфузионного давления инфузионной терапией для достижения и стабилизации САД –  $90 \pm 10$  мм рт. ст., ЦВД – 51-89 мм H<sub>2</sub>O, Ht > 25%, диуреза > 0,75 мл/кг/ч.

У 30,8% больных адекватная анальгезия проводилась на догоспитальном этапе, поэтому в реанимационном зале дополнительно введение препаратов обезболивания не потребовалось. В остальных случаях нестероидные противовоспалительные препараты назначали у 28,8% пострадавших, в сочетании с наркотическими анальгетиками у 40,4%.

Из опиоидных обезболивающих средств были использованы: промедол (28,6%), трамадол (28,6%) и фентанил (42,8%).

Доля кетопрофена составила- 53,3% и кеторолака - 46,7%.

Исходя из вышесказанного анальгетическая стратегия у больных с изолированной и сочетанной травмой заключалась в следующем – при травмах с умеренным болевым синдромом для обезболивания вводились внутривенно ингибиторы синтеза простагландинов – кеторолак– 0,4 мг/кг или кетопрофен 2,13 мг/кг, что позволяло уменьшить травматическое перевозбуждение рецепторов и афферентов. При травмах с выраженным болевым синдромом анальгезия усиливалась, действующим на сегментарном уровне – наркотическим анальгетиком. Основное условие применения вышеуказанных препаратов – минимальные дозы (промедол - 0,01 мг/кг/ч, трамадол 0,17 мг/кг/ч, фентанил 0,001 мг/кг/ч), которые не вызывают нарушения сознания, дыхания и кровообращения.

Объем и качественный состав инфузионной терапии определялись степенью гиповолемии, тяжестью острого респираторного и ренального повреждений и наличием черепно-мозговой травмы.

Инфузионная терапия только кристаллоидными растворами проводилась у 73% пострадавших. Сочетание кристаллоидных растворов с коллоидами потребовалось у 9,6% пациентов. У 17,3% больных с черепно-мозговой травмой инфузионная терапия в реанимационном зале не назначалась.

Использовались следующие кристаллоидные растворы: 0,9% NaCl (68,4%) и Стерофундин (31,6%).

В сочетании с кристаллоидными препаратами использовали: гелофузин (80%) или ГЭК (20%).

Таким образом, в зависимости от тяжести состояния осуществляли следующие программы инфузионной терапии: 40 пострадавшим без признаков шока назначали раствор NaCl 0,9% в дозе 4,8 мл/кг/ч, для коррекции гиповолемии 68 пациентам с шоком централизации использовали кристаллоиды - 11,1 мл/кг/ч, 9 крайне тяжелым больным с шоком децентрализации в схеме инфузионной терапии назначали сочетание кристаллоидов:коллоидов 1:1, для решения поставленной задачи назначали Стерофундин - 8,2 мл/кг/ч, гелофузин - 7,14 мл/кг/ч или ГЭК 6% - 6,67 мл/кг/ч.

Заключение:

Основной причиной изолированной и сочетанной травм остаются дорожно-транспортные происшествия –59,8%. Характер повреждений: травма грудной клетки 13,7%, переломы конечностей + таза (23,1%) и сочетанная травма грудной клетки + конечностей + головы (19,7%) у 65,8% пострадавших приводили к развитию травматического шока, который в 8% случаев носил декомпенсированный характер. Анализ результатов лечения пациентов показал, что применение концепции мультимодальной анальгезии, умеренной инфузии с преобладанием сбалансированных растворов кристаллоидов в интенсивной терапии позволяет существенно повысить эффективность лечения пострадавших, как с изолированной, так и с сочетанной травмой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. «Красноярскстат» - федеральная служба статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://krasstat.gks.ru>, свободный (дата обращения: 01.10.2018).
2. Показатели состояния безопасности дорожного движения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://stat.gibdd.ru>, свободный (дата обращения: 06.10.2018).
3. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// docs.cntd.ru](http://docs.cntd.ru), свободный (дата обращения: 10.10.2018).
4. Аналитический отчет «Проблемы реанимационных действий на месте ДТП». — М.: Центр стратегических разработок, 2004. — 28 с.
5. Агаджанян В.В., Кравцов С.А. Политравма, пути развития (терминология)//Политравма. 2015. № 2. С. 6-13.
6. Скорая медицинская помощь – 2018//Мат. 17-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 135-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора И. И. Джанелидзе / Главный редактор С.Ф. Багненко. 2018
7. Балльная оценка тяжести состояния при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости /Ефименко Н.А., Лесик П.С., Харисов А.М., Пашаев А.А. // Военно-медицинский журнал. 2015. Т. 336. № 7. С. 11-17.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1445н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru>, свободный (дата обращения: 27.03.2019).
9. Результаты интенсивной терапии осложненной травмы грудного отдела позвоночника / Первухин С.А., Лебедева М.А., Елистратов А.А. [и др.] // Политравма. 2017. № 3. С. 30-37.
10. Bone fracture enhances trauma brain injury /Yang L., Guo Y., Wen D. et al. // Scand. J. Immunol. 2016. Vol. 83(1). P. 26–32
11. Discovering the truth about life after discharge: long-term trauma-related mortality /Callcut R.A., Wakam G., Conroy A.S., Kornblith L.Z., Howard B.M., Nelson M.F., Cohen M.J., Mell M.W., Campion E.M.//Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2016. Т. 80. № 2. С. 210-217.
12. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459с.

#### ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩИХ АНЕСТЕТИКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Потылицин В.Ю., Скрипкин С.А., Креков С.А., Иванова Г.А.  
КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи».

Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе является неотъемлемым разделом медицины критических состояний. Оказание помощи больным и пострадавшим с жизнеугрожающими нарушениями нередко требует от бригады СМП наличия навыков и оснащения из арсенала анестезиологии и реаниматологии.

В частности, в ряде клинических ситуаций целесообразно применение общих анестетиков уже на догоспитальном этапе для проведения инвазивных лечебных мероприятий:

- перед интубацией трахеи;
- перед проведением синхронизированной кардиоверсии;
- перед выполнением коникотомии, транспортной иммобилизации и т.п.

Также использование общих анестетиков (при неэффективности других групп лекарственных препаратов) показано при психомоторном возбуждении и судорожном статусе.

Бесспорно, применение общих анестетиков требует от бригады СМП определенных навыков по поддержанию витальных функций пациента, т.к. эти препараты могут вызывать их депрессию (в первую очередь, вентиляционные нарушения).

К общим анестетикам, применяемым на догоспитальном этапе, предъявляются следующие требования - хорошая управляемость (быстрота возникновения седативного эффекта, короткодействие), умеренное воздействие на функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, редкость возникновения аллергических реакций.

Чаще всего общая анестезия применяется перед интубацией трахеи.

Показания для интубации трахеи на догоспитальном этапе:

- апноэ;
- острые диспноэ;
- брадипноэ реже 8 в минуту;
- тахипноэ чаще 35 в минуту (при нормальной температуре тела);
- ОДН 3-4 степени (SpO<sub>2</sub> меньше 85% без ингаляции кислорода или меньше 90% на фоне ингаляции кислорода);
- нарастающий отек верхних дыхательных путей, не коррегируемый консервативно;
- кома любой этиологии, кроме гипогликемической, вне зависимости от нарушения дыхания.

Используемые пути введения общих анестетиков на догоспитальном этапе – ингаляционный, внутривенный, реже внутримышечный.

Много лет в арсенале скорой помощи находится закись азота. Выпускается промышленностью в жидком состоянии, в стальных баллонах, окрашенных в серый цвет. Взрывобезопасна. Поддерживает горение. Анестетик используется на догоспитальном этапе, во время транспортировки, в стационаре. Основные показания к применению: болевой синдром при травмах, переломах костей, инфаркте миокарда, кардиогенном шоке, стенокардии, острой коронарной недостаточности, панкреатите, и др. Используется для мононаркоза, комбинированного наркоза. Больные быстро вводятся в наркоз и выводятся из него. Обеспечивается хороший анальгетический эффект. Раздражения дыхательных путей, легких не вызывает; гемодинамику, газообмен не угнетает, на функцию печени, почек не влияет. Выделяется легкими в течение 10-15 мин после прекращения ингаляции. Соотношение анестетик/кислород не должно превышать 2:1 по объему.

I уровень анальгетической стадии наркоза достигается при концентрации закиси азота 40-50% по объему; II — при концентрации 50-66%; III — при концентрации 66-75%. При условии усиленной премедикации анальгетическими, нейролептическими средствами и транквилизаторами у ослабленных больных и рожениц при концентрации закиси азота 75% по объему достигается I уровень хирургической стадии наркоза. Не допускается применение закиси азота в концентрации более 80 % по объему.

Клинические особенности. Легкая эйфория, контакт с больным может быть нечетким. Болевой синдром быстро притупляется, но внешние раздражители (слуховые, тактильные, зрительные) воспринимаются. Возможно психомоторное возбуждение (особенно у алкоголиков).

Бензодиазепины (диазепам), хорошо подходят для седации пациентов (дети и взрослые), могут вводиться несколькими путями; тем не менее, полное отсутствие у данных препаратов анальгетических свойств обычно требует параллельного введения сильных анальгетиков в том случае, если у пациента выраженный болевой синдром. Бензодиазепины используются в основном для премедикации, анксиолитического, амнезии и седации. В настоящее время в анестезиологии используют три агониста бензодиазепиновых рецепторов: мидазолам, диазепам и лоразепам. Наступление эффекта мидазолама (дормикума) медленнее, чем у пропофола и барбитуратов, а восстановление сознания, особенно при использовании в больших дозах или при длительной инфузии, значительно медленнее, чем у пропофола или тиопентала натрия. Бензодиазепины обычно незначительно снижают артериальное давление и в умеренной степени угнетают дыхание.

Три препарата группы бензодиазепинов, используемые для анестезии, классифицируются следующим образом: короткого действия (мидазолам), средней продолжительности (лоразепам) и длительного действия (диазепам), в соответствии с их метаболизмом и плазменным клиренсом. Все бензодиазепины оказывают снотворное, седативное, анксиолитическое, амнестическое, противосудорожное и центральное миорелаксирующее действие. Бензодиазепины, подобно большинству внутривенных анестетиков, вызывают дозозависимое угнетение дыхания. Апноэ чаще развивается при совместном использовании с опиоидами. Пожилой возраст, кахексия, а также применение препаратов, угнетающих дыхание, также повышают вероятность развития апноэ. Бензодиазепины в зависимости от дозы уменьшают мозговой кровоток. Противорвотные эффекты бензодиазепинов не выявлены.

Бензодиазепины, используемые в анестезиологии, слабо влияют на гемодинамику. Преобладающим гемодинамическим эффектом является незначительное снижение артериального давления в результате снижения системного сосудистого сопротивления. Механизм, посредством которого бензодиазепины в поддерживающих дозах обеспечивают стабильность гемодинамики, предполагает сохранение гомеостатических рефлекторных механизмов. Несмотря на гипотензию, мидазолам в дозах до 0,2 мг/кг является безопасным и эффективным для индукции анестезии даже у пациентов с выраженным стенозом аорты. Бензодиазепины используются с седативной целью в составе предоперационной премедикации, интраоперационно во время регионарной и местной анестезии в послеоперационном периоде. Седация, амнезия и повышение судорожного порога для местного анестетика — желательные эффекты бензодиазепинов. Седация в течение более длительного времени, например, в отделении интенсивной терапии, также осуществляется бензодиазепинами. Продленная инфузия приводит к накоплению препарата, а в случае мидазолама — к значительным концентрациям активного метаболита. Основными преимуществами являются амнезия и стабильность гемодинамики, а недостатком по сравнению с пропофолом является несколько более длительное прекращение эффекта после окончания инфузии. Бензодиазепины — слабые анальгетики и должны использоваться с другими анестетиками для обеспечения адекватного обезболивания, однако во время общей анестезии бензодиазепины обеспечивают седацию и амнезию.

Бензодиазепины не обладают аллергенным эффектом и не подавляют функцию надпочечников. Основными побочными эффектами в дополнение к угнетению дыхания являются раздражение вен и тромбофлебит, проблемы, связанные с нерастворимостью в воде и необходимостью растворителя.

Кетамин практически идеально подходит для седации и аналгезии и в высоких дозах для индукции анестезии в полевых условиях. Данный препарат обладает сильным анальгетическим и седативным действием, не влияет на параметры гемодинамики у пациентов с гиповолемическим шоком, является сильным бронходилататором и в минимальной степени угнетает дыхание. Применение кетамина при тяжелой травме

головы является спорным: некоторые допускают его применение при использовании искусственной вентиляции. Ввиду наличия у препарата галлюциногенных свойств одновременно с ним следует назначать бензодиазепины. Кетамин можно вводить внутримышечно, при этом он идеально подходит для купирования боли и седации у пострадавших с травмой на этапе эвакуации. Кетамин вызывает диссоциативную анестезию, сопровождающуюся повышением реактивности подкорковых структур. Анестетик стимулирует симпатическую систему, повышая ЧСС, АД и СВ. Усиливаются саливация и бронхиальная секреция. Кетамин повышает уровень метаболизма в тканях головного мозга, повышает церебральный кровоток и внутричерепное давление (ВЧД), способен вызвать судорожную готовность. Противопоказания относительные: артериальная гипертензия, ишемия миокарда, эклампсия, высокое внутричерепное давление, эпилепсия, алкоголизм, психические заболевания, гипертиреозидизм, нарушения мозгового кровообращения, выраженные нарушения функции печени.

Барбитураты, такие как тиопентал натрия, обеспечивают быстрое выключение сознания и приемлемый для интубации уровень анестезии, но сохраняются глоточные и гортанные рефлексы. Эти препараты, особенно у больных с гиповолемией, могут вызвать угнетение гемодинамики, проявляющееся снижением сердечного выброса и артериальной гипотензией. Возможно развитие аллергических реакций. Барбитураты уменьшают мозговой кровоток и скорость метаболизма в головном мозге, поэтому применение этих препаратов показано пациентам с внутричерепной гипертензией. Противопоказания относительные: сердечная недостаточность, перикардит, обструктивные заболевания легких, выраженные нарушения функции легких (бронхиальная астма), гиповолемия, выраженная гипотония, ишемия миокарда, шок, артериальная гипертензия, болезнь Аддисона, ацидоз, дисфункция печени. Недостатки: не имеет анальгетических свойств; может вызвать кашель, икоту, ларинго- и бронхоспазм; повышает рефлексы с глотки; депрессию миокарда со снижением сердечного выброса; часто развивается угнетение дыхания и апноэ вскоре после введения; аритмии: наиболее часто желудочковые экстрасистолы. При глубокой анестезии: дилатация периферических вен, снижение венозного возврата, гипотензия, нарушение функции печени, снижение уровня антидиуретического гормона и вследствие этого уменьшение мочеотделения.

Появление в арсенале анестезиологов Пропофола позволило повысить управляемость анестезии и уменьшить время пробуждения в несколько раз. Пропофол является гипнотиком, т.е. обеспечивает медикаментозный сон пациента. При адекватной дозе сон глубокий и не требует дополнительного использования других седативных препаратов – диазепам, дормикума, барбитуратов, ГОМКа; является гипнотиком ультракороткого действия – больные пробуждаются через несколько минут после прекращения введения. Это основное преимущество пропофола, значительно повышающее управляемость внутривенного наркоза и позволяющее быстро пробуждать больного. Сочетание с другими седатиками абсолютно нивелирует это преимущество и поэтому является нецелесообразным, излишним и безграмотным. Не обладает анальгетическим действием, при проведении наркоза должен сочетаться с каким-либо анальгетиком. Быстро вызывает наркоз (через 20–45 с) без стадии возбуждения. При использовании препарата в низких дозах обычно развивается седативный эффект без утраты сознания. Препарат снижает ОПСС, АД, СВ (ЧСС обычно изменяется мало, но возможно ее урежение; в этих случаях целесообразно применение м-холиноблокаторов), мозговой кровоток и метаболизм, ВЧД и ВГД; он выраженно угнетает дыхание (при введении индукционной дозы обычно наблюдают апноэ) и рефлексы с дыхательных путей (возможна интубация трахеи без миорелаксации). Редко отмечают тошноту и рвоту, причем сам пропофол обладает определенной противорвотной активностью. Противопоказания: гиперчувствительность, беременность. Побочные эффекты и передозировка: артериальная гипотензия, брадикардия (иногда выраженная), кратковременное апноэ, боль по ходу вены во время введения; редко — непроизвольные

движения, судороги, опистотонус, отек легких. При пробуждении — тошнота, рвота и головная боль. После продолжительного введения — чрезмерная гипотензия, анафилаксия, бронхоспазм, послеоперационная лихорадка, гиперемия кожи, сексуальная расторможенность, тромбоз, флебит и изменение цвета мочи. При передозировке отмечают угнетение ССС и дыхания. Предостережения и особые указания: применять с осторожностью при эпилепсии, нарушениях липидного обмена, заболеваниях ССС, органов дыхания, печени и почек, анемии, у особо ослабленных больных, особенно пожилых; кормление грудью необходимо прервать. Болевые ощущения по ходу вены могут быть уменьшены при использовании венозного катетера большого диаметра и/или лидокаина. Для предупреждения брадикардии в/в вводят м-холиноблокаторы. Лечение передозировки: ИВЛ с применением кислорода и введение жидкости и вазопрессоров. Совместим со средствами премедикации, спинальной и эпидуральной анестезии, с мышечными релаксантами и анальгетиками.

Натрия оксибутират является натриевой солью g-оксимасляной кислоты (ГОМК). По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к g-аминомасляной кислоте (ГАМК), основному тормозному медиатору центральной нервной системы. Легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Препарат обладает элементами ноотропной активности и проявляет седативное, снотворное, наркотическое, центральное миорелаксирующее действие, усиливает болеутоляющую активность наркотических и ненаркотических анальгетиков, усиливает устойчивость организма, в том числе головного мозга, сердца, сетчатки глаза к гипоксии, активизирует окислительные процессы.

В мировой практике оксибутират натрия используется прежде всего в неврологии. В США этот препарат одобрен для лечения избыточной дневной сонливости, связанной с нарколепсией. Является единственным разрешенным Всемирным антидопинговым агентством средством от нарколепсии. Ведутся исследования эффективности препарата в борьбе с болезнью Паркинсона, синдромом усталости, шизофренией, психогенным перееданием, тремором и другими расстройствами движения, не связанными с паркинсонизмом, хроническими кластерными головными болями. В Италии используется для лечения алкогольного абстинентного синдрома и зависимости. В российской практике, помимо этого, считается, что оксибутират натрия применяют у больных с невротическими и неврозоподобными состояниями, при интоксикациях и травматических повреждениях ЦНС; имеются некоторые данные об эффективности оксибутирата натрия при невралгии тройничного нерва.

Лишь на постсоветском пространстве существует практика применения оксибутирата натрия в качестве ненаркотического средства для наркоза при неполостных малотравматичных операциях с сохранением спонтанного дыхания, а также для вводного и базисного наркоза на догоспитальном этапе, в хирургии, акушерстве и гинекологии, особенно у больных, находящихся в состоянии гипоксии; в детской хирургии; при проведении наркоза у лиц пожилого возраста. В российской практике считается, что оксибутират натрия не оказывает существенного влияния на сердечно-сосудистую систему, дыхание, печень и почки. При быстром внутривенном введении возможны двигательное возбуждение, судорожные подергивания конечностей и языка. Эти осложнения купируются барбитуратами, нейролептиками. Иногда бывает рвота (при внутривенном введении и приёме внутрь). При быстром внутривенном введении и передозировке возможна остановка дыхания, которую удаётся ликвидировать искусственной вентиляцией лёгких. При выходе из наркоза возможно двигательное и речевое возбуждение.

Препарат противопоказан при гипокалиемии, миастении, осторожность требуется при токсикозах беременных с гипертензивным синдромом и при назначении препарата людям, работа которых требует быстрой физической и психической реакции.

Оксибутират натрия - депрессант, используемый как психоактивное вещество. Последствия употребления препарата сравниваются с эффектами алкоголя

(эйфория, расторможенность, повышенная чувствительность, эмпатогенные состояния), в больших дозах может вызывать тошноту, головокружение, сонливость, психомоторное возбуждение, расстройства зрения, затруднённое дыхание, амнезию, бессознательное состояние и смерть. Смертельные случаи обычно связаны с сочетанием вещества с алкоголем или другими депрессантами. Эффекты от употребления длятся обыкновенно от полутора до трёх часов. В малых дозах используется в качестве стимулирующего средства посетителями ночных клубов. Оксibuтират натрия считается препаратом, используемым насилъниками, для воздействия на жертву. Он очень солёный, однако не имеет цвета и запаха, чем и пользуются злоумышленники, добавляющие препарат в напитки. Некоторые спортсмены применяют оксibuтират натрия, поскольку научные исследования показывали, что оксibuтират натрия повышает уровень гормона роста *invivo*.

В анестезиологической практике характерным является его выраженное антигипоксическое действие; он повышает устойчивость организма, в том числе тканей мозга, сердца, а также сетчатки глаза, к кислородной недостаточности. Препарат оказывает седативное и центральное миорелаксантное действие, в больших дозах вызывает сон и состояние наркоза. Анальгетического влияния он не оказывает, но усиливает действие анальгезирующих, а также наркотических средств. Характеризуется также противошоковым действием. В малых дозах препарат вызывает снотворный и успокаивающий эффекты, в больших дозах — противосудорожное и наркотическое действие. Следует отметить, что натрия оксibuтират обладает элементами ноотропной активности. Препарат вводят внутривенно и внутрь. Хорошо всасывается из тонкого кишечника и через 40-60 минут вызывает наркоз, продолжающийся 1,5-2,5 часа. Натрия оксibuтират угнетает дыхательный центр, его не следует применять пациентам с порфирией, так как в эксперименте на животных был выявлен порфириногенный эффект. При проведении общей анестезии оксibuтират натрия не следует применять пациентам с тяжелой гипертензией, брадикардией, нарушением сердечной проводимости, эпилепсией, эклампсией, почечной недостаточностью и злоупотреблением алкоголем. С осторожностью применять одновременно с опиоидами и барбитуратами. Пациенты с депрессивными расстройствами и/или суицидальными попытками в анамнезе нуждаются в постоянном контроле в период лечения натрия оксibuтиратом. При одновременном применении натрия оксibuтирата и бензодиазепинов повышается риск угнетения дыхательного центра. При одновременном применении натрия оксibuтирата с опиоидными анальгетиками, барбитуратами, миорелаксантами, препаратами, угнетающими ЦНС, седативный эффект потенцируется. Так как натрия оксibuтират метаболизируется ГОМК-дегидрогеназой, то существует потенциальный риск взаимодействия с препаратами, стимулирующими или ингибирующими этот фермент (вальпроат, феноитоин и этосукцимид). Эффект антидепрессантов, алкоголя, седативных снотворных средств при одновременном назначении с натрия оксibuтиратом может усиливаться. Частота побочных эффектов увеличивается при одновременном назначении натрия оксibuтирата и трициклических антидепрессантов.

Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что применение средств для наркоза требует от медицинского работника знания как фармакологии лекарственных препаратов, так и точных показаний для их применения. Арсенал имеющихся в настоящее время в распоряжении бригад скорой помощи препаратов для вводного наркоза позволяет избежать осложнений их использования, обеспечить начало полноценной терапии больных и пострадавших с учетом индивидуального состояния, показаний и противопоказаний.

Литература:

1. Багненко С.Ф. (ред.) Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015;

2. Пиковский В.Ю., Сеньчуков С.В. Некоторые аспекты применения общих анестетиков на догоспитальном этапе. // Вестник интенсивной терапии. 2004, № 3, с.73-74;
3. Рябов С. В., Кичин В. В., Лихванцев В. В. Обезболивание на догоспитальном этапе. // Вестник интенсивной терапии, 2004, №1, с.41-44;
4. Рябов С. В., Кичин В. В. Обезболивание на догоспитальном этапе медицинской эвакуации пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. // М.: Материалы 5 сессии МНО АР, 2004;
5. Смит И. Тотальная внутривенная анестезия // И. Смит, П. Уайт. Пер. с англ. М.: БИНОМ-Пресс, 2004, с.176;
6. Кичин В.В. и др. Тотальная внутривенная анестезия в практике отделения интенсивной терапии и реанимации. //Альманах анестезиологии и реаниматологии. 2003, №3, с.29;
7. Куликов А.С. и др. Вопросы анестезиологического обеспечения проведения электроимпульсной терапии у больных с пароксизмальной формой мерцания предсердий. //Альманах анестезиологии и реаниматологии. 2003, №3, с.33-34;
8. Анестезиологическое сопровождение раненых при транспортировке. //Военно-медицинский журнал. 1999. №12. с.23-26;
9. Бунатян А.А. Анестезиология. Национальное руководство. Краткое издание.// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017;
10. Машковский М. Д. Лекарственные средства. 16-е изд. // М.: Новая Волна, 2019.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

### Пузаков М.Ф.

Кризисные состояния - это особые состояния, бывающие в жизни каждого человека, которые могут возникать, как реакции на какие-либо внешние или внутренние причины и обстоятельства, психические травмы.

Среди внешних причин можно назвать ситуации утраты (или угрозы утраты) близких людей родственников, работы и т.д.; ситуации невозможности достижения, обретения чего-либо; ситуации насилия и др. К внутренним причинам можно отнести возрастные и физиологические факторы, болезни, травмы.

Кризисное состояние насыщено самыми разнообразными эмоциями и переживаниями: подавленность, страх, чувство вины, обида, злоба, беспомощность, безнадежность, одиночество. Человек, находящийся в кризисе, часто испытывает желание уйти из жизни, которое в свою очередь нередко сосуществует с не менее сильным желанием жить.

Многие чувства, которые испытывает человек необычны для него и в обществе считаются неприемлемыми. В результате человек чувствует себя "ненормальным" и изолированным от общества.

Негативный подход подразумевает кризисное состояние как психическое заболевание. Воспринимая кризис как нечто болезненное, человек "бежит" от своих переживаний, отвлекается, уходит в работу, принимает соответствующие лекарственные препараты. Иногда это помогает. Однако в случае сильных психических травм развиваются так называемые посттравматические стрессовые расстройства, проявляющиеся через 0,5-1 и более лет.

Позитивное определение кризиса подразумевает, что кризис - это не болезнь, а "временный период психологического разнообразия, которое развивается внезапно и значительно изменяет жизнь человека". Естественное, что при этом меняются внутренние и внешние ориентиры человека, его эмоциональное состояние, а также то, что в период

этой дезориентации человек очень часто не может дать отчет о своих действиях (Дж. Каплан).

Позитивный подход способствует продуктивному преодолению кризисного состояния; он заключается в переживании человеком своего состояния (Ф.Е.Василюк), в осознании, принятии и дальнейшей интеграции опыта, полученного в кризисной ситуации.

В рамках позитивной модели главная задача психотерапевта, педагога-психолога или другого специалиста, оказывающего психологическую помощь, состоит в том, чтобы помочь человеку, оказавшемуся в кризисной ситуации, осознать свои болезненные переживания. Находясь рядом с этим человеком, буквально "проживая" вместе с ним его ситуацию, воспринимая эти чувства как естественную реальность.

Эмоции в жизни любого человека играют огромную роль. Помимо эмоций также важны чувства и ощущения, которые испытывает человек. Эти чувственные компоненты будут отражаться на нашем настроении.

Из-за настроения образуется эмоциональный фон для протекающих психических процессов. Настроения принято отличать от аффектов, чувств и эмоций.

Под настроением понимают эмоциональный процесс, выражающий отношение человека к его жизненной ситуации в целом. Обычно настроение отличается устойчивостью и продолжительностью во времени, а также невысокой интенсивностью. В противном случае это может быть симптомом расстройства настроения.

Специалисты проводят различие между понятием «настроение» и понятиями «чувство», «аффект», «эмоция» и «переживание»:

- В отличие от чувств, настроения не имеют объектной привязки: они возникают не по отношению к кому или чему-либо, а по отношению к жизненной ситуации в целом. В связи с этим настроения, в отличие от чувств, не могут быть амбивалентными.

- В отличие от аффектов, настроения могут практически не иметь внешних проявлений, значительно продолжительнее по времени и слабее по силе.

- В отличие от эмоций, настроения продолжительны во времени и обладают меньшей интенсивностью.

- Под переживаниями же обычно понимают исключительно субъективно-психическую сторону эмоциональных процессов, не включая физиологические составляющие.

Настроение определяет общий тонус жизни человека. Оно зависит от тех влияний, которые затрагивают личностные стороны субъекта, его основные ценности. Не всегда причина того или иного настроения осознается, но она всегда есть. Затягивающееся плохое настроение может привести к депрессии.

Наличие в настроении (как и в любой эмоции) физиологического компонента делает его подверженным влиянию чисто физиологических процессов в организме. Одним из наиболее известных примеров такого влияния является предменструальный синдром.

Настроение оказывает влияние на оценку людей и событий, а также на предположение и оценку возможных результатов деятельности. Так, человек в «плохом» настроении склонен оценивать риски чаще, чем в «хорошем».

По мнению Владимира Леви, «настроение, освобожденное от зависимостей, само делается хорошим: если не радостным, то ровным; если не приподнятым, то спокойным».

В соответствии с современными представлениями можно говорить о пяти группах причин эмоционального дискомфорта: 1) нарушение межличностных отношений: столкновения с начальством, проблемы с общением, дискриминация и осуждение со стороны других, неприятные соседи и др.; 2) внутриличностные причины: трудности с возможностями выразить себя, проблемы с сексуальным партнером, чувство одиночества, недостаток активности, энергии; 3) причины перегруженности делами: перегруженность семейными обязанностями, нехватка времени для семьи, перегруженность другими

заботами; 4) социально-бытовые причины: растущие цены, проблемы с транспортом и др.; 5) незащищенность: проблемы с местом работы из-за своего пола, забота о состоянии здоровья кого-либо из членов семьи, финансовая ненадежность. Для взрослых людей наиболее значимым и доминирующим является фактор здоровья. Потребность сохранения и улучшения здоровья наиболее актуализирована и интенсивна, она может стать причиной устойчивого напряжения, общего эмоционального дискомфорта личности.

Эмоциональные состояния тесно связаны с нашим соматическим состоянием. Как физиологическое состояние может влиять на психологический фон, так и наоборот.

При возникновении эмоционального дискомфорта. Нужно обращаться к специалистам. Так как это может повлиять на ваше здоровье. И также наоборот.

**ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**  
Севостьянов П.А., Скрипкин С.А., Креков С.А., Никитенко В.К.  
КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»

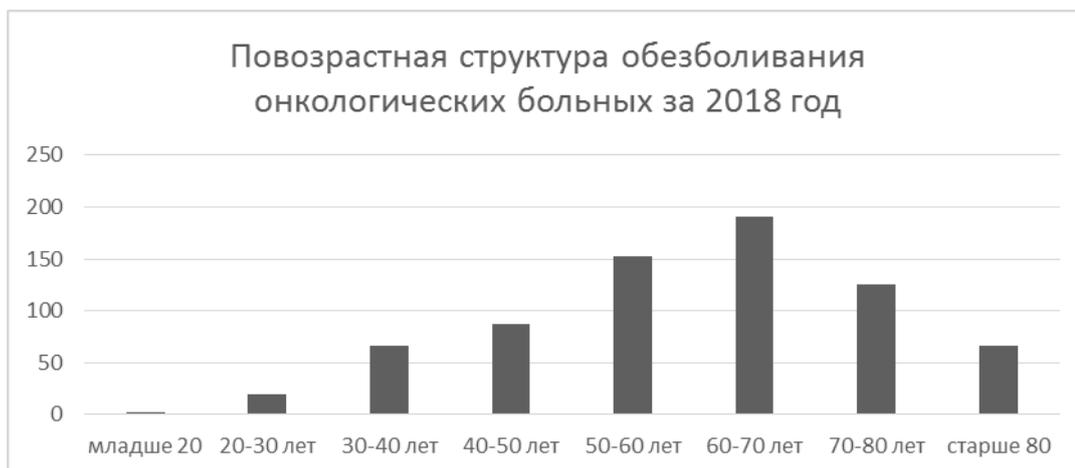
Злокачественные новообразования являются одной из ключевых проблем 21 века. Онкологические заболевания занимают второе место среди причин смерти населения России. Согласно данным Международного агентства по изучению рака отмечается быстрый рост абсолютных показателей заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями в мире. Причины этого сложны, они отражают как старение и рост численности населения, так и изменения в распространенности и распределении основных факторов риска развития рака, часть из которых связаны с социально-экономическим развитием. Во всем мире общее число людей, живущих в течение 5 лет после постановки онкологического диагноза, оценивается в 43,8 миллиона человек. С учетом кумулятивных рисков в мире для обоих полов риск развития рака составляет 21,4% и риск смерти от злокачественного заболевания 17,7% до достижения 75 лет, при условии отсутствия других причин смерти. Один из 5 мужчин и одна из 6 женщин заболевает, а один из 8 мужчин и одна из 10 женщин умрет от онкологического заболевания.

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. В городе Красноярске специализированную помощь пациентам с онкологическими заболеваниями оказывают в профильном диспансере, но учитывая распространенность данной патологии, служба скорой медицинской помощи ежедневно оказывает помощь таким пациентам, как с основным, так и с сопутствующим диагнозом злокачественное новообразование.

В 2018 году в службу скорой медицинской помощи города Красноярска обратилось 6686 человек с установленным диагнозом онкологического заболевания, из них 4031 пациент с основным диагнозом злокачественное новообразование и 2655 человек с сопутствующим онкологическим диагнозом.

Ежедневно с целью купирования боли в скорую помощь обращаются пациенты с онкологическими заболеваниями. За медицинской помощью в 2018 году с целью обезболивания в КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи» обратилось 710 пациентов, что значительно больше, чем в 2017 году, когда с целью обезболивания обратилось 540 человек. Рост потребности в обезболивании составил 31,48%.

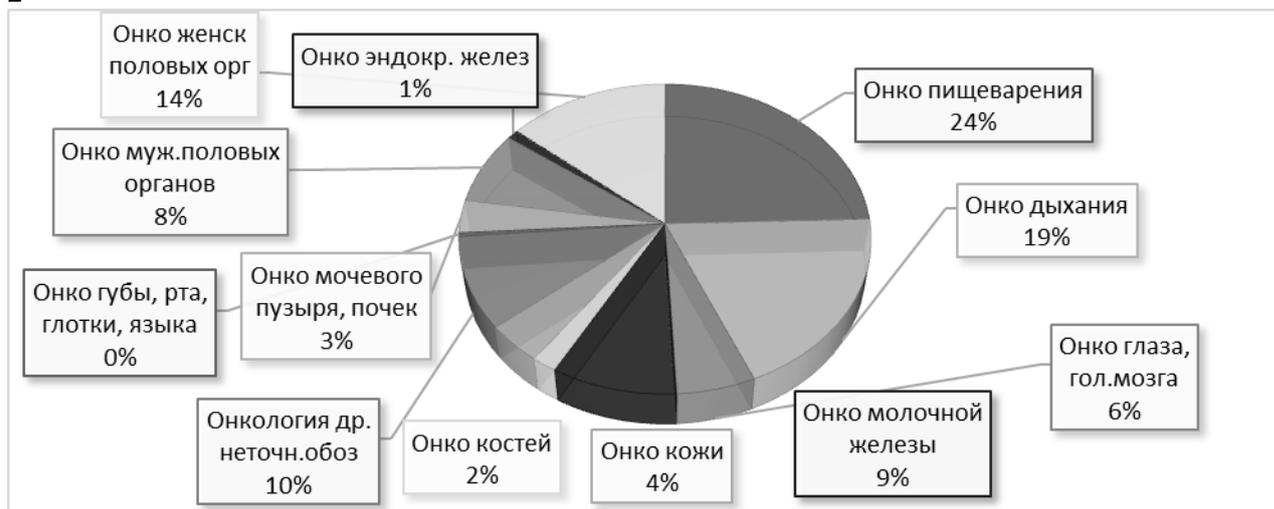
Рисунок 1



В повозрастной структуре обратившихся за скорой медицинской помощью с диагнозом злокачественное новообразование преобладает возрастная группа 60-70 лет, но стоит отметить появление случаев обращения пациентов младших возрастных групп с установленными диагнозами, что может в свою очередь говорить о повышении заболеваемости и улучшению диагностики онкологических заболеваний (см. Рисунок 1).

Рисунок

2



В нозологической структуре обратившихся за скорой медицинской помощью пациентов с злокачественными образованиями с целью обезболивания преобладают образования органов пищеварения и дыхания. Доля пациентов с онкологическими заболеваниями органов дыхания увеличивается с 13,52% в 2017 году до 19,01% в 2018 году, что может быть обусловлено влиянием такого патогенного фактора, как изменение экологической обстановки в городе Красноярске (см. Рисунок 2).

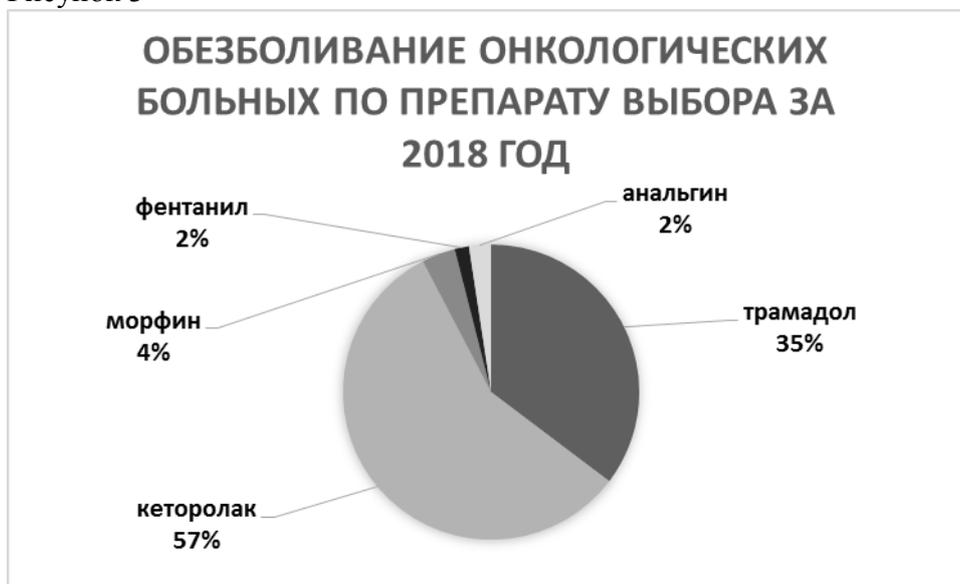
Любое восприятие боли субъективно, поэтому не существует метода для объективного ее измерения. Адекватную оценку боли могут затруднять различные факторы, связанные с неподготовленностью медицинского персонала и плохо собранным анамнезом боли, в виду этого рекомендуется для оценки интенсивности боли и эффективности лечения применять специальные шкалы, регистрировать локализацию болевых ощущений, время появления боли, характер и тип боли, длительность болевого синдрома (при движении и в покое).

При выполнении вызова к пациентам со злокачественными новообразованиями с целью обезболивания медицинские работники скорой медицинской помощи города Красноярска используют клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации 2018 года «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», в которых представлены

специальные шкалы для измерения боли. В процессе оценки проводят идентификацию типа боли (ноцицептивная, нейропатическая, диссоциативная, смешанная), ее интенсивность (слабая, умеренная, сильная) и продолжительность (острая или хроническая); устанавливают локализацию и определяют эффективность лечения. Принципы терапии онкологической боли, провозглашенные ВОЗ в 1996 г., остаются неизменными и актуальными до сих пор, несмотря на регулярно проводимые обновления эссенциального списка рекомендуемых анальгетиков.

ВОЗ предложила «3-ступенчатую лестницу обезболивания», важнейшим условием использования которой, является необходимость оценки интенсивности боли, проведенной самим пациентом, а анальгетики разделены на неопиоидные и опиоидные (слабые и сильные), причем в каждой группе определены основные и альтернативные препараты.

Рисунок 3



В 2018 году с целью обезболивания онкологических больных службой скорой медицинской помощи в 57% случаев был использован кеторолак, в 35% случаев трамадол, менее чем в 5% применялся фентанил, морфин и анальгин. Выбор применяемых препаратов отражает интенсивность боли пациента и может опосредованно говорить об адекватности подбора паллиативной терапии амбулаторно-поликлиническим звеном и стадии развития заболевания (около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований в России имели III-IV стадию заболевания). Но в то же время пациенты, которым уже назначена обезболивающая терапия, зачастую не приобретают в аптеках выписанные препараты по различным причинам: асоциальный образ жизни, удаленность социальных аптек, тяжесть состояния и т.д.

Согласно данному исследованию можно сделать вывод о росте выявления онкологической патологии в городе Красноярске в виду увеличения количества пациентов, обращающихся за скорой медицинской помощью с целью получения адекватной обезболивающей терапии. Также стоит отметить тенденцию к омоложению возрастных групп пациентов и преобладанию злокачественных новообразований органов пищеварения и дыхания. Данная ситуация в городе Красноярске в целом аналогична изменениям и тенденциям онкологических заболеваний в России.

Служба скорой медицинской помощи вносит огромный вклад в улучшение качества жизни пациентов со злокачественными образованиями, помогая данной категории больных поддерживать уровень жизни.

Литература:

Багненко С.Ф. (ред.) «Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации»;  
Пиковский В.Ю., Сеньчуков С.В. «Некоторые аспекты применения общих анестетиков на догоспитальном этапе»;

Бунатян А.А.(ред.) «Справочник по анестезиологии и реаниматологии»;

А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова «Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность)». Под ред. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018.

Bray F, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2018;0:1-31.

Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

## СИНДРОМЫ ОСБОРНА И БРУГАДА У ПАЦИЕНТА С ОБЩЕЙ ГИПОТЕРМИЕЙ.

Скрипкин С.А., Иванова Г.А., Гнедаш А.А., Скарубский А.М., Богодухов В.В.,  
Гамершмидт Н.В.

КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»

В повседневной практике врачу скорой помощи приходится сталкиваться с различными заболеваниями и неотложными состояниями. Одним из таких состояний является общее переохлаждение (гипотермия), которая сопровождается неспецифическими изменениями на ЭКГ, известным как синдром Осборна.

Зубец Осборна, который также называют зубцом J, представляет собой хорошо выраженный поздний положительный зубец, следующий за комплексом QRS, либо зазубренность на нисходящем колене зубца R. Начальная часть сегмента ST расположена высоко (имеется подъем в точке J), как правило в левых отведениях ЭКГ.

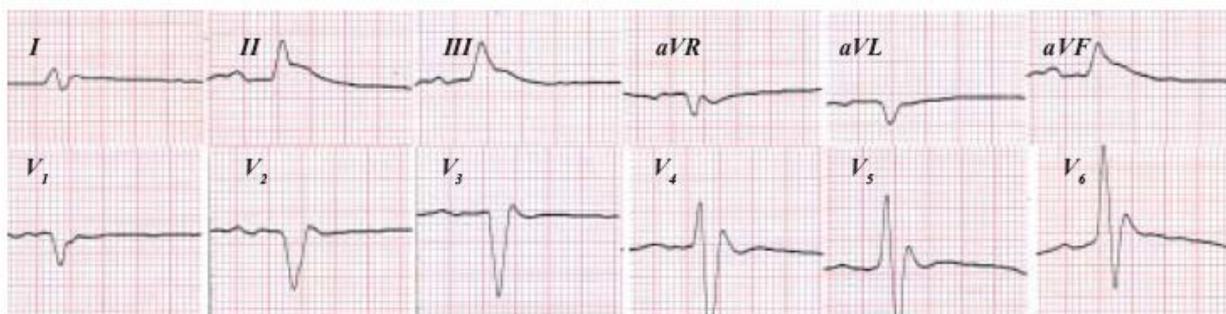


Рис. 1. Электрокардиограмма больной А. 60 лет,  $t^{\circ}$  тела  $34,3^{\circ}\text{C}$

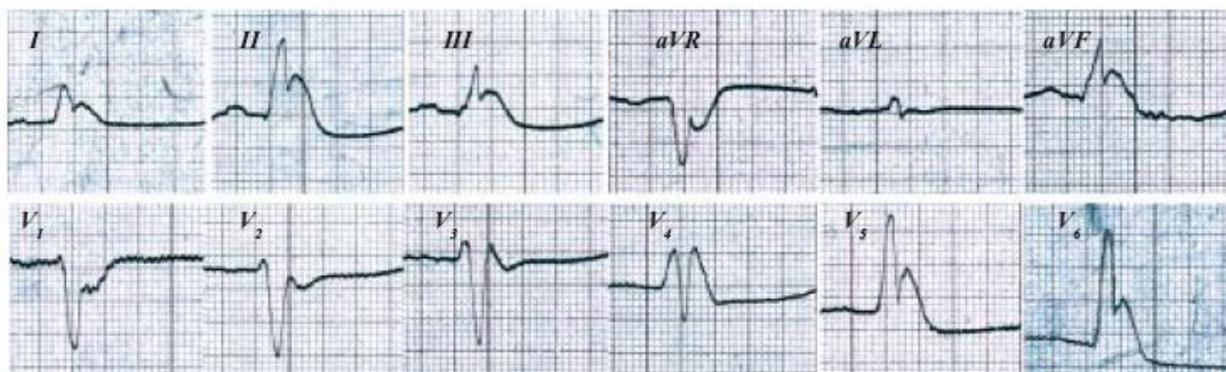


Рис. 2. Электрокардиограмма больной Н. 47 лет,  $t^{\circ}$  тела  $32,0^{\circ}\text{C}$ .

Впервые данные изменения на ЭКГ были описаны J.J.Osborn в 1953 году при изучении влияния гипотермии у собак. Сообщалось, что появление подобной

конфигурации на ЭКГ является плохим прогностическим признаком и приводит к фибрилляции желудочков.

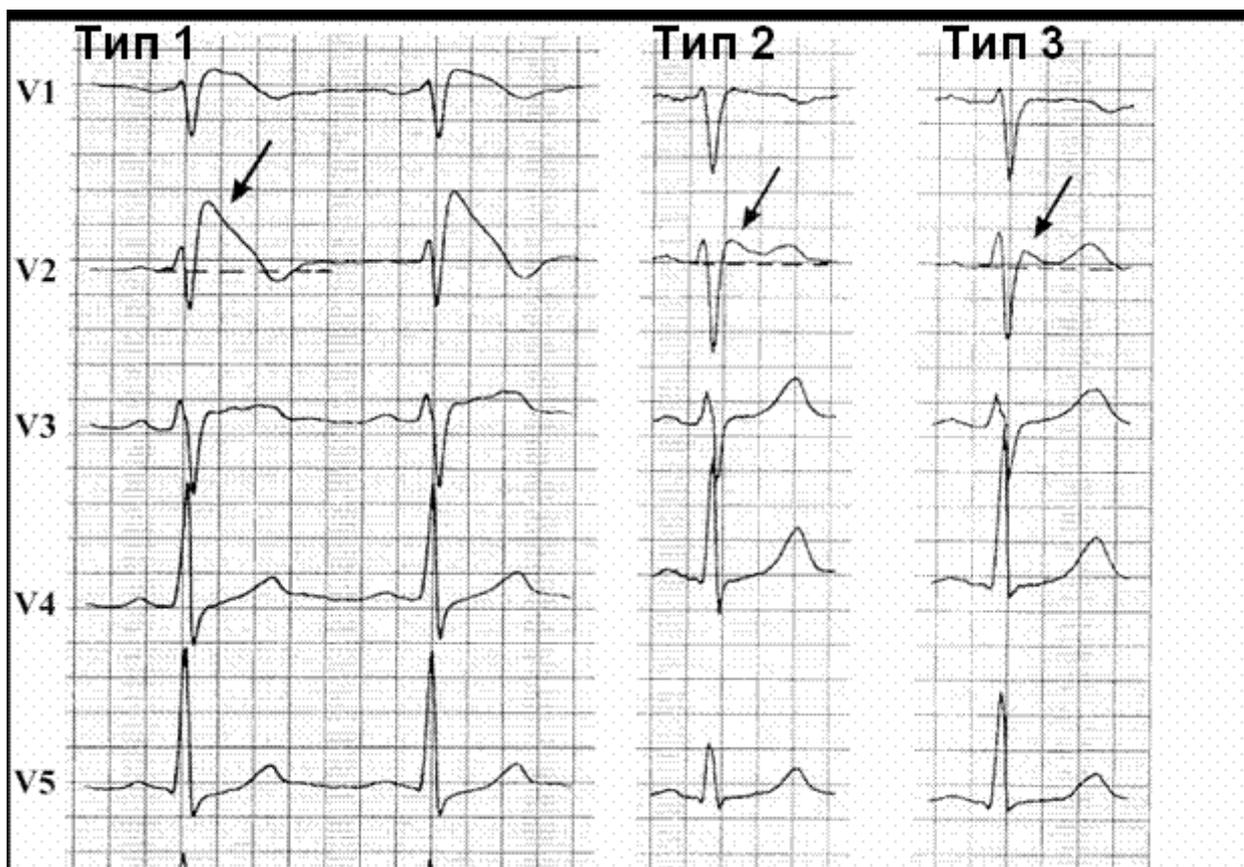
Гипотермию определяют как снижение температуры тела до 35 градусов Цельсия и ниже. Изменения на ЭКГ сначала проявляются в виде синусовой брадикардии, удлинение интервалов PQ и QT, появление зубца Осборна. При температуре тела ниже 32 градусов возможно появление мерцательной аритмии, желудочковых аритмий. При температуре тела 28-30 градусов возрастает риск развития фибрилляции желудочков (особенно при снижении температуры тела до 22 градусов), при температуре тела 18 градусов и ниже развивается асистолия.

Наиболее частыми причинами развития гипотермии является пребывание на холоде (особенно в состоянии алкогольного опьянения), погружение в холодную воду, массивные переливания инфузионных растворов или препаратов крови. К факторам риска относят: детский и пожилой возраст, комы при неврологических заболеваниях (ОНМК, субдуральная гематома, черепно-мозговая травма), уремия, комы при сахарном диабете, сепсис, тяжелые травмы, хирургические операции, отравления – этиловый спирт, фенолы, тетраэтилсвинец, конопля индийская, прием лекарственных препаратов – анальгин, амидопирин, бутадиион, опиаты, барбитураты, транквилизаторы, циклические антидепрессанты, нейролептики.

Вследствие гипотермии происходит снижение активности ферментов, в результате чего нарушается функционирование K-Na насоса, что ведет к снижению автоматизма и развитию брадикардии. Поскольку брадикардия не обусловлена влиянием вагуса, то она рефрактерна к введению атропина.

Синдром Бругада-специфический ЭКГ – паттерн, характеризующийся подъемами сегмента ST (с точки J) над изолинией в правых грудных (V1-V3) отведениях ЭКГ, блокадой правой ножки пучка Гиса (полная или неполная). Высокий риск развития жизнеугрожающих аритмий – фибрилляции желудочков или полиморфной желудочковой тахикардией типа «пируэт» (torsade de points).

Синдром Бругада является генетически детерминированным нарушением сердечного ритма связанный с мутацией гена SCN5, ответственного за обеспечение натриевого тока потенциала действия. Различают I тип СБ подъем ST в виде «купола» (joved type), и второй тип – в виде «седла» (saddle-back type). Первый тип встречается при симптомных формах СБ, второй – при бессимптомных формах синдрома Бругада.



Третий тип СБ характеризуется отсутствием подъема сегмента ST над изолинией.

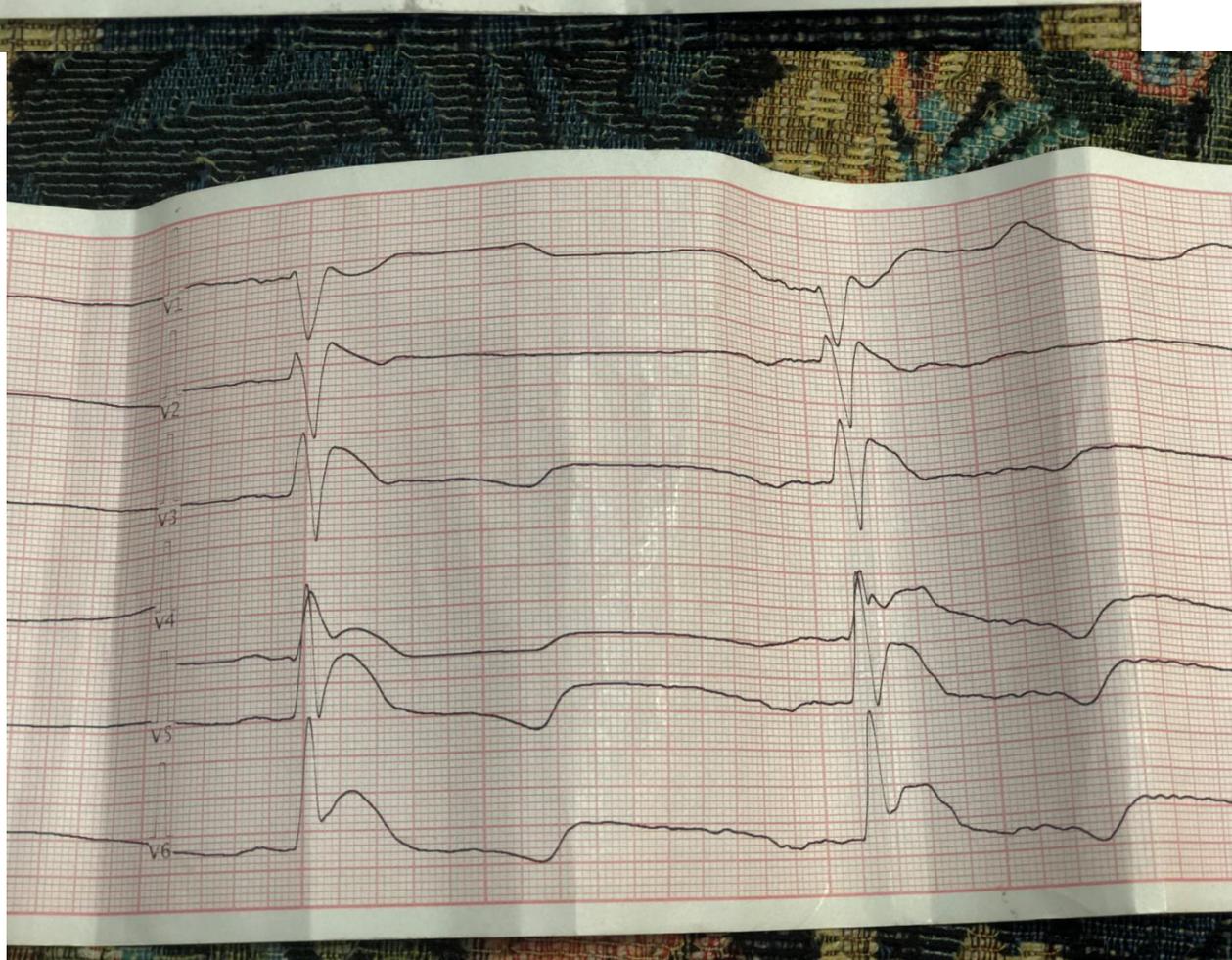
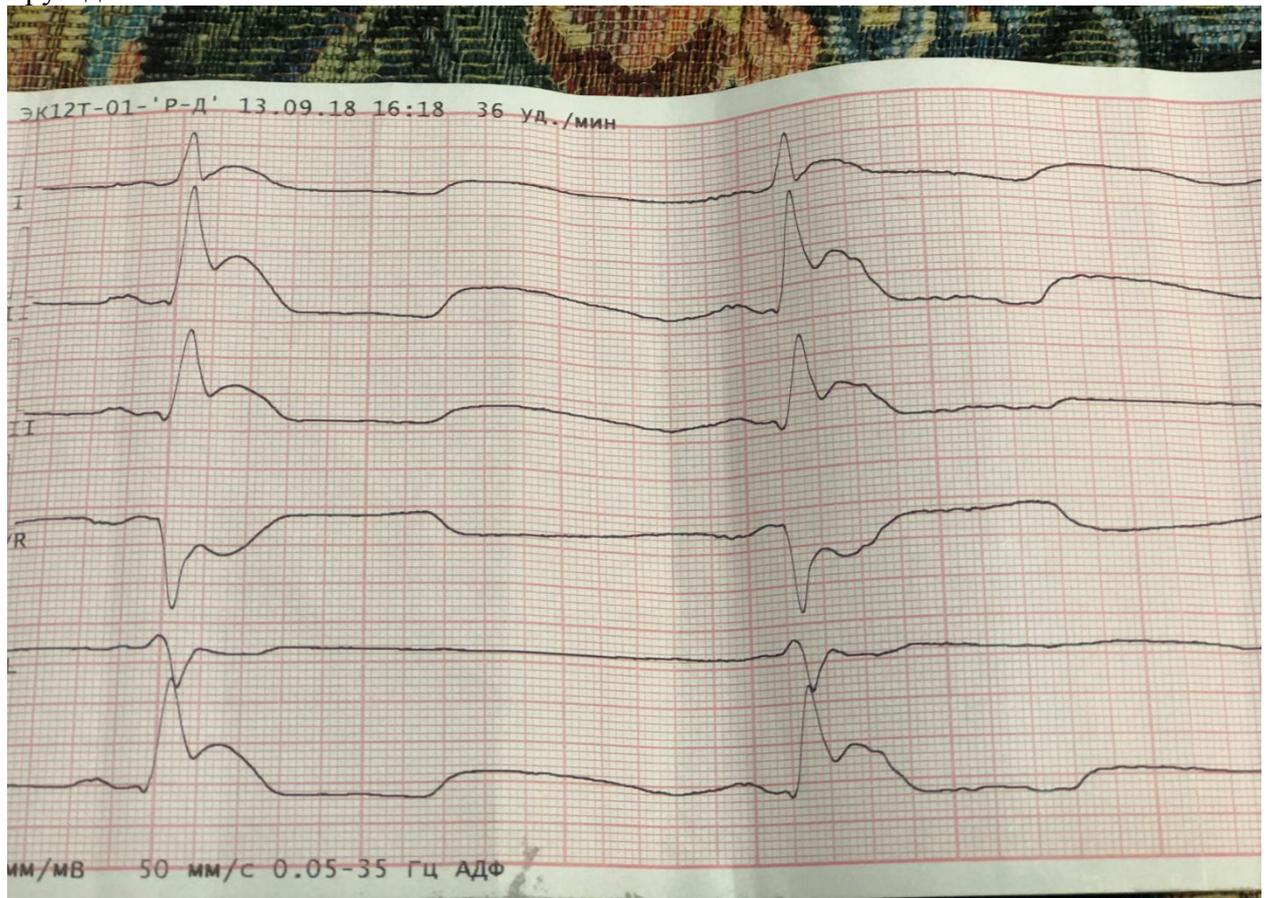
Официальная дата открытия синдрома-1992 год, когда испанские кардиологи, братья П. и Х. Бругада впервые описали восемь случаев развития синкопального состояния и внезапной смерти на фоне желудочковых нарушений сердечного ритма, сопровождавшихся специфическим паттерном на ЭКГ.

Случай из практики : 13.09.18г. вызов « на себя» реанимационной бригады ,вызывает общепрофильная фельдшерская бригада в общественное место ( сквер Космонавтов), изначальный повод – «плохо на улице». По прибытию на вызов в салоне машины « скорой помощи» находится женщина около 45 лет без сознания. Со слов фельдшера общепрофильной бригады злоупотребляет алкоголем, последний прием алкоголя ориентировочно сутки назад, ночевала на улице в сквере, перестала общаться с окружающими около часа назад, был однократный судорожный синдром. Общепрофильной бригадой катетеризирована периферическая вена, внутривенно введен 1 мг. атропина и 250 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида.

На момент осмотра состояние пациентки крайне тяжелое, сознание нарушено по типу кома III,кожные покровы бледно-цианотичные,холодные на ощупь, СБП-4 секунды. Зрачки широкие,S=D,фотореакция отсутствует, мышечная гипотония и арефлексия, пульс на магистральных сосудах нитевидный, АД=40/0, SpO2=55, ЧДД=5-6 в минуту с участием диафрагмы, температура тела ртутным термометром не определяется.

На ЭКГ : ритм синусовой брадикардии с ЧСС=36 в минуту, интервал QT удлиннен до 690 мс, наличие зубца Осборна и синдрома

Бругада.



После вводного наркоза Пропофолом 200 мг. внутривенно пациентка интубирована, перевод на аппаратную ИВЛ аппаратом «АИВЛ\ВВЛ» в режиме :  $F_{iO_2}=1,0$  ,  $MOB = 9л\text{/мин}$ ,  $ЧДД=15$  в мин, $ДО=600$  мл. В периферический катетер начата инотропная поддержка- дофамин 200 мг. на 400 мл.0,9% р-ра натрия хлорида со скоростью 8  $мкг\text{/кг\text{/мин}}$  ( 8 капель в минуту).

Под местной анестезией 0,5% раствором новокаина после обработки инъекционного поля проведена пункция и катетеризация правой подключичной вены по Сельдингеру, через инфузомат начата инфузия раствора норадреналина 8 мг со скоростью 0,3  $мкг\text{/кг\text{/мин}}$ .

Через 10 минут после оказания помощи по монитору «Тритон»  $АД=90\text{/}55$  мм.рт.ст.,  $ЧСС=42$  в минуту,  $ЧДД=15$  в минуту( аппаратная ИВЛ),  $SpO_2=88\%$ .

Пациентка транспортирована в приемное отделение ККБ N 1, в реанимационном зале приемного покоя продолжено оказание помощи, через 12 минут после поступления по монитору ремзала-идиовентрикулярный ритм , фибрилляция желудочков, выполнена экстренная кардиоверсия(дефибрилляция) разрядом 200 ДЖ, после которой- по ЭКГ асистолия. Реанимационные мероприятия проводимые в течении 30 минут, без положительного эффекта. Констатирована биологическая смерть, СЛР прекращена.

Данный случай интересен наличием на ЭКГ двух предикторов развития ФЖ и неблагоприятного исхода-синдрома Осборна и Бругада у одного и того же пациента.

Литература :

«Вестник аритмологии» от 13.04.2006г,стр.53-57

«Клиническая аритмология» А.В. Ардашев ,2009.

«РМЖ» N 31 от 22.12.2011г.

«Журнал неотложных состояний» N 3,2007г. «Клинические наблюдения синдрома Осборна».

«Экспертный консенсус по желудочковым аритмиям» 20015 год.

«Алгоритмы критических состояний» Рекомендации Всемирной федерации общества анестезиологов-реаниматологов.2018 г.

«Синдром Бругада» Кардиопланета ,20.07.2014г.

«Синдром Бругада» Лечащий врач 07.08.2012г.

«Синдром Бругада,индуцированный гипертермией» А.А.Науменко ,Хабаровск 20018г.

## ОСТРАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ У РЕБЁНКА. ТАКТИКА ВРАЧА СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сойкина С.Н.

КГБУЗ «Красноярская станция скорой медицинской помощи»

Острая боль в животе является одним из самых частых клинических признаков многих заболеваний детского возраста, а, следовательно, и поводов к вызову СМП.

Боль- это системная реакция организма на сверхсильные или разрушительные раздражители, вызывающие органические или функциональные нарушения в организме.

Причины абдоминальной боли у детей многообразны. Различают 2 основные группы: интра- и экстраабдоминальные причины боли.

Интраабдоминальные причины боли:

- спазм или растяжение гладкой мускулатуры стенок полых органов, натяжение их связочного аппарата, а также капсулы органов и выводных протоков (обструкция полых органов кишечника, желчных, панкреатических путей и др.);

- заболевания органов брюшной полости (воспалительные, опухолевые и др.): острый аппендицит, холецистит, пептические язвы желудка, кишечника, дивертикулит,

гастроэнтерит, региональный энтерит, колит (язвенный, инфекционный), гепатит, мезоаденит, панкреатит, воспаление органов малого таза и др.;

- перфорация и пенетрация язвы полого органа с переходом воспалительного процесса на брюшину: перитонит;

- гипоксия и ишемия органов брюшной полости и малого таза: стеноз ветвей брюшной аорты, тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов, ущемлённая грыжа, инвагинация кишечника, инфаркты кишечника, селезёнки, печени, заворот желчного пузыря, яичника и др.;

- синдром раздраженного кишечника, периодическая болезнь и др.

Экстраабдоминальные причины боли:

- заболевания органов грудной полости: пневмония, плеврит, болезни пищевода, сердца и др.;

- неврогенные: herpes zoster, заболевания позвоночника и др.;

- заболевания органов забрюшинного пространства: ретроперитонеальные опухоли, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, паранефрит, уремия и др.;

- метаболические нарушения: сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, уремия и др.

- экзогенные факторы: хроническая интоксикация свинцом, укус насекомого и др.;

- истерия, синдром Мюнхгаузена, отмена наркотиков и др.

Острая боль в животе является одним из самых частых симптомов различных заболеваний в детском возрасте. Это требует необходимости адекватной оценки характера боли для своевременного установления диагноза. Необходимо помнить, что острая абдоминальная боль является основным симптомом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, для которых характерен ряд абдоминальных синдромов:

1. Воспалительный- симптомы локальной постоянной боли и болезненности, признаки воспаления брюшины- гиперестезия кожи, пассивное мышечное напряжение, пальпируемые объёмные образования в брюшной стенке или брюшной полости (инфильтрат, абсцесс).

2. Илеусный- симптомы схваткообразной, нередко нестерпимой боли, проявляющейся «илеусным» криком ребёнка при странгуляционной непроходимости. Затруднение или прекращение пассажа по желудочно-кишечному тракту: рвота застойным содержимым, задержка отхождения стула и газов.

3. Абдоминальные травматические синдромы:

- воспалительный синдром (см. выше) при внутрибрюшных повреждениях полых органов и поджелудочной железы;

-геморрагический синдром (внутреннего кровотечения) при травмах и заболеваниях органов брюшной полости.

Причины острой боли в животе у детей

Желудок, кишечник	Мочеполовые органы	Гематологические заболевания
Острый аппендицит Непроходимость кишечника Перитонит Абдоминальная травма Пептическая язва Дивертикулит Абсцесс брюшной полости Острый гастроэнтерит Мезентериальный лимфаденит Колит Болезнь Крона Пороки развития пищеварительного тракта Лактозная интолерантность	Инфекция мочевых путей Пиелонефрит Мочекаменная болезнь Паранефрит Дисменоррея Овуляционный синдром Заболевания органов малого таза (апоплексия яичника, аднексит, сальпингит) Угроза прерывания беременности Внематочная беременность Завороток яичника/яичка Эндометриоз Nematocolpus Nematometra	Серповидно-клеточная анемия Болезнь Шенлейн-Геноха Гемолитико-уремический синдром
		Лекарства, токсины
Печень, селезёнка, поджелудочная железа, билиарная система	Метаболические расстройства	Эритромицин Салицилаты Различные яды
Острый холецистит Желчекаменная болезнь Острый панкреатит Травма печени, селезёнки, поджелудочной железы гепатит	Диабетический кетоацидоз Гипогликемия Порфирия Острая адреналовая недостаточность уремия	Заболевания лёгких, плевры
		Пневмония Плеврит Эмпиема плевры
	Другие причины	
	Кишечная колика Функциональная боль Ангioneвротический отёк Квинке	

Несмотря на многообразие причин острой боли в животе у детей, необходимо помнить в первую очередь, что острая абдоминальная боль у детей является основным симптомом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Часто эти болезни объединяют общим названием «острый живот».

Особенностью острых хирургических заболеваний органов брюшной полости при всём многообразии причин и механизмов их возникновения является то, что все они в большинстве случаев приводят к развивающемуся в течение короткого периода времени фатальному нарушению жизненно важных функций организма и представляют непосредственную угрозу жизни пациента.

Таким образом, задача врача СМП, оказывающего медицинскую помощь ребёнку с острой болью в животе на догоспитальном этапе сводится не столько к точной диагностике заболевания, сколько к проведению следующих мероприятий:

- оценка симптомов заболевания и квалификация ребёнка как больного с острой хирургической патологией органов брюшной полости;

- выявление и оценка угрожающих жизни клинических синдромов;
- профессиональное поддержание жизнедеятельности организма больного в течение всего периода транспортировки в стационар.

При первичном осмотре врач оказывается один на один с заболевшим ребёнком и родителями, и от его быстрой и точной оценки состояния пациента и избранной тактики зависит судьба больного. У него мало времени на раздумье и, как правило, нет ничего при себе кроме знаний и опыта. Поэтому тщательно собранный анамнез, а также внимательное клиническое исследование ребёнка с точной оценкой выявленных симптомов заболевания являются единственным ключом к выбору правильной лечебно-диагностической тактики.

При оценке жалоб пациента следует помнить, что боль всегда субъективна и каждый использует в её описании термины в соответствии с опытом предшествующей жизни. Не имеющий жизненного опыта младенец не может описать свою боль и реагирует на неё стереотипно: плачем и беспокойным поведением. Обладающий небольшим опытом ребёнок также не может передать точными словами свои ощущения. Следовательно, врач должен ориентироваться не столько на субъективное описание боли, сколько на косвенные признаки: изменение поведения, положения тела, активность ребёнка, а также данные объективного осмотра.

При первичном осмотре ребёнка с острой болью в животе исключают в первую очередь наиболее опасные заболевания, требующие немедленного оказания медицинской помощи.

Крайне опасные заболевания:

- острый аппендицит
- кишечная непроходимость
- перитонит
- менингит, энцефалит
- пневмония
- миокардит
- ацетонемическая рвота
- диабетическая кома
- уремия
- уrolитиаз
- острый энтерит с эксикозом
- отравления
- инородные тела ЖКТ
- эхинококковые кисты органов брюшной полости
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Среди всех проявлений заболеваний, сопровождающихся острой болью в животе, необходимо выделить наиболее значимые признаки- «симптомы тревоги», наличие которых свидетельствует о высокой вероятности острой хирургической патологии органов брюшной полости и указывает на необходимость неотложных диагностических и лечебных мероприятий:

- возникновение острой боли в животе как первого симптома болезни;
- отказ от еды, изменение поведения ребёнка: громкий плач, выраженное беспокойство или малоподвижность, вынужденное положение;
- пробуждение от боли, невозможность уснуть;
- появление рвоты на фоне боли;
- задержка стула, газов или диарея, метеоризм;
- запавшие глаза, заострившийся нос;
- бледность, холодный пот (сосудистый коллапс);
- тахикардия, не соответствующая температуре тела;
- тяжёлое общее состояние с испуганным выражением лица;

- защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Исследование живота

Осмотр передней брюшной стенки позволяет установить выраженность подкожной венозной сети, оценить участие брюшной стенки в акте дыхания (свободное, ограниченное, отсутствует). Для этого ребенку предлагается надуть живот, вобрав в себя воздух, и затем выдуть его. Отсутствие движений брюшной стенки свидетельствует о перитоните (симптом Винтера). Выявляются асимметрия, выпячивания в паховых и бедренных треугольниках, поясничных областях, в проекции кожного пупка, белой и спигелевой линии живота (грыжи).

При осмотре живота описывают форму, симметричность передне- и заднебоковой половины — правильная, распластанная («лягушачий» живот). По уровню передней брюшной стенки относительно реберных дуг определяют втянутый (запавший, «ладьевидный») и увеличенный живот, вздутый равномерно или в границах анатомической области. В процессе осмотра возможно выявление следов травматических повреждений брюшной стенки (ссадина, гематома), симптомов Иванова, Розанова, Валя, Курвуазье, Шланге, видимой перистальтики желудка («песочные часы») и кишечника, а также контурирующихся расширенных петель кишечника («бревенчатый» живот), выпячивание брюшной стенки над объемным образованием (инфильтрат, абсцесс, опухоль).

После этого пациент должен указать одним пальцем место наибольшей болезненности. Далее производится нежная поверхностная пальпация живота в направлении зоны максимальной болезненности. Проверяется пассивное мышечное напряжение (симптом Самнера), перкуSSIONная болезненность (симптом Менделя), напряжение прямых мышц живота (симптом Краснобаева).

Возможно обнаружение объемного подкожного образования и дефекта в апоневротических или мышечных образованиях брюшной стенки.

Необходимо подчеркнуть, что среди выявленных признаков напряжение мышц передней брюшной стенки живота как симптом, который не зависит от воли больного, является главным объективным признаком острого аппендицита и ряда других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В физиологическом смысле — это независимая от сознания пациента реакция (висцеро-парието-моторный рефлекс), защищающая пораженную зону напряжением мышц.

Оценивая симптом мышечной защиты (пассивного напряжения, дефанса) необходимо иметь в виду некоторые его особенности (С. Я. Долецкий, 1984):

- склонен к миграции;
- исчезает после перфорации червеобразного отростка при остром ап-пендиците;
- ослабляется или исчезает после теплой ванны;
- истощается после повторных пальпаций;
- определяется во сне;
- сохраняется на медикаментозном фоне (хлоралгидрат, седуксен и др.);
- появляется при настойчивой пальпации.

Данный симптом можно спутать с активным напряжением мышц при копростазе, особенно у полных детей. При плевропневмонии защита мышц сходна с напряжением мышц при остром аппендиците.

После поверхностной пальпации живота, проведенной с целью выявления мышечной защиты, осуществляют глубокую пальпацию.

Глубокая пальпация живота используется для поиска болевых и перитонеальных симптомов, выявления объемного образования брюшной стенки или брюшной полости. У детей младшего возраста пальпация живота иногда возможна только в состоянии сна (естественного, медикаментозного). При оценке выраженности абдоминальных симптомов необходимо учитывать толщину подкожно-жировой клетчатки брюшной

стенки ребенка. При толщине стенки более 3 см такая оценка местных симптомов, как «отсутствует» или «сомнителен», должна быть очень осторожной.

Пальпацию живота начинают с заведомо безболезненной области. Выявление признаков абдоминального синдрома следует начинать с наименее травматичных приемов, провоцирующих усиление боли, что может нарушить контакт с ребенком. Необходимо учитывать, что при повторных исследованиях, а также после глубокой пальпации пассивное мышечное напряжение может на некоторое время исчезнуть. Для дифференциальной диагностики воспалительного процесса в брюшной полости и брюшной стенке оценивают симптом Карнета.

При глубокой пальпации с учетом анамнестических данных возможно выявление симптомов локальной болезненности — Филатова, Яуре–Розанова, Мэйо–Робсона, Мэрфи, Ровзинга, Бартомье–Михельсона, Варламова, Образцова и др.; перитонеальных симптомов — Щеткина–Блюмберга, Воскресенского, Габая, Куленкампа и др.

При обнаружении симптома Щеткина–Блюмберга необходимо иметь в виду, что слишком глубокое давление на брюшную стенку приводит к тому, что прекращение нажима воспринимается ребенком с облегчением и врач может констатировать «отсутствие» симптома.

При глубокой пальпации живота выявляют органомегалию и наличие объемных образований. Пальпацией в эпигастральной области определяют болезненность желудка, объемные образования. Исследованием в проекции слепой, ободочной и сигмовидной кишок оценивают их пальпируемость, болезненность, наличие объемного образования. Пальпацией в правом подреберье определяют отношение края печени к реберной дуге, консистенцию пальпируемого участка печени, болезненность, контур поверхности. Возможно выявление симптомов Курвуазье, Мюсси–Георгиевского (френикус-симптом).

Пальпация поджелудочной железы является достаточно сложным приемом и проводится в различном положении тела ребенка на валике — для пальпации хвоста, тела и головки железы. Определяется пальпируемость железы, болезненность, наличие объемного образования. Возможно выявление симптомов Мэйо–Робсона, Факсона и др.

В области левого подреберья определяют пальпируемость селезенки ниже края левой реберной дуги (спленомегалия), болезненность, наличие объемного образования. При травматическом повреждении селезенки возможно определение симптома Вейнерта. С использованием приема бимануальной пальпации проводят пальпацию каждой почки, определяют наличие объемного образования, нефроптоза, симптом Пастернацкого. В гипогастральной области у девочек исследуют пальпируемость, наличие объемного образования, размеры и болезненность придатков матки, выявляют симптом Жендринского.

Аускультация живота. Дается описание звучности, ритмичности, высоты тона перистальтических шумов. Так, обычная перистальтика кишечника характеризуется глуховатыми, ритмичными, булькающими звуковыми тонами. Изменение двигательной активности кишечника проявляется усиленной, звонкой или ослабленной, вплоть до исчезновения, перистальтикой.

Изменение ритмичности может проявляться непрерывной, обрывающейся перистальтикой и единичными шумами. При наличии непроходимости кишечника возможно выявление симптомов Склярора («шум плеска»), Кивуля, Спасокукоцкого и др. Определяют связь изменения перистальтических шумов с появлением или усилением боли в животе (симптом Кернига).

Перкуссия и сукуссия брюшной стенки позволяют обнаружить локальную болезненность и уточнить иррадиацию боли (симптомы Раздольского, Ортнера, Пастернацкого и др.). По укорочению перкуторного звука в отлогих нижнебоковых областях живота выявляют наличие жидкости (кровь, лимфа, асцитический трансудат).

Исследуют размеры объемного образования в брюшной полости, изменение перкуторного звука над пальпируемым образованием — симптом Валя. По исчезновению

печеночной тупости выявляют наличие газа в свободной брюшной полости (симптом Спигарного). Определяют границы печени по Курлову и скелетотопические границы селезеночной тупости.

Острая боль в животе широко варьирует по интенсивности, локализации и иррадиации. Кроме того, как уже было сказано выше, острая боль в животе развивается не только при острых хирургических заболеваниях, но и при целом ряде болезней, не требующих хирургического лечения. Таким образом, врачу на догоспитальном этапе необходимо ориентироваться в основных параметрах острой абдоминальной боли не столько для того, чтобы поставить точный нозологический диагноз, сколько для того, чтобы обнаружить основания для экстренной госпитализации ребёнка.

## ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона»

Терлеев А.А.<sup>1</sup>, Сучков А.А.<sup>1</sup>, Шишонков А.В.<sup>1</sup>, Савельев А.Ю.<sup>1</sup>, Радионов В.В.<sup>1</sup>, Крючкова Н.М.<sup>1</sup>, Орлова Ю.В.<sup>2</sup>, Головенкин С.Е.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г.Красноярск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения являются важнейшим компонентом специализированной помощи в кардиологии и неврологии.

С ноября 2013г. в КГБУЗ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» открылся кабинет рентген-хирургических методов диагностики и лечения(РХМДЛ). В 2013-2014 годах в РХМДЛ оказывалась следующие виды помощи в дневное время (с 08-00 до 14-00):

- Диагностическая коронарная ангиография (КАГ),
- КАГ с проведением последующего эндоваскулярного вмешательства пациентам с прогрессированием клиники ИБС,
- КАГ с проведением последующего эндоваскулярного вмешательства пациентам с ОКС с подъёмом сегмента ST(ОКСс↑ST) и ОКС без подъёмом сегмента ST (ОКСбез↑ST) (2 дня в неделю)

- Проведение РЭП при ТЭЛА (установка кава-фильтров).

За 2014 год в РХМДЛ проведены следующие вмешательства:

- 1085 диагностических КАГ,
- 709 эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях,
- 8 установок кава-фильтров при ТЭЛА.

Из 709 эндоваскулярных вмешательств, 357 операций проведены в первые часы заболевания пациентам с ОКС с ↑ST и ОКС без↑ST (248 пациентам установлены стенты).

При проведении 709 эндоваскулярных вмешательств в 502 случаях проводилось стентирование (установлено 745 стентов).

С 01.02.2015г. кабинет РХМДЛ начинает работать в круглосуточном режиме 7 дней в неделю. Согласно приказа МЗ Красноярского края в КГБУЗ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» круглосуточно проводятся первичные эндоваскулярные вмешательства пациентам с ОКС с ↑ST и ОКС без↑ST населению правобережных районов г.Красноярска, пациентам Березовского и Манского районов Красноярского края, близко территориально расположенных к нашему лечебному учреждению

Первичное эндоваскулярное вмешательство экстренно проводится всем больным с ОКС с ↑ST, поступившим в КГБУЗ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона».

Пациентам ОКС без↑ST эндоваскулярное вмешательство проводится «как можно быстрее», но не позднее 2 часов в следующих случаях:

1. Кардиогенный шок
2. Некупирующиеся ангинозные боли более 20 минут с сердечной недостаточностью Killip III-IV (отек легких, кардиогенный шок).
3. Некупирующиеся ангинозные боли более 20 минут с жизнеугрожающими аритмиями (наджелудочковая тахикардия, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков).

Пациентам ОКС без $\uparrow$ ST эндоваскулярное вмешательство проводится «как можно быстрее», но не позднее 24 часов в случае, если риск по шкале GRACE $>$ 140 (высокий) в сочетании с повышением тропонина или динамическими изменениями сегмента ST и/или зубца T на ЭКГ

Пациентам ОКС без $\uparrow$ ST эндоваскулярное вмешательство проводится «как можно быстрее», но не позднее 72 часов в следующих случаях:

1. Риск по шкале GRACE 109-140 (средний)
2. Повышение тропонина
3. Динамические изменения сегмента ST и/или зубца T на ЭКГ
4. Сахарный диабет
5. Ранняя постинфарктная стенокардия (больные с повторными ангинозными болями за время наблюдения в стационаре)
6. Скорость клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>;
7. Снижение ФВ менее 40%;
8. Недавнее чрескожное коронарное вмешательство (ЧТКА) (в течение 1 месяца)
9. Предшествующее АКШ/МКШ (в течение 1 месяца).

В 2015 году в кабинете РХМДЛ проведено 743 операций стентирования коронарных артерий (КА), 2258 коронарных ангиографий (КАГ), 55 процедур рентгенэндоваскулярных дилатаций (РЭД), 19 пациентам установлены кава-фильтры.

В 2016 году проведено 716 операций стентирования коронарных артерий, 1659 коронарных ангиографий, 55 процедур рентгенэндоваскулярных дилатаций, 11 пациентам установлены кава-фильтры. В 2016г. в кабинете РХМДЛ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» начала выполняться методика стентирования сонных (каротидных) артерий. Эта операция восстанавливает проходимость артериального русла и позволяет предотвратить развитие ишемического инсульта. В 2016г. было выполнено две операции по стентированию внутренней сонной артерии. В следующем – 2017 году, было проведено уже 13 таких оперативных вмешательств.

В 2017 году специалистами кабинета РХМДЛ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» освоена ещё одна современная методика помощи пациентам с церебральными сосудистыми катастрофами – эндоваскулярная тромбэктомия из церебральных артерий в острейшем периоде ишемического инсульта. Это наиболее перспективное и активно развивающееся направление интервенционного лечения данного заболевания, позволяющее достичь быстрой реканализации пораженного сосуда. В 2017 году проведено 7 тромбэкстракций из церебральных артерий пациентов ишемическим инсультом. Кроме того, в 2017г. проведено 762 операции стентирования КА, 1780 – КАГ, 30 процедур РЭД, установлено 7 кава-фильтров.

В 2018 году количество вмешательств существенно возросло - проведено 32 тромбэкстракции из церебральных артерий пациентов ишемическим инсультом, 14 пациентам проведено стентирование внутренних сонных артерий, проведены 917 операций стентирования КА, 1983 – КАГ, 32 процедуры РЭД, установлено 3 кава-фильтра.

В дальнейшем специалистами кабинета рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения планируется увеличение количества проводимых вмешательств и освоение новых методов коррекции сосудистой патологии у неврологических и кардиологических больных.

АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ RTPN22(C1858T), eNOS(4a/4b), CCR5(I/D), CTLA4(A49G) MMP9(rs11697325) В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Толстокорова Ю.А.<sup>2</sup>, Чернова А.А.<sup>1,2</sup>, Никулина С.Ю.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г.Красноярск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

РА встречается в популяции в 1% случаев и остается одной из наиболее частых нозологических форм поражения суставов. Помимо аутоиммунного воспаления в суставах, в патологический процесс при РА вовлекаются другие органы и системы. Наиболее важное место занимают патологические изменения сердечно-сосудистой системы. По данным официальной статистики, кардиоваскулярные нарушения, связанные с ранним развитием атеросклероза, являются основной причиной смерти больных РА. Поскольку наличие РА повышает риск артериальной гипертензии (АГ), выявление различных факторов, которые могут ассоциироваться с развитием АГ у этих больных, несомненно, представляет интерес для исследования.

Так как этиология РА и АГ до конца не выяснены, и они являются мультифакториальными заболеваниями, то одним из приоритетных направлений дальнейшего поиска является исследование молекулярно-генетических основ этих заболеваний.

В связи с этим целью нашего исследования является изучить вклад полиморфизмов генов CTLA4(A49G), RTPN22(C1858T), eNOS(4a/4b), CCR5(I/D), MMP9(rs11697325) в развитие АГ у больных РА.

Материалы и методы: Было обследовано 143 пациента (22 мужчины и 121 женщина), находившихся на лечении в ревматологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы №20, с подтвержденным диагнозом РА (по критериям ACR, 1987). Контрольная группа 220 лиц без ревматических и сердечно-сосудистых заболеваний, и отягощенной наследственности по ним, сопоставимых по полу и возрасту с группой больных.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе изучали встречаемость и особенности развития АГ у больных РА. Диагноз АГ устанавливали на основании трехкратно зафиксированного повышения АД более 140 и 90 мм. рт. ст. (при измерении по методу Н.С. Короткова), по данным медицинской документации, или при наличии антигипертензивной терапии. На втором этапе проводилось молекулярно-генетическое исследование на базах Российско-итальянской лаборатории медицинской генетики «MAGI» и лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ - филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск). Для этого больные были разделены на две группы. Первая группа состояла из 93 (65%) пациентов с РА в сочетании с АГ. Вторую группу составили 50(34%) пациенты с РА.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 13.0 и Microsoft Excel.

Различия в распределении частот аллелей и генотипов генов CTLA4, RTPN22, eNOS, CCR5, MMP9 между группами оценивали посредством критерия  $\chi^2$ . В случае четырехпольных таблиц сопряженности сравнение выборок по частотам генотипов и аллелей применяли точный двусторонний критерий Фишера.

Относительный риск (OR – odds ratio) заболевания по конкретному аллелю или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ). OR указан с 95%\_м доверительным интервалом (Confidence interval CI). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты: При обследовании пациентов с РА была выявлена высокая частота встречаемости АГ: у 93 из 143 (65%) больных РА выявлялась АГ. АГ одинаково часто встречалась как у мужчин (72,7%), так и у женщин (63,6%) ( $p > 0,05$ ).

У большинства обследованных больных (59,7 %) АГ развилась на фоне уже имеющегося РА, у остальных пациентов АГ предшествовала появлению признаков РА.

Выявлена определенная зависимость частоты встречаемости АГ от активности заболевания. При высокой активности заболевания ( $DAS28 > 5,1$ ) в сопоставимых по возрасту и полу группах больных РА АГ встречается достоверно чаще, чем у лиц с низкой активностью заболевания ( $DAS28 < 3,2$ ). Если в группе больных с низкой активностью РА на момент госпитализации только у 18% была выявлена АГ, то у лиц, имеющих высокую активность РА, доля АГ увеличилась до 61,8% ( $p < 0,01$ ).

В группе пациентов с ревматоидным артритом выявлена ассоциативная связь полиморфизма генов RTRN22 (C1858T) с чувствительностью к развитию РА.

Риск развития РА у носителей гомозиготного генотипа ТТ гена RTRN22 был в 3,6 раз выше по сравнению с носителями генотипов СС и СТ.

Аллель Т значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,7 (95% ДИ 1,1–2,8);  $p < 0,05$ ]; генотип DD гена CCR5 был в 1,6 раз выше по сравнению с носителями генотипов II и ID. Аллель D значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,5 (95% ДИ 1,1–2,2);  $p < 0,05$ ]; генотип AA гена MMP9 был в 1,8 раз выше по сравнению с носителями генотипов AG и GG. Аллель А значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1, (95% ДИ 1,1–2,5);  $p < 0,05$ ];

Полиморфизмы генов CTLA4 (A49G), eNOS (4a/4b) не коррелировали с развитием АГ у больных РА.

В группе пациентов РА в сочетании с АГ была выявлена статистически достоверная связь среди генов eNOS(4a/4b) [ОШ=3,6 (95% ДИ 1,3–9,8);  $p < 0,05$ ] и гена CTLA4 (A49G) [ОШ=2,02 (95% ДИ 1,3–2,9);  $p < 0,05$ ]

Выводы:

Гомозиготный генотип ТТ и аллель Т полиморфизма C1857T гена RTRN22, гомозиготный генотип DD и аллель D полиморфизма I/D гена CCR 5, гомозиготный генотип AA гена MMP9 являются предикторами развития РА.

Гомозиготный генотип 4a/4a и аллель 4a, полиморфизма 4a/4b гена eNOS и гомозиготный генотип GG и аллель G полиморфизма A49G гена CTLA4 являются предикторами развития ревматоидного артрита с артериальной гипертензией.

## ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ III (AF III):

### ДАННЫЕ ОДНОГО ЦЕНТРА

Тохтобина А.Г.<sup>2</sup>, Илина А.С.<sup>2</sup>, Чернова А.А.<sup>1,2</sup>, Никулина С.Ю.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г.Красноярск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

Фибрилляция предсердий (ФП) самая распространенная стойкая аритмия сердца, поражающая приблизительно 2% общей популяции взрослого населения. По оценкам систематического обзора 184 мировых популяционных исследований от 2010 года количество лиц с ФП составляет 33.5 миллиона<sup>1</sup>, однако глобальная распространенность ФП вероятно недооценивается из-за ограниченности данных, полученных за пределами Европы и Северной Америки, а также случаев 'субклинической' недиагностированной ФП<sup>1,2</sup>. В Европе более 6 миллионов человек страдает ФП, а на фоне старения населения ее распространенность за следующие 50 лет по крайней мере удвоится. ФП ассоциирована

со значительным уровнем заболеваемости и летальности, в частности в связи с высокой частотой инсульта и тромбоэмболии, сердечной недостаточности, а также снижением качества жизни и представляет глобальную проблему здравоохранения. Аритмия может иметь различные клинические проявления, включая тяжелый инсульт как дебют бессимптомной ФП. Стратегии профилактики тромбоэмболии, контроля частоты и ритма, а также ведения сопутствующей патологии у пациентов с ФП получили очень быстрое развитие за последние 15 лет. Кроме того, увеличивающаяся доказательная база подтверждает необходимость активного скрининга ФП для того, чтобы выявлять бессимптомную ФП и начинать необходимое лечение, включающее пероральную антикоагулянтную терапию (ОАК) с целью профилактики тромбоэмболии у большинства пациентов с ФП. При лечении с соблюдением клинических рекомендаций было показано улучшение исходов заболевания, однако ведение пациентов с ФП в клинической практике иногда может отличаться от рекомендаций, основанных на доказательной базе. Для оценки ведения ФП в реальной клинической практике более 15 лет назад была задумана концепция систематического сбора актуальных данных касательно ведения и лечения ФП в странах членах ESC. Первый Европейский регистр ведения ФП был создан в 2003-2004 годах в рамках программы Европейского обследования сердца (Euro Heart Survey (EHS)). EHS четко показал значительную неоднородность в ведении пациентов с ФП с большими последствиями для исходов, особенно в плане предотвращения инсультов. С его помощью получены новые шкалы оценки риска инсульта и кровотечения (шкалы CHA2DS2-VASc и HAS-BLED, соответственно), которые были использованы в Европейских рекомендациях, основанных на этих весомых европейских данных.

Цель настоящего регистра – выявить реальную картину ведения пациентов с ФП в современной клинической практике и гендерные особенности течения данной аритмии.

Материалы и методы.

В нашем центре в регистр было включено 90 пациентов с ФП (38 мужчин и 52 женщин), находившихся на лечении в кардиологическом отделении «Красноярской межрайонной клинической больницы №20», с подтвержденным диагнозом ФП. Исследование проводилось по данным историй болезней, а также через регистр ESC AF III.

Статистический анализ проводился с помощью программы Microsoft Excel.

С 2018-2019 гг. Проводился набор пациентов в европейский регистр по ФП. Регистр являлся международным, проспективным, многоцентровым наблюдательным исследованием. Национальные общества кардиологов на добровольной основе приглашались к участию. Центрам было предложено включать в исследование пациентов, поступивших с диагнозом ФП, критерий исключения – несогласие пациента на участие. Все пациенты подписывали информированное согласие. Данные пациентов регистрировались в веб-системе, куда вносились следующие показатели: демографические данные, факторы риска, сопутствующая патология, тип ФП, симптомность, медикаментозная терапия. Через 12 месяцев наблюдения - клиническая характеристика пациентов, рецидивы ФП и методы ее выявления, данные контрольной эхокардиографии, принимаемая терапия.

Набор осуществлялся последовательно. Все пациенты, согласившиеся на участие и отвечающие критериям отбора, были включены в исследование в период 3 месячного набора в нашем центре. В ходе обследования пациенты наблюдались в соответствии с обычной практикой медицинского учреждения. Осуществлялось стандартное ведение пациентов, используемое в настоящее время в рутинной клинической практике. Назначение препаратов и показания к выполнению диагностических/терапевтических процедур было полностью предоставлено участвующим кардиологам.

В ходе данного наблюдательного исследования никаких конкретных протоколов и рекомендаций по обследованию, ведению и/или лечению не давались

Были отобраны только пациенты, для которых представляется возможным 1-летнее наблюдение доктором, включившим в исследование, с помощью визита или по телефону.

Пациенты были официально включены в EORP-AF, только если диагноз ФП формально зафиксирован или имеет подтверждения в медицинской документации.

Квалификационный визит или госпитализация должны быть в течение последнего года, а пациенту не обязательно иметь ФП на момент включения. Собранные данные пациента анонимны. Только код будет идентифицировать пациентов в базе данных. С целью поддержания строгой защищенности и обеспечения достоверности данных, каждый исследователь/персонал исследования имеет уникальный логин и пароль для открытия информации о пациенте.

Результаты.

Изучены 90 пациентов с фибрилляцией предсердий, которые были госпитализированы в стационар по разным причинам: 38 мужчин -42%, 52 женщин -58% . В возрасте от 30 до 89 лет, средний возраст составил для мужчин- 66,1 лет, для женщин - 74,5 лет. Средний рост для (мужчин - 170,3см, женщин - 161,5см). Средний вес у (мужчин - 82,5кг, женщин -80,09 кг).

Распространенность фибрилляции предсердий зависит от возраста. У женщин максимальный процент на долю ФП, приходится на возрастную группу от 70-79 лет и составляет- 44%, а у мужского пола- 41% от 60-69 лет. Минимальный возраст у женщин приходится на возрастные группы от 40-59 лет, а мужчин от 30-39 лет.

Фибрилляция предсердий, занимает первое место среди всех нарушений ритма сердца, по частоте поступления пациентов в клинику и количеству дней, проведенных в стационаре. У 49 человек 55% (26- женщины, 23-мужчин), из обследованных лиц была зафиксирована постоянная форма ФП, у 17 человек 19% (11- женщин, 6 мужчин) диагностирована пароксизмальная форма, у 23 человек 28% (14- женщин, 9мужчин) – персистирующая форма.

По шкале EHRA у больных с ФП максимальный процент приходится на класс III (женщин-45%, мужчин-51%).

Антикоагулянтная терапия осуществлялась у 81 пациентов. Варфарин получали - 37% (21- женщин, 12мужчин), прадаксу – 53% (27- женщины, 21-мужчин) больных ФП. 10 % больных эту терапию не получали.

Основными фоновыми заболеваниями у пациентов являлись:

- Артериальная гипертония (АГ) - 90% больных, из них 56% составляют женщины, 33% - мужчины, здоровое население составляет 11%;

- Документированный ПИКС в анамнезе у 17 пациентов - 19%, из них 9% составляют женщины, 10% - мужчины, здоровое население составляет 81%;

- ОНМК и ТИА в анамнезе - 15% (9% - женщин, 6% - мужчин);

- Нарушение функции печени или почек – 4% (1% - женщин, 3% - мужчин);

- Лабильное МНО – 26% (14% у женщин, 12% - мужчин);

- Прием некоторых лекарств или алкоголя – 49% (23% - женщин, 26% - мужчин), 51%- не применяли;

- Хроническая сердечная недостаточность по NYHA (XCH) I-IV ФК выявлялась у 90%, при этом высокие градации (I-III ФК) – у 72 человек 80% (46%- женщин, 34% - мужчин) и ФВ < 50% - у 36 больных 40% (19%- женщин, 21% - мужчин);

- Сахарным диабетом страдает 21 человек 26% (19% - женщин, 7% - мужчин);

- Поражение сосудов у 31 человека 39% (20% - женщин, 19% - мужчин).

Для оценки риска «больших» кровотечений» использовалась шкала HAS-BLED.

Оценка риска кровотечений по данной шкале проводится по 7 факторам, каждому из которых присваивается 1 балл, максимальное количество баллов -9.

Риск развития кровотечений по данной шкале составляет 50%, на долю женщин приходится - 29%, мужчин – 21%. У 50% - этот риск отсутствует.

Для стратификация риска развития инсульта/системной тромбоэмболии была

использована шкала CHA<sub>2</sub>-DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> .

Согласно отмеченной шкале, подсчитали конкретную сумму баллов у каждого больного и определили риск инсульта, который у мужчин составил - 29%, у женщин – 56%, лишь у 15% этот риск отсутствует.

Выводы.

По результатам этих показателей можно сделать вывод, что у женщин максимальный процент на долю ФП, приходится на возрастную группу от 70-79 лет и составляет 44%, а у мужского пола 41% от 60-69 лет. Минимальный возраст у женщин приходится на возрастные группы от 40-59 лет, а мужчин от 30-39 лет. В группе 80-89 лет они снижаются.

По частоте госпитализаций пациентов с ФП, первое место занимает постоянная форма – у 49 человек 55 % из них 26- женщины, 23-мужчин. Наименьшее количество госпитализаций приходится на пароксизмальную форму – 19 % (11- женщин, 6 мужчин).

У обоих полов, отмечается высокая распространенность с тахисистолической формой фибрилляции предсердий – 66% , на втором месте нормосистолическая – 33%. Редко встречается брадисистолическая форма, всего 1%.

В нашем исследовании проведен анализ лечения фибрилляции предсердий антикоагулянтной терапией, она осуществлялась у 90% пациентов. Причем, в обеих группах чаще использовали НОАК, лишь только 10 % больных эту терапию не получали.

Риск развития геморрагических осложнений по индексу HAS-BLED и риск развития инсульта/системной тромбоэмболии по шкале CHA<sub>2</sub>-DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> у женского пола выше, чем мужчин.

## СОДЕРЖАНИЕ

### СТАТИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ, КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ НАДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА ЗА 2016-2018 ГОДЫ

Анохина О.А., Бушинкин А.А., Бучацкая О.В., Веселова В.А., Девятерикова Н.Ю., Дорошук И.И., Захматова О.П., Иванов А.Р., Илугина В.В., Имамиддинов М.К., Липкин В.Д., В.В. Мороз, З.А. Мусакиева, Мухолзоева Т.В., Макарова Ю.А., Мучаев Б.С., Натахина К.Н., Насыров А.А., Подолян Т.А., Павлова Н.Б., Савченко Е.А., Тихонова Т.В., Фомкина И.В., Филимонова О.Ю., Червяков Л.С., Школьников В.И., Юрлов К.М. 3

### СТАТИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ В ДИНАМИКЕ И УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГИТОВ, КАК ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ НА НОРИЛЬСКУЮ СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПЕРИОД 2016-2018 ГОДЫ

Афанасьева Л.Г., Базарова О.А., Гранковская Ю.С., Гречухина А.В., Дадоматова Н.А., Куляшова В.А., Мороз В.В., Мусакиева З.А. 14

### ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

М.А.Большакова, А.А.Попов, А.А.Любченко, Е.А. Попова, Р.М.Рахманов, Д.С.Шамов, Е.А. Рахманова, И.И.Лисун, О.И.Хабарова, К.Ф. Касымова, М.А.Фроленко 20

### ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Вересова Т. Г. 24

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ЗА 2015-2017 г. в МИНУСИНСКОМ РАЙОНЕ.

Верховская В.В., Шуманович А.М., Басин В.Н. 28

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ XXIX ВСЕМИРНОЙ ЗИМНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2019 ГОДА В Г. КРАСНОЯРСК

Вятский И.Е., Бурмистров Ю.Н. 38

### РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В 2012-2017гг.

Головенкин С.Е., Никулина С.Ю., Устюгов С.А., Самохвалов Е.В., Русал С.Е., Политова О.И., Розовская И.Е., Малыгина Е.М. 41

### ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ POISONING SEVERITY SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ

Ермолаев И.П., Рахманова Е.А., Попова Е.А., Кледева О.Г. 42

АНАЛИЗ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КГБУЗ «НАЗАРОВСКАЯ СМП» И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПСЦ АЧИНСКОЙ МРБ ЗА 2016-2018 ГГ Карманова И.А., Каменецкий С.Н., Тимофеев А.В., Хлыновских К.И.	43
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НА ПРИМЕРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.17г.-01.01.18г. Левкина Е.П., Хлопкова Л.Г., Сивкова И.Н., Луппа Н.Л.	45
АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ. Малыхина Э.Р., Кузьмина Н.В., Михайлусев И.В.	49
АНАЛИЗ РАСХОЖДЕНИЙ ДИАГНОЗОВ ВРАЧЕЙ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ НОРИЛЬСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Мороз В.В., Мусакиева З.А.	53
СТАТИСТИКА И ОБЪЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ. Мороз В.В., Мусакиева З.А.	60
ОСОБЕННОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.КАНСКА Овсянников С.А.	63
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ Г.КРАСНОЯРСКА Попов А.А., Большакова М.А., Любченко А.А., Попова Е.А., Рахманов Р.М., Шамов Д.С., Рахманова Е.А., Жежера К.В., Козулин О.С.	77
ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩИХ АНЕСТЕТИКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Потылицин В.Ю., Скрипкин С.А., Креков С.А., Иванова Г.А.	81
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ Пузаков М.Ф.	87
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Севостьянов П.А., Скрипкин С.А., Креков С.А., Никитенко В.К.	89
СИНДРОМЫ ОСБОРНА И БРУГАДА У ПАЦИЕНТА С	

ОБЩЕЙ ГИПОТЕРМИЕЙ. Скрипкин С.А., Иванова Г.А., Гнедаш А.А., Скарубский А.М., Богодухов В.В., Гамершмидт Н.В.	92
ОСТРАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ У РЕБЁНКА. ТАКТИКА ВРАЧА СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Сойкина С.Н.	96
ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В «КМКБ № 20 ИМ.И.С.БЕРЗОНА» Терлеев А.А., Сучков А.А., Шишонков А.В., Савельев А.Ю., Радионов В.В., Крючкова Н.М., Орлова Ю.В., Головенкин С.Е.	102
АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ RTPN22(C1858T), eNOS(4a/4b), CCR5(I/D), CTLA4(A49G) MMR9(rs11697325) В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Толстокорова Ю.А., Чернова А.А., Никулина С.Ю.	104
ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ III (AF III): ДАННЫЕ ОДНОГО ЦЕНТРА Тохтобина А.Г., Илина А.С., Чернова А.А., Никулина С.Ю.	105