

**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  
КРАСНОЯРСКА: 100 ЛЕТ НА  
КРУГЛОСУТОЧНОЙ СЛУЖБЕ**

**Красноярск - 2018**

**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**  
**КРАСНОЯРСКА: 100 ЛЕТ НА**  
**КРУГЛОСУТОЧНОЙ СЛУЖБЕ**

**Материалы XIII региональной научно-практической конференции**  
**25-26 мая 2018 года**

**Красноярск - 2018**

Скорая медицинская помощь Красноярска: 100 лет на круглосуточной службе. Материалы XIII региональной научно-практической конференции 25-26 мая 2018 года. – Красноярск, 2018. –56 с.

Редакторы:

Попов Андрей Алексеевич

Попова Елена Анатольевна

Штегман Олег Анатольевич

Материалы печатаются в авторской редакции.

## АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ

Бежок А.М

КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

Работа специализированной бригады заключается в оказании квалифицированной специализированной медицинской помощи, в соответствии со стандартами, пациентам, требующим экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям.

Именно от своевременности оказания помощи специализированными реанимационными бригадами, в том числе от адекватности выбора профиля бригад и своевременного направления, действенного взаимодействия со службами быстрого реагирования зависит качество и эффективность функционирования реанимационной службы СМП, где главную роль играет информационное обеспечение оперативного принятия решений. Все это обосновывает актуальность темы проведенного исследования.

Материалом послужила персонифицированная компьютерная база данных в объеме карты вызовов (учетной формы 110/у) за исследуемый период (01.01.2016-01.01.2017г.), всего 477 вызовов, обслуженные мною в составе СРБ№11 подстанции №6 КГБУЗ «КССМП».

Распределение реанимационных вызовов по профилю причин (в долях) за исследуемый период выглядит следующим образом:

- «Р» – состояние, опасное для жизни, у взрослого – 36,69% (175 вызовов);
- «Т» – предполагается отравление у больного – 20,96% (100 вызовов);
- «С» – травма, опасная для жизни, у взрослого – 13% (62 вызова);
- «К» – состояние, опасное для жизни, у взрослого кардиологического профиля – 11,11% (53 вызова);
- «Д» – состояние, опасное для жизни, у ребенка – 5,24% (25 вызовов);
- «И» – кровотечение, опасное для жизни, у взрослого – 4,19% (20 вызовов);
- «Н» – состояние, опасное для жизни, у взрослого неврологического профиля – 4,19% (20 вызовов);
- «Л» – неопределённые жалобы (больной в сознании) – 2,1% (10 вызовов);

Остальные поводы занимают 2,52%, среди которых: «64 Б» – гинекологическое кровотечение (беременная более 22 недель) – 1,05% (5 вызовов); «61 Х» – вероятна острая ишемия – 0,63% (3 вызова); «62 Ж» – эписиндром у взрослого (в сознании) – 0,42% (2 вызова); «33 Ю» – вызов в социально-значимое место – 0,21% (1 вызов); «52 А» – дежурство в общественном месте – 0,21% (1 вызов).

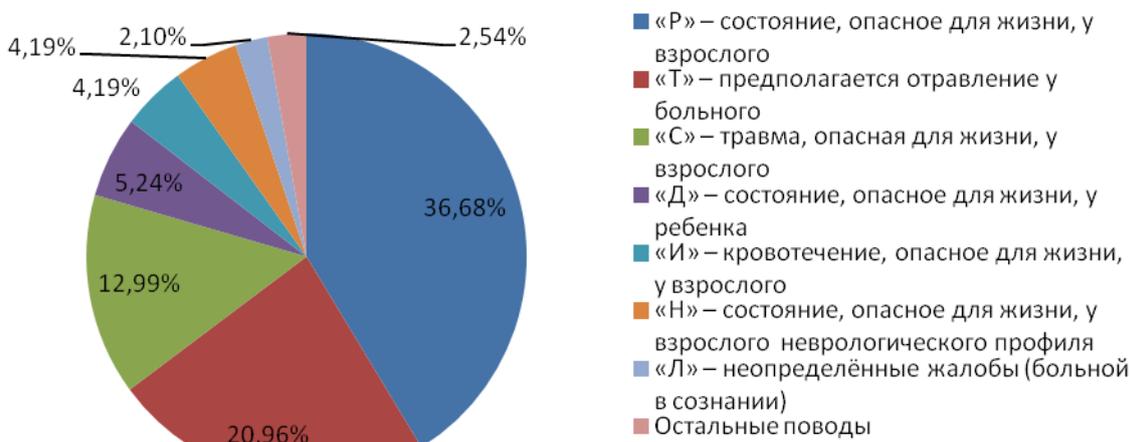


Диаграмма №1: Распределение реанимационных вызовов по профилю причин.

По статистическим данным большая часть вызовов СРБ приходится на случаи с поводом «69 Р» – «Вызов на дом. Без сознания» – 13,42% и повод «96 Р» – «Вызов общепрофильной бригадой на себя (профиль реанимационный), на дом» – 11,53%.

На третьем месте повод «69 Т» – «Вызов на дом. Без сознания. Предполагается отравление, диабет» – 8,8%.

Далее следуют вызова с поводом «32 Р» – «Транспортная травма. Взрослый» – 6,73%, «67 Т» – «Вызов на дом. В сознании. Отравление» – 4,82%, «60 С» – «Травма с угрозой для жизни. Опасное ранение или потеря сознания. Дома» – 4,4%, «64 И» – «Кровотечение, опасное для жизни, у взрослого» – 4,19%, «39 Т» – «Общественное место. Человек лежит без сознания (отравление)» – 3,77%, «30 С» – «Травма с угрозой для жизни. Травма в драке, опасное ранение или потеря сознания. Общественное место» – 3,56%, «66 К» – «Боль в груди. Аритмия. Кардиологический анамнез. Дома» – 3,56%, «34 С» – «Травма с угрозой для жизни. Падение с высоты. Общественное место» – 2,73%, «31 Т» – «Нарушение сознания. Общественное место» – 2,73%, «69 Н» – «Мозговая кома» – 2,09%, «61 К» – «Одышка у кардиологического больного» – 2,09%, «31 Р» – «Нарушение сознания, удушье. Общественное место» – 1,87%, «64 С» – «Травма с угрозой для жизни, падение с высоты» – 1,68%, «51 К» – «Транспортировка кардиологического больного» – 1,47%, «31 Л» – «Неопределённые жалобы. Больной в сознании. Общественное место» – 1,47%, «64 Д» – «Травма с угрозой для жизни у ребёнка, дома» – 1,05%, «61 Д» – «Ребёнок в тяжёлом состоянии, дома» – 1,05%, «67 Д» – «Отравился, подавился ребёнок, дома» – 1,05%, «64 Б» – «Гинекологическое кровотечение, беременная более 22 недель» – 1,05%, «96 К» – «Вызов общепрофильной бригадой на себя (профиль кардиологический), на дом» – 1,05%.

Остальные поводы составляют – 13,84% (менее одного процента на каждый повод вызова).

По структуре установленных диагнозов, наиболее часто приходилось оказывать медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 27,3% результативных вызовов.

Второе место занимают травмы – 25,07% результативных вызовов.

На третьем месте болезни органов дыхания – 8,91%. Далее идут болезни нервной системы – 8,63%, отравления – 8,36%, болезни органов пищеварения – 6,13%, болезни эндокринной системы – 4,18%, алкогольное опьянение (лег и ср. степени) – 3,34%, синкопальные состояния – 2,51%, онкологические заболевания – 1,4%, остальные – 4,17%.

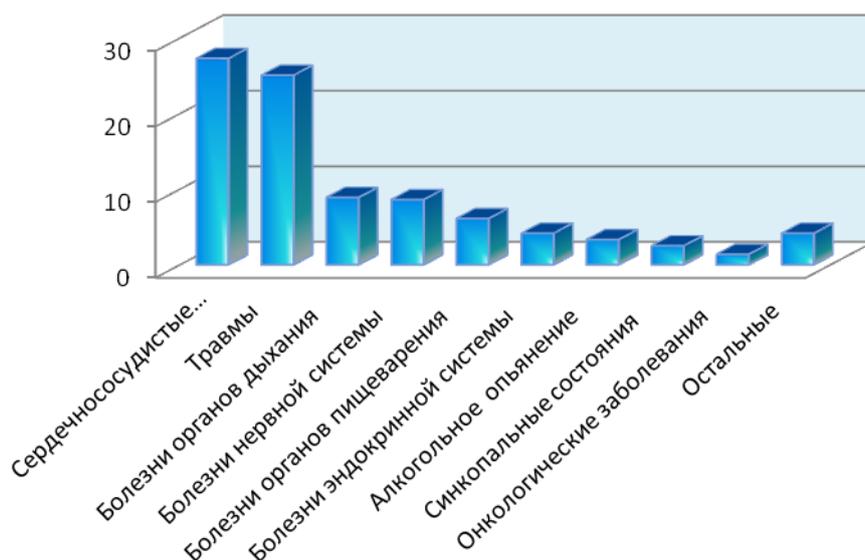


Диаграмма № 2: Структура установленных диагнозов

Среди сердечно - сосудистых заболеваний большой процент больных с гипертонической болезнью (с кризами) – 37,76%, с острым нарушением мозгового кровообращения – 20,41%, ОКС (Нестабильная стенокардия, ОИМ с подъёмом и без) – 17,34%, с нарушением сердечного ритма – 13,27%, ТЭЛА–5,1%, отёк лёгких – 3,06%, стенокардия напряжения – 3,06% .

Среди травм наибольшее количество различных переломов, раны мягких тканей – 36,67%, черепно-мозговых травм – 34,44%, травмы грудной клетки и брюшной полости – 22,22%, ожоги – 4,45%, инородное тело, асфиксия, утопление – 2,22%.

Среди болезней органов дыхания большой процент внебольничной пневмонии – 40,62%, острая инфекция верхних дыхательных путей –25%, кровохарканье – 12,5%, ХОБЛ – 12,5%, бронхиальная астма – 9,38%.

Среди болезни нервной системы наибольшее количество больных с эпилептической болезнью – 58,07%, ВСД – 29,03%, дисциркуляторной энцефалопатией –12,9%.

Среди отравлений наибольшее количество наркотических опьянений (кома) – 40%, отравлений лекарственными средствами – 36,66%, в алкогольном опьянении тяжёлой степени – 10%, отравление кислотами, щелочами – 6,67%, отравление продуктами горения – 6,67%.

Среди болезней органов пищеварения наибольшее количество желудочно-кишечных кровотечений – 59,09%, острые холециститы и панкреатиты составили – 22,73%, кишечная непроходимость – 13,64%, прободная язва желудка – 4,54%.

Среди болезней эндокринной системы, все пациенты находились в состоянии гипогликемической комы.

Из всех вызовов, лишь 0,83% являются повторными (почти все отказались от госпитализации), что говорит о высоком качестве оказываемой медицинской помощи пациентам.

Исходя, из вызовов специализированной реанимационной бригады отмечается госпитализация – 50,31% больных, передано общепрофильной бригаде – 0,49 %, остальные оставлены на месте.

Среднесуточная нагрузка составляет 5,58.

Выводы:

Анализируя полученные результаты можно говорить о том, что распределение реанимационных вызовов по профилю причин (в долях) за исследуемый период больше приходится на профиль «Р» - состояние, опасное для жизни, у взрослого. Вторым является профиль повода «Т» - предполагается отравление у больного.

По статистическим данным большая часть вызовов СРБ приходится на случаи с поводом «69 Р» – «Вызов на дом. Без сознания», далее «96 Р» – «Вызов общепрофильной бригадой на себя (профиль реанимационный), а также повод «69 Т» – «Вызов на дом. Без сознания. Предполагается отравление, диабет».

По структуре установленных диагнозов, наиболее часто приходилось оказывать медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, среди которых большой процент больных с гипертонической болезнью (с кризами), ОНМК и ОКС.

На втором месте травмы, среди которых наибольшее количество различных переломов, раны мягких тканей, черепно-мозговых травм.

## ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОСОДЕРЖАЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Болдырев И.В.<sup>2</sup>, Попов А.А.<sup>1</sup>, Попова Е.А.<sup>1</sup>  
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого<sup>1</sup>  
КГБУЗ «КССМП»<sup>2</sup>  
г. Красноярск

Курительные смеси или так называемые «спайсы» стали популярны у молодежи с 2008 года. Популярность их складывалась из относительной дешевизны, доступности и при этом весьма ощутимого эйфорического действия. Постановлением Правительства Российской Федерации в 2009 году легальная продажа «спайсов» в нашей стране, была запрещена. Был опубликован список запрещенных веществ. Но выдумка производителей наркотических смесей не знает границ. Так каждый год изобретались все новые и новые составы. С 2014 года отмечается повышение количества смертности от употребления курительных смесей. Не смотря на это «спайсы» до сих пор, популярны среди молодежи ([www.otravleniya.net](http://www.otravleniya.net)).

Казалось бы, какая связь между курительными смесями и детьми младшего возраста? По предварительному анализу в 2016 году с диагнозом «острое отравление» в КГБУЗ «ГКБ №20 им. Берзона И.С.» было госпитализировано 399 человек, в 2017 году с таким же диагнозом – 188 человек. К этому диагнозу соотнесены отравления любой этиологии (бытовая химия, медикаменты и др.). Из всех пострадавших в 2016 году с диагнозом: «Подозрение на острое отравление наркосодержащим веществом» было госпитализировано 8 человек, в 2017 году 4 человека. Что соответствует 2% и 2,1% от числа поступивших на лечение («Журнал криминальных травм приемного покоя детского соматического отделения КГБУЗ «ГКБ №20 им. Берзона И.С.»). Учитывая, что такие отравления относятся к категории «тяжелых отравлений», и пострадавшими является дети до 5 лет, я считаю, что эта тема достойна нашего внимания.

Безусловно, все эти происшествия носили случайный характер. При более подробном расследовании было выяснено, что в семьях, в которых произошли эти эпизоды, либо родители, либо другие родственники являлись потребителями наркосодержащих веществ.

Проблема заключается в том, что только в двух случаях скорая помощь была вызвана на «отравление наркосодержащим веществом. В одном случае оба родителя, а в другом тетя пострадавшего, являлись активными потребителями наркотика. Во всех остальных, родственники пострадавших были вполне уважаемыми людьми, и заподозрить их в асоциальном поведении, не представлялось возможным. Наркосодержащие вещества употреблялись ими эпизодически, в качестве

«расслабляющего», но тем не менее, хранились дома. Это пытались скрыть при сборе анамнеза, что соответственно затрудняло быструю постановку правильного диагноза и лечения.

#### Пример №1.

Вызов скорой помощи к девочке 3-х лет. Повод вызова: «сильное возбуждение». По прибытию на вызов со слов родителей, ребенок в течение дня находился в детском дошкольном учреждении, откуда мать забрала его в абсолютно удовлетворительном состоянии. В течении часа находились дома, пока мать готовила ужин, девочка самостоятельно играла в комнате. Около 10 минут назад мать заметила, что ребенок ведет себя не адекватно. Появились шаткость походки, хаотичные движения руками, головой. На вопросы ребенок не отвечает. Вызвали скорую помощь.

Объективно: нечленораздельное мычание, хаотичные движения головой и руками («отмахивает мух»). При попытке поставить на ноги, шаткость походки. Гиперемия лица, склеры инъецированы, взгляд «в пустоту». Зрачки S=D, умеренно расширены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 26, тоны сердца ритмичные, чсс 130, АД 105/65, t° 36,7, сахар 3,6 ммоль/л, SPO<sub>2</sub> -98%. Живот при пальпации мягкий, безболезненный; печень, селезенка не увеличены, стул и диурез без особенностей, менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Случайное употребление медикаментов, алкоголя, наличие ЧМТ, мать категорически отрицает. Учитывая клинику, похожую на отравление неизвестным веществом, принято решение о диагностическом промывании желудка через зонд. В промывных водах обнаружены вкрапления вещества, предположительно органического характера, коричневого цвета, без запаха. Во время проведения процедуры, с работы пришел отец ребенка, который опасаясь за жизнь и здоровье девочки был вынужден признаться, что эпизодически употребляет курительную смесь, которую хранит в доме, при этом скрывая привычку от домашних. После промывания желудка установлен периферический в/в катетер, начата инфузионная терапия. Состояние ребенка несколько улучшилось – уменьшилось явление нервного возбуждения, чсс до 120. Ребенок госпитализирован в КГБУЗ «ГКБ №20 им. Берзона И.С.» с диагнозом «Отравление наркосодержащим веществом», для дальнейшего детоксикационного лечения. Была выписана домой в удовлетворительном состоянии с окончательным диагнозом: «Отравление наркосодержащим веществом», что следовало из жалоб, клинических проявлений, наличия в доме курительной смеси и положительной динамики на соответствующее лечение.

#### Пример №2.

Вызов скорой помощи к ребенку 1 год 8 месяцев. Повод к вызову: «не просыпается». По прибытию на вызов, со слов матери, пока мать занималась домашними делами, мальчик самостоятельно играл, свободно передвигаясь по всей квартире, в которой кроме семьи ребенка, проживает молодая семейная пара родственников. В какое -то время мать заметила, что ребенок спит на полу. При попытке разбудить – не реагирует. Вызвали скорую помощь.

Объективно: сознание нарушено до сопора, просыпается не надолго при длительном, настойчивом раздражении, кожные покровы бледные, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 34, тоны сердца ритмичные, чсс 140, АД 70/50, SPO<sub>2</sub> – 96%, сахар 4 ммоль/л, t° 36,4, зрачки S=D умеренно расширены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез без особенностей. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Во время осмотра однократно рвота. Случайное употребление медикаментов, алкоголя, наличие ЧМТ мать категорически отрицает. На вопрос об употреблении запрещенных веществ в семье ответила, что замечает неадекватное поведение родственника проживающего совместно, но при этом запаха алкоголя не было. Узнать о наличии в доме наркосодержащих веществ не представлялось возможным, т.к. на момент нахождения скорой помощи, родственник отсутствовал. Учитывая жалобы, клинику схожую с

отравлением неизвестным веществом, было принято решение о диагностическом промывании желудка через зонд. После проведения процедуры, был установлен в/в периферический катетер и начата инфузионная терапия. Состояние ребенка незначительно улучшилось, ЧСС до 130, сознание в оглушении. Ребенок госпитализирован в КГБУЗ «ГКБ №20 им. Берзона И.С.» с предварительным диагнозом «отравление неизвестным веществом, предположительно наркосодержащего характера», для дальнейшей детоксикационной терапии. Выписан в удовлетворительном состоянии, с окончательным диагнозом «отравление наркосодержащим веществом», что следовало из жалоб, клиники и положительной динамики на соответствующее лечение.

В настоящее время диагноз «отравление наркосодержащими веществами» в КГБУЗ «ГКБ №20 им. Берзона И.С.» подтверждается лабораторными анализами токсикологической лаборатории.

Выводы:

1. Несмотря на незначительный процент от общего количества различных отравлений у детей младшего возраста, отравления наркосодержащим веществом имеют место быть, о чем необходимо помнить врачам скорой помощи.
2. Затруднение в постановке предварительного диагноза может быть из-за нежелания родственников ребенка сознаваться в употреблении и хранении запрещенных веществ.
3. Клиника отравления у детей может варьироваться в зависимости от возраста, веса, количества вещества и времени случайного употребления.
4. При своевременной постановке диагноза, соответствующей помощи и быстрой доставки в стационар для проведения дальнейшей детоксикационной терапии, прогноз для пострадавших благоприятный.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛОФЕЛИНА И ЭБРАНТИЛА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Большакова М.А.<sup>1</sup>, Карманова И.А.<sup>2</sup>, Касымова К. Ф.<sup>1</sup>, Коростелева М.А.<sup>1</sup>, Лагутин И.Г.<sup>3</sup>, Попова Е.А.<sup>1</sup>, Попов А.А.<sup>1</sup>, Стельмах В.Д.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

<sup>2</sup>КГБУЗ «Назаровская ССМП», г. Назарово

<sup>3</sup>КГБУЗ «Лесосибирская МБ», г. Лесосибирск

<sup>4</sup>КГБУЗ «Ачинская МРБ», г. Ачинск

Введение

Гипертонический криз – одно из проявлений гипертонической болезни, определяющее смертность от ее осложнений. В структуре причин вызовов скорой медицинской помощи доля гипертонических кризов колеблется от 7 до 25%. От эффективности снижения артериального давления на догоспитальном этапе зависит прогноз заболевания.

Цель исследования: оценить эффективность использования на догоспитальном этапе препаратов клофелина и эбрантила.

Материалы и методы

Проанализировано 252 карты вызова скорой медицинской помощи по причине гипертонического криза по отделениям и станции скорой медицинской помощи гг. Ачинск, Лесосибирск, Назарово. Критерии включения в исследование: применение на догоспитальном этапе препарата эбрантил/клофелин. Критерии исключения: введение иных препаратов и комбинаций, осложненный гипертонический криз. В исследование

включен 161 пациент в возрасте от 36 до 93 лет, медианный возраст – 74 года, 67,1% – женского и 32,9% – мужского пола. 77 пациентам вводили клофелин, 84 – эбрантил. Оценивалась разница конечного САД, ДАД, ЧСС с данными, полученными до введения препаратов.

#### Результаты

В группе, где применяли клофелин, зафиксировано снижение САД на 51,25[0;120] мм.рт.ст., ДАД на 14,7[0;40] мм.рт.ст. ( $p \leq 0,05$ ). В группе эбрантила САД снизилось на 52,8[10;130] мм.рт.ст., ДАД на 18,7[0;70] мм.рт.ст. ( $p \leq 0,05$ ). Изменение ЧСС статистически оказалось не значимым. Медиана снижения САД для клофелина – 23,8%, ДАД – 10,0%. Медиана процентного снижения САД для эбрантила – 23,8%, ДАД – 16,7%. Случаев падения АД  $>25\%$  у клофелина 29 из 77, у эбрантила – 26 из 84.

#### Выводы

Клофелин и эбрантил в равной степени снижают САД. Эбрантил оказывает большее влияние на ДАД, чем клофелин. Число случаев критического снижения давления при использовании эбрантила меньше. ЧСС после применения эбрантила и клофелина значимо не меняется.

### КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗЕ ЗА 2013-2017 ГОДЫ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бушинкин А.А., Будян Г.В., Бучнев И.М., Жеребцов В.Ф., Захаров Н.В., Иванов И.Н., Колесников И.В., Мороз В.В., Мозгунов Ю.А., Мусакиева З.А., Третьяк И.М., Сосна С.А., Худин В.В., Каменева Е.В., Крайнова М.П., Михай О.В., Подолян Т.А., Шмелева С.Э.

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

#### Цель работы:

- анализ в динамике по годам качество диагностики и полноты обследования больных с судорогами алкогольного генеза на этапе СМП;
- соответствие лечения и тактики ведения больных с судорогами стандарту;
- выявление дефектов оказания медицинской помощи пациентам с судорожным синдромом алкогольного генеза для улучшения оказания неотложной помощи.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ 1491 карты вызова бригад Норильской станции скорой медицинской помощи с судорожным синдромом алкогольного генеза за 2013 - 2017г.г.

Алкоголь относится к токсическим для человеческого организма веществам и одним из проявлений его негативного влияния на ЦНС является алкогольная эпилепсия. Это состояние характеризуется развитием судорожных и без судорожных эпилептиформных приступов, связанных со злоупотреблением алкоголя.

Основные компоненты патогенеза алкогольной эпилепсии:

- цитотоксическая активность глутамата, который в избыточном количестве высвобождается из связи с особыми NMDA–рецепторами в первые несколько суток отказа от алкоголя
- дефицит витамина В1 алиментарного происхождения, связанный с недостатком поступления его с пищей и нарушением процессов усвоения в ЖКТ
- снижение количества и активности нейромедиатора ГАМК, что приводит к преобладанию процессов возбуждения нейронов и повышению судорожно активности головного мозга
- дефицит ионов калия и магния, связанный с недостаточным поступлением их из пищи

- прямое повреждающее действие этанола на нервную ткань
- повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера и сосудистой стенки, следствием чего является поступление к нервным клеткам токсических продуктов обмена и набухание тканей.

Эпилептические припадки при алкоголизме имеют следующие кардинальные отличия: припадки возникают обычно в начале абстинентного периода, нередко являются как бы продромой развитию алкогольного делирия, имеют судорожный характер без тенденции к трансформации, исчезают в период ремиссии основного заболевания. Все это дает основание квалифицировать их как алкогольный судорожный синдром.

В большей степени от алкогольных судорог страдают люди от 25 до 45 лет.

Для алкогольного судорожного синдрома характерны первично генерализованные тонические припадки. Значительно реже возникают вторично генерализованные тонико- клонические судороги.

Другим важнейшим диагностическим признаком алкогольного судорожного синдрома является гипертермия, особенно встречающаяся при эпилептическом статусе.

Длительность судорожных пароксизмов при алкоголизме, как правило, не превышает 2 минут.

Эпилептические припадки характеризуются своей стереотипностью в каждом наблюдении и во всех случаях сопровождаются потерей сознания. В межприступном периоде состояние сознания находится в прямой зависимости от особенностей судорожных проявлений. При единичных припадках наблюдается сохранность сознания и несколько реже оглушение или сопор. При эпилептическом статусе в основном отмечается коматозное состояние, значительно реже - оглушение, сопор.

Неврологическое обследование выявляет рассеянные легкие симптомы поражения центральной и периферической нервной системы (алкогольная энцефалопатия, полинейропатия).

Со стороны соматического статуса наблюдаются свойственные судорожным пароксизмам расстройства дыхания, особенно закономерные при эпилептическом статусе, нарушение проходимости верхних дыхательных путей, нередко вызывающие механическую асфиксию.

Тяжесть состояния больных определяется течением алкоголизма, его осложнениями, сопутствующими заболеваниями, а также особенностями судорожных проявлений (эпилептический статус).

В послеприпадочном периоде выявляются гипертермия, тремор конечностей, тахикардия, повышение АД, сумеречные расстройства сознания. Через 2-3 дня почти в половине случаев развивается алкогольный делирий.

Таким образом, судорожные припадки при алкоголизме возникают на фоне систематического употребления алкоголя на 1-3 день после прекращения его приема.

Наиболее характерной особенностью судорожных припадков при алкоголизме является преобладание генерализованных тонических припадков, их развитие на адренергическом фоне (тахикардия, умеренное повышение АД, потливость, тремор).

При появлении приступов, связанных с употреблением спиртного, следует исключить другие возможные причины их появления. Это может быть истинная эпилепсия, гипогликемия, отравление суррогатами алкоголя или принимаемыми препаратами, острая почечно-печеночная недостаточность, субдуральное или субарахноидальное кровоизлияние и ряд других патологий.

Обследование: сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический, термометрия общая, визуальный осмотр и пальпация общетерапевтические, перкуссия общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, измерение частоты сердцебиения, измерение АД на периферических артериях, измерение частоты дыхания, исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии

центральной нервной системы, регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы, определение уровня гликемии с помощью анализаторов.

**Объем оказания неотложной помощи на этапе скорой помощи:**

- При судорожном одиночном припадке назначался диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) 10мг внутримышечно (как профилактика повторных припадков) или Феназепам 0,1%-1 мл в/м или в/в на 10мл физиологического раствора.

- При серии судорожных припадков и эпилептическом статусе купирование судорожного синдрома: диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) 10-20мг внутримышечно или внутривенно (в случае быстрого внутривенного введения диазепама высока вероятность развития остановки дыхания!); при отсутствии эффекта - ингаляционный наркоз закисью азота в смеси с кислородом (2:1).

- Симптоматическая терапия при неотложных лечебных мероприятиях:

- при повышении артериального давления значительно выше привычных для больного показателей - гипотензивные препараты Энап-Р 5мг, Эбрантил 5мл в/в;

- при понижении артериального давления – допамин 200 мг или добутамин 250 мг на 200 мл физиологического раствора натрия хлорида в/в медленно под контролем АД;

- при брадикардии менее 60 уд/мин - атропин 0,1% 0,5% - 1,0мл;

- при гипертермии свыше 38\*С - анальгин (метамизол натрия);

- Коррекция дыхательных нарушений:

- санация верхних дыхательных путей
- введение воздуховода
- ингаляция кислорода
- ИВЛ при брадипноэ < 12 в 1 мин, нарастающем цианозе и тахипноэ > 35-40 в мин.

**Проведен анализ 1491 карты вызовов с судорожным синдромом при алкоголизме по заданным критериям**

**Пациенты с судорожным синдромом алкогольного генеза по половому признаку и возрастным группам**

Таблица № 1

	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017г	Всего
Кол-во	689	308	280	214	1491
мужчины	603 - 87,5%	264-85,7%	247-88,2%	197-92,1%	1311-87,9%
женщины	86 - 12,5%	44 – 14,3%	33 – 11,8%	17 – 7,9%	180 – 12,1%
До 18 лет	0	0	1 – 0,35%	0	1 – 0,1%
18-24 года	5-0,7%	2 – 0,6%	1 – 0,35%	1 – 0,5%	9 - 0,6%
25-45 лет	585-84,9%	259-84,1%	234-83,6%	182-85%	1260 – 84,5%
Старше 45 лет	99-14,4%	47 – 15,3%	44 – 15,7%	31 – 14,5%	221 – 14,8%

Вывод:

1. Преимущественно в 84,5% случаев судорожный синдром алкогольной этиологии развивается у больных в возрасте 25-45 лет. В 14,8% судороги отмечались в возрасте старше 45 лет.

2. Женщины страдают этой патологией в 7 раз реже – 12,1%.

**Социальный статус пациентов, перенесших судорожный синдром алкогольного генеза, место вызова и сопутствующие заболевания**

Таблица №2

	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017г	Всего
<b>Социальное положение</b>					

из них: Работающие	168-24%	90-29,2%	101-36,1%	55-25,7%	414-27,8%
Неработающих	409-60%	168-54,5%	138-49,3%	135-63,1%	850-57%
Пенсионеры	99-14%	46 - 15%	29-10,3%	19 - 8,9%	193-12,9%
Бомжи	13-2%	4 - 1,3%	12-4,3%	5 - 2,3%	34-2,3%
<b>Место вызова, в т.ч.</b>					
Общественное место, улица	175 - 25,4%	112-36,4%	98 - 35%	85- 9,7%	470-31,5%
Квартира	414 - 60,1%	149-48,4%	153-54,7%	111-51,9%	827-55,5%
Рабочее место	45 - 6,5%	29 - 9,4%	14 - 5%	7 - 3,3%	95-6,4%
Медучреждение	47 - 6,8	17 - 5,5%	4 - 1,4%	5 - 2,3%	73-4,9%
Полиция	8 - 1,2%	1 - 0,3%	11 - 3,9%	6 - 2,8%	26-1,7%
<b>Сопутствующие болезни, в т.ч.</b>					
Хронический алкоголизм	258 - 37,4%	82-26,6%	57-20,4%	48-22,4%	445-29,9%
На учете у психиатра	5 - 0,7%	15 - 0,5%	9 - 3,2%	7 - 3,3%	36-2,4%
На учете у невролога	17 - 2,5%	8 - 2,6%	8 - 2,9%	9 - 4,2%	42-2,8%
ВГС, ВИЧ, туберкулез	8	3	9 - 3,2%	8 - 3,7%	28-1,9%
ССЗ (ИБС, ГБ, ОНМК)	11 - 1,6%	10 - 3,2%	23 - 8,2%	16 - 7,4%	60-4,0%
Сахарный диабет	2	0	0	0	2
<b>Наличие инвалидности</b>	27 - 4%	1 - 0,3%	7 - 2,5%	4 - 1,9%	39-2,6%

При опросе больных выявлено, что 1077 человек - 71,3%, страдающих хроническим алкоголизмом и перенесших судорожный синдром алкогольного генеза, являются неработающими.

613 человек (41%) состояли на учете: у нарколога с синдромом зависимости от употребления алкоголя 29,9% (445 человек), 2,4% (36 человек) у психиатра, 2,8% (42 человек) у невролога, 6% (90 человек) с симптоматической АГ, ВИЧ- инфекцией, ВГС, туберкулезом и сахарным диабетом,

В 55,5% случаев (827 человек) вызов был обслужен на квартире, в 31,5% случаев (470) в общественном месте и улице, в 6,4% (95) на работе, в 4,9% (73) в медицинских учреждениях, в 1,7% (26) в полиции.

В 2,6% случаев (39 человек) имели инвалидность.

### **Оперативность прибытия к больному, тяжесть состояния и профиль бригад СМП, оказывающих медицинскую помощь пациентам с судорожным синдромом алкогольного генеза**

Таблица №3

<b>Профиль бригад ССМП</b>	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017г	Всего
психиатрическая бригада	310 - 45%	143-46,4%	84-30%	35-16,4%	572-38,4%
кардиологическая бригада	41 - 6%	10-3,2%	9 - 3,2%	10-4,7%	70-4,7%
Линейная врачебная бригада	187 -27%	97-31,5%	100-35,7%	115-53,7%	499-33,5%
Реанимационная бригада	138 - 20%	55-17,9%	85-30%	51-23,8%	329-22%
Фельдшерская бригада	13 - 2%	3-1%	2 - 0,7%	3-1,4%	21-1,4%
<b>Оперативность прибытия в %</b>	655 - 95%	296-96%	277-99%	211-98,6%	1439-97%
<b>Повторный</b>	16 - 2,3%	53-17,2%	5 - 1,8%	12-5,6%	86-5,8%
<b>Тяжесть состояния</b>					
удовлетворительное	193-28%	100-	76-27,1%	66-30,8%	435-

		32,5%			29,2%
Средней тяжести	434-63%	179-58,1%	186-66,4%	133-62,1%	932-62,5%
Тяжелой степени	59-8,6%	25-8,1%	18-6,4%	14-6,6%	116-7,8%
Кома	3-0,4%	4-1,3%	0	1-0,5%	8-0,5%

Из таблицы №3 видно, что в 38,4% медицинская помощь оказывалась специализированной психиатрической бригадой, в 33,5% - общепрофильной врачебной бригадой подстанций СМП районов Талнах и Кайеркан, в 22% реанимационной бригадой, в 4,7% кардиологической бригадой и в 1,4% фельдшерской бригадой подстанций СМП Талнах и Кайеркан.

В 97% случаев время прибытия бригады до 20 минут, в 3% по причине неверного повода вызова бригады СМП, чаще всего сообщая, что больной в запое.

86 вызовов – 5,8% были повторными (больные не были госпитализированы при первичном вызове из-за отказа от госпитализации и у которых развились повторные судорожные приступы).

В 942 случаях, что составляет 63,2%, больные находились после перенесенного судорожного синдрома в средней степени тяжести состояния, в удовлетворительном состоянии с быстрым постприступным выходом 29,9% (445 человек), в 6,9% 104 больных были в тяжелом состоянии, из них 8 человек были в коматозном состоянии.

#### Результат выезда бригад СМП к пациентам с судорогами алкогольного генеза

Таблица № 4

	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017	Всего
<b>Госпитализация:</b>					
- в наркологическое отделение ККПНД №5	231-33,5%	88-28,6%	48-17,1%	78-36,4%	445-29,8%
- в НМБ № 1	20-3%	10-3,2%	22-7,9%	15-7%	67-4,5%
- в травматологический пункт	3-0,4%	0	0	0	3-0,2%
Передан специализир. бригаде	20-3%	6 – 1,9%	4- 1,4%	2-0,9%	32-2,1%
Отказ от госпитализации	236-34,2%	111-36%	63-22,5%	62-29,4%	472-31,7%
Оставлен на месте	179-26%	93-30,2%	143-51,1%	72-33,2%	487-32,7%
Всего	689	308	280	214	1491

#### Результат проведенного анализа:

В 487 случаях (32,7%) больные были оставлены на месте в связи со стабилизацией состояния и достоверно установленным диагнозом, им рекомендовано амбулаторное лечение у нарколога; в 472 случаях (31,7%) больные отказались от госпитализации.

445 больных (29,8%) были госпитализированы в наркологическое отделение ПНД, 67 больных (4,5%) в межрайонную городскую больницу №1 в связи с имеющимися осложнениями в виде ЗЧМТ и травматическими повреждениями трубчатых костей.

К 32 больным (2,1%) в связи с тяжестью состояния врачебные бригады вызвали «на себя» специализированную бригаду. 3 больных (0,2%) доставлены на лечение в травматологический пункт с сопутствующими травмами.

**Симптоматика судорожного синдрома алкогольного генеза на этапе скорой помощи**

Таблица № 5

	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017	Всего
<b>Характер судорог</b>					
Тонические судороги	588-85,3%	269-87,3%	245-82,5%	187-87,4%	1289-86,4%
Тонико-клонические судороги	86-12,5%	21-6,8%	25-8,9%	23-10,7%	155-10,4%
Клонические судороги	0	10-3,2%	9-3,2%	3-1,4%	22-1,5%
Эпистатус	15-2,2%	8 – 2,6%	1-0,35%	1-0,5%	25-1,7%
<b>Нарушение дыхания</b>	59-8,6%	24 – 7,8%	21 – 7,5%	12-5,6%	116-7,8%
<b>Тахикардия, аритмия</b>	180-26%	123-39,9%	116-41,4%	126-58,9%	545-36,6%
<b>Артериальная гипертензия</b>	387-56,2%	200-64,9%	207-73,9%	153-71,5%	947-63,5%
Гипогликемия	9-1,3%	68-22,1%	52-18,6%	53-24,4%	232-15,6%
<b>Нарушение сознания, в т.ч.</b>					
- заторможенность	429-62,2%	217-70,5%	203-72,5%	133-62%	982-65,9%
-оглушение	74-10,4%	31-10,1%	29-10,4%	21-9,8%	155-10,4%
-сопор	4-0,5%	2 - 0,6%	2 – 0,7%	1-0,5%	9-0,6%
- возбуждение	12-1,7%	5 -1,6%	4- 1,4%	3-1,4%	24-1,6%
<b>Сопутствующие травмы</b>					
ЗЧМТ	29-4,2%	12-3,9%	6 – 2,1%	4-1,9%	47-3,2%
Травматические повреждения	39-5,6%	17-5,5%	18 – 6,4%	18-8,4%	92-6,2%
<b>Нахождение в состоянии:</b>					
Алкогольное опьянен/интоксик	61-8,9%	17 – 5,5%	15 – 5,4%	17-7,9%	110-7,4%
Наркотическое опьянение	0	0	2 – 0,7%	0	2-0,1%
Синдром отмены	628-91,1%	259-84,1%	211-75,4%	161-75,2%	1259-84,4%
Трезв	0	32–10,4%	52-18,6%	36-16,8%	120-8%

**Выводы:**

У 1289 больных наблюдались тонические судороги (86,4%), у 155 больных тонико-клонические судороги (10,4%), у 22 больных (1,5%) зарегистрированы клонические судороги, серии судорог – эпистатус у 25 больных (1,7%).

При анализе карт выявлено, что у 116 больных – 7,8% было учащенное дыхание, 545 больных – 36,6% имели синусовую тахикардию, 947 больных (63,5%) - повышенное артериальное давление, 232 больных (15,6%) гипергликемию.

982 больных - 65,9% имели нарушение сознания в виде заторможенности, 155 больных - 10,4% - оглушение, в сопоре – 9 больных (0,9%), были в состоянии возбуждения – 24 больных (1,6%). ЧМТ наблюдалась у 47 больных (3,2%), травматические повреждения в виде ушибов и переломов костей – у 92 больных (6,2%).

1259 больных с судорожным синдромом были с синдромом отмены, что составляет 84,4%, 110 больных с синдромом интоксикации - 7,4%, трезвыми были 120 человек - 8%.

**Полнота обследования и объем оказанной помощи пациентам с судорожным синдромом алкогольного генеза на этапе скорой помощи**

Таблица № 6

	2013-2014г.г.	2015г	2016г	2017г	Всего
<b>Объем обследований пациентов</b>					
Измерение АД и ЧД, PS	у всех больных				1491-100%
ЭКГ- исследование	251-36,4%	157-51%	249-89%	199-93%	856-57,4%
Глюкометрия	427-62%	196-63,6%	215-77%	201-94%	1039-69,7%
Измерение сатурации O <sub>2</sub>	358-52%	264-85,7%	249-89%	212-99%	1083-72,6%
Физикальный осмотр	689-100%	308-100%	280-100%	214-100%	1491-100%
<b>Объем оказанной помощи пациентам</b>					
Бензодиазепины (седуксен, сибазон, феназепам)	490-71%	251-81,5%	237-84,6%	179-83,56%	1157-77,6%
Противосудорожные препараты (Бензобарбитал)	124-18%	38 -12,3%	-	-	162-10,9%
Сернокислая магнезия	229-33,2%	51-16,6%	38-13,6%	48-22,4%	366-24,5%
Метадоксил	3-0,4%	16-5,2%	41-14,6%	59-27,6%	119-8%
Витамины группы В и С, цитофлавин	59-8,5%	42-13,6%	43-15,4%	69-32,2%	213-14,3%
Гипотензивные препараты	221-32%	108-35,1%	111-39,6%	82-38,3%	<b>522-35%</b>
Инфузионная терапия	1	2 – 0,6%	8-2,9%	4-1,9%	15-1%
Стабилизация АД допамином	-	1 – 0,3%	2-0,7%	2-0,9%	5-0,3%
Инсуфляция кислорода аппаратом	2-0,3%	4 – 1,3%	15-5,4%	15-7%	36-2,4%
Реанимационные пособия	-	1	-	1	2-0,13%
Отказ от лечения	20-3%	11-3,6%	9-3,2%	6-2,8%	46-3%
<b>Эффект терапии</b>					
Купирование судорог	87-12,6%	36 – 11,7%	29-10,4%	25-11,7%	177-11,9%
Улучшение сознания	579-84%	255-82,8%	238-85%	178-83,2%	1250-83,8%
Без изменения	23-3,3%	17-5,5%	13-4,6%	11-5,1%	64-4,3%
<b>Дефекты</b>					
Не определена Sp O <sub>2</sub>	331-48%	44-14,3%	31-11%	2-1%	408-27,4%
Не проведена глюкометрия	262-38%	112-36,4%	65-23%	13-6%	452-30,3%
Не снята ЭКГ	438-63,6%	151-49%	31-11%	15-7%	635-42,6%
Ошибка диагностики	23-3,3%	11–3,6%	8-2,9%	6-2,8%	48-3,2%
Полипрогмазия	25-3,6%	9 – 3%	5-1,8%	2-0,9%	41-2,7%
Недостаточный опрос, осмотр и заполнение документации	106-15,4%	43-14%	31-11,1%	21-9,8%	201-13,5%

**Выводы:**

В сравнении пяти лет в динамике к 2017 году благодаря техническому оснащению выездных бригад СМП диагностическим оборудованием электрокардиографами, пульсоксиметрами и глюкометрами улучшилось обследование больных на догоспитальном этапе с судорожными синдромами более чем в 40% случаев: ЭКГ-

исследование на 59%, определение концентрации глюкозы в крови на 32%, определение сатурации O<sub>2</sub> на 47%.

По объему оказанной помощи: 1157 пациентам (77,6%) были введены Бензодиазепины (диазепам, реланиум, седуксен, сибазон, феназепам), противосудорожные препараты (Бензобарбитал) приняли перорально 162 больных – 10,9%, в 366 случаях-24,5% дополнительно с целью купирования судорожного синдрома назначалась сернокислая магнезия, 119 пациентам (8%) вводился метадоксил, 213 больным (14,3%) вводились витамины группы В и С. Гипотензивная терапия проводилась 522 пациентам (35%). 46 пациентов (3%) отказались от лечения (имеется информированный отказ).

В 41 случае (2,7%) выявлена полипрогмазия (назначено более 4 препаратов, из них 2 препарата противосудорожных)

#### **Результат проведенного научного исследования:**

1. За анализируемый пятилетний период 2013-2017г.г. на Норильскую ССМП обратилось за медицинской помощью 14738 пациентов в состоянии алкогольного опьянения и интоксикации, из них с судорожным синдромом алкогольного генеза – 10,1% (1491 больных).

2. Основную группу пациентов с судорожным синдромом алкогольного генеза составляли пациенты от 25 до 45 лет мужского пола. Женщины страдают этой патологией в 7 раз реже.

2. 41% пациентов состояли на диспансерном учете: у нарколога с хроническим алкоголизмом – 30%, 2,4% у психиатра, 2,8% у невролога, 6% с симптоматической АГ, ВИЧ- инфекцией, ВГС, туберкулезом и сахарным диабетом. 71% больных с судорогами - неработающее население. В 2,6% случаев имели инвалидность.

3. 38,4% вызовов были обслужены специализированной психиатрической бригадой. В 97% время прибытия на место вызова до 20 минут.

4. 84,4% пациентов имели синдром отмены. Тонические судороги наблюдались в 86,4% случаев судорог, до 50% пациентов имели адренергический фон. В 5,8% были повторные обращения.

5. На этапе оказания неотложной медицинской помощи были допущены дефекты:

- обследование проведено не в полном объеме: в 27,4% не определена Sp O<sub>2</sub>, не проведена глюкометрия от 38% до 6% в 2017г., не снята ЭКГ от 63,6% до 6% в 2017г. Полнота обследования улучшается с каждым годом.

- ошибки диагностики отмечаются в 3% случаев из-за невозможности собрать полный анамнез, намеренного скрытия информации и трудности дифференциальной диагностики у больных с ЧМТ, ХДЭП и Сахарным диабетом в стадии декомпенсации.

- в 2,7% терапия не была проведена в полном объеме (не проведена стабилизация АД, противосудорожная терапия).

- в 2,7% случаях выявлена полипрогмазия в 2013-2014г.г. (назначено более 4 препаратов, из них 2 препарата противосудорожных).

- в каждой седьмой карте вызова недостаточно полное описание опроса и осмотра больного при заполнении медицинской документации из-за сложности собрать полный анамнез, особенно сопутствующих заболеваний.

6. Наиболее характерной особенностью судорожных припадков при алкоголизме является преобладание генерализованных тонических припадков, их развитие на адренергическом фоне (тахикардия, умеренное повышение АД, потливость, тремор).

7. Характерной особенностью этого контингента больных является полиорганная недостаточность - частое наличие признаков поражения легких (трахеобронхиты, пневмонии), сердечно-сосудистой системы (синусовая тахикардия, аритмия, систолическая артериальная гипертензия) и желудочно - кишечного тракта

(алкогольный гепатит, цирроз печени). Эти признаки помогают распознать алкогольную природу судорожного синдрома.

8. Применение метадоксила, который ускоряет нормализацию нарушенных функций печени, витаминов группы В и С, назначение гипотензивной терапии дало возможность добиться лучшего результата в лечении больных с судорогами алкогольного генеза. У большего числа больных предотвращалось усугубление нарушения сознания, быстрее прояснялось сознание и восстановление ориентирования, реже возникала необходимость проведения ИВЛ. Сократилось время пребывания на вызове и число, направленных на госпитализацию – оставленных дома больных, состоящих на учете у нарколога, возросло с 28% в 2013-2014г.г. до 33,2% в 2017г.

9. Улучшение качества лечения привело к выраженной положительной динамике общего состояния и уменьшения глубины нарушения сознания у большинства пациентов в ближайшие 10-20 минут, и позволило снизить общее количество осложнений и предотвратить летальность больных.

#### **Используемая литература:**

1. Общие особенности синдрома алкогольной абстиненции. Н.В. Стуров, Т.В. Варнакова. РУДН, Москва Журнал для врачей "Трудный пациент", февраль 2009г.
2. Хроническая алкогольная интоксикация. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2007г.
3. Бонитенко Ю.Ю., Ливанов Г.А., Бонитенко Е.Ю., Колмансон М. Л., Васильев С. А. Острая алкогольная интоксикация (патогенез, клиника, диагностика, лечение). СПб.: ИИЦ «Балтика», 2003г.
4. Неотложные состояния в наркологии /под ред. Б.Д. Цыганкова/. М: Медпрактика-М, 2002г.
5. Алкоголизм (Руководство для врачей под ред. П.В. Морозова, В.Е. Рожкова, Э.А. Бабаяна – М.: Медицина, 1983г.
6. Наркология под редакцией Бабаяна Э.А., Гонопольского М.Х. – М.: Медицина, 1987г.
7. Наркомании и токсимании под редакцией Дунаевского В.В., Стяжкина В.Д. – Л.: Медицина, 1991г.
8. Руководство по наркологии 2-е издание под редакцией Шабанова П.Д.– СПб.: Лань, 1999г.

### **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 2 Г. КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.2016 ГОД- 01.01.2018 ГОД**

Врублевский М. В., Дорогайкина Е. А., Моткин Е. А., Кривенко О.И., Касьянова О. А., Черемисин С.И., Автушко Е. Н., Полякова Е. Н.  
КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

Сравнительный анализ структуры острых нарушений мозгового кровообращения за периоды: 01.01.2016г.-01.01.2017г. и 01.01.2017г.-01.01.2018г.

Наименование	01.01.2016г.- 01.01.2017г.		01.01.2017г.- 01.01.2018г.		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Инсульт неуточненный (ОНМК)	1421	76,0%	1225	81,8%	2646	78,6%
Инфаркт мозга (тромбоэмический)	192	10,3%	85	5,7%	277	8,2%

инсульт)						
Кровоизлияние внутримозговое (геморрагический инсульт)	27	1,4%	11	0,8%	38	1,1%
Синдром вертеобразной артерии (вертебробазилярная недостаточность - ВББ)	208	11,1%	159	10,6%	367	10,9%
Субарахноидальное кровоизлияние (САК)	23	1,2%	17	1,1%	40	1,2%
Всего	1871	100%	1497	100%	3368	100%
		55,6%		44,4%		100%

Всего за период 01.01.2016г.-01.01.2018г. выполнено 3368 вызовов к пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, из них за период 01.01.2016г.-01.01.2017г. выполнено 1871 вызов (55,6% от общего количества выполненных вызовов за общий период), за 01.01.2017г.-01.01.2018г выполнено 1497 вызовов (44,4%).

По структуре обращаемости наибольшее количество вызовов пришлось на пациентов с неуточненным инсультом. Так за период 01.01.2016г.-01.01.2017г. к таким пациентам выполнено - 1421 вызовов (76,0% от общего числа вызовов за данный календарный период), а за период 01.01.2017-01.01.2018г. выполнено – 1225 вызовов (81,8%). Всего выполнено вызовов к пациентам с неуточненным инсультом – 2646, что составило 78,6% от общего количества обращений с нарушениями мозгового кровообращения за общий период с 01.01.2016г. по 01.01.2018г.



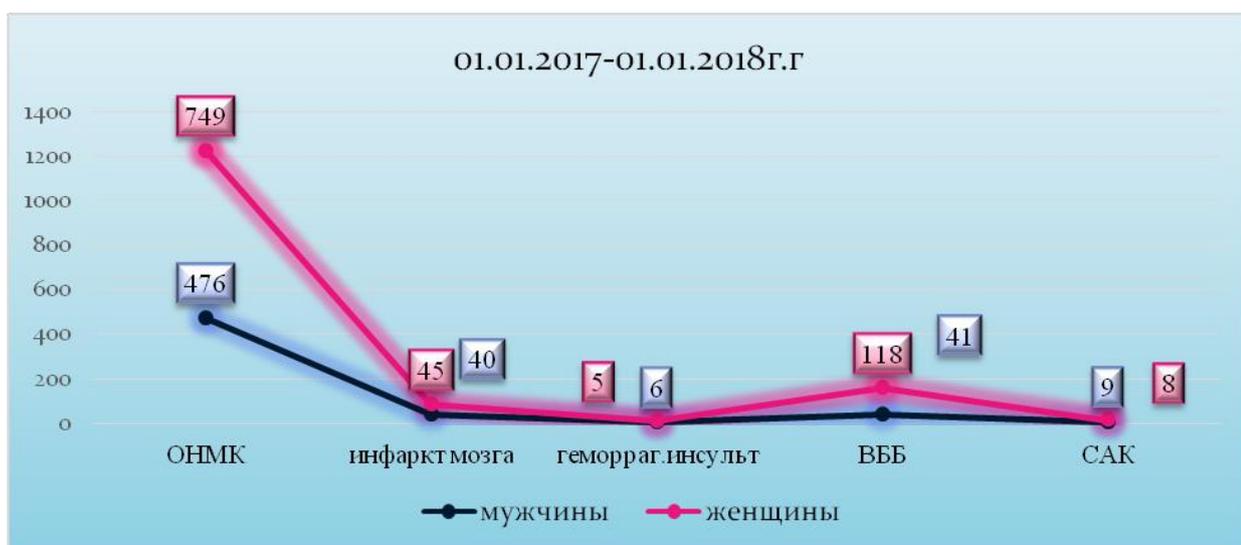
Сравнительный анализ структуры нарушений мозгового кровообращения по половому признаку

Наименование	01.01.2016г.-01.01.2017г.			
	мужчины		женщины	
	Кол-во	%	Кол-во	%
ОНМК	1065	74,9%	1225	81,8%
инфаркт мозга	167	11,9%	85	5,7%
геморрагич. инсульт	23	1,6%	11	0,8%
ВББ	188	13,4%	159	10,6%
САК	27	1,9%	17	1,1%
Всего	1421	100%	1497	100%

Инсульт неуточненный (ОНМК)	537	37,8%	884	62,2%
Инфаркт мозга (тромбоишемический инсульт)	83	43,2%	109	56,8%
Кровоизлияние внутримозговое (геморрагический инсульт)	16	59,3%	11	40,7%
Синдром вертеобразной артерии (вертебробазилярная недостаточность - ВББ)	36	17,3%	172	82,7%
Субарахноидальное кровоизлияние (САК)	13	56,5%	10	43,5%
Всего	685	36,6%	1186	63,4%

Наименование	01.01.2017г.-01.01.2018г.			
	мужчины		женщины	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Инсульт неуточненный (ОНМК)	476	38,9%	749	61,1%
Инфаркт мозга (тромбоишемический инсульт)	40	47,1%	45	52,9%
Кровоизлияние внутримозговое (геморрагический инсульт)	6	54,5%	5	45,5%
Синдром вертеобразной артерии (вертебробазилярная недостаточность - ВББ)	41	25,8%	118	13
Субарахноидальное кровоизлияние (САК)	9	52,9%	8	47,1%
Всего	571	38,1%	926	61,9%





Из вышеприведенных таблиц и диаграмм видно, что более половины вызовов пришлось на женщин, так за период 01.01.2016г.-01.01.2017г. зарегистрировано 1186 обращений (63,4% от общего числа за данный календарный период); за период 01.01.2017г.-01.01.2018г. – 926 вызовов (61,9%). Из всех нарушений мозгового кровообращения мужчины оказались подвержены чаще, чем женщины субарахноидальным кровоизлияниям: за 01.01.2016г.-01.01.2017г. - 13 обращений (56,5% от общего числа САК за данный календарный период), за 01.01.2017г.-01.01.2018г. – 9 обращений (52,9%); и кровоизлияниям внутримозговым (геморрагический инсульт): за период 01.01.2016г.-01.01.2017г. - 16 обращений (59,3%), за период 01.01.2017г.-01.01.2018г. – 6 обращений (54,5%).

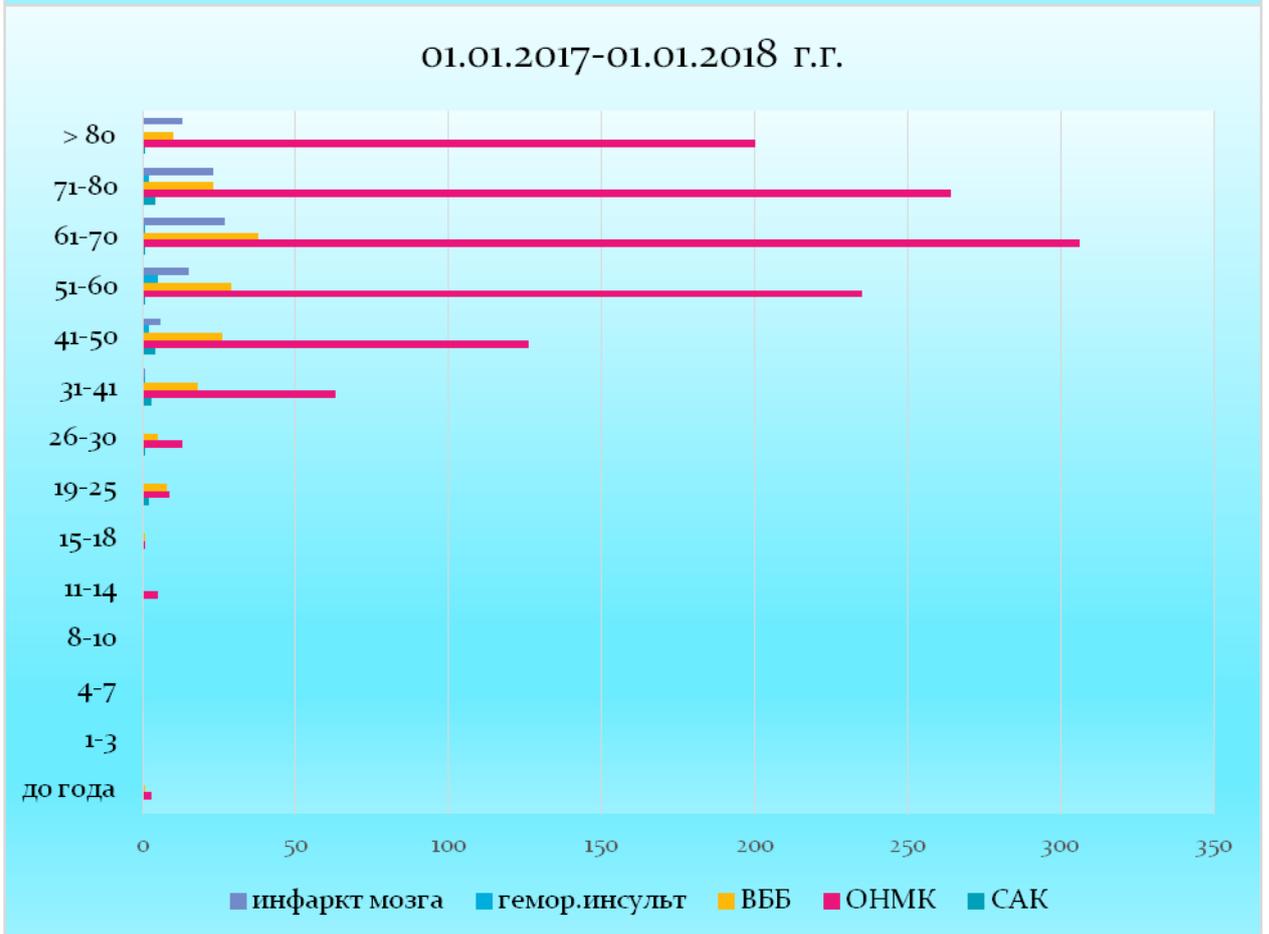
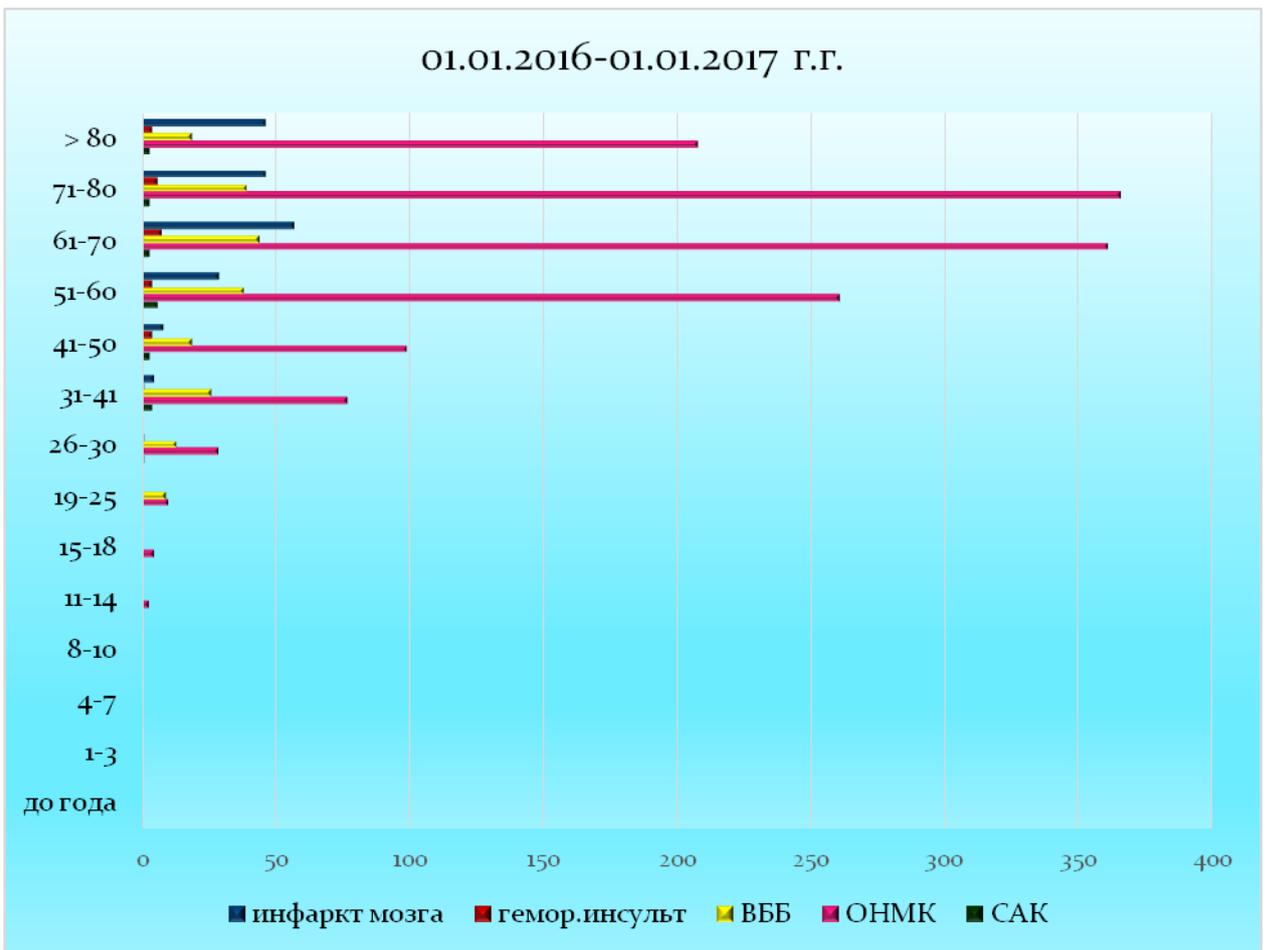
Сравнительный анализ структуры нарушений мозгового кровообращения по возрасту.

01.01.2016г. – 01.01.2017г.

	САК		ОНМК		ВББ		Геморрагич. инсульт		Инфаркт мозга	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%
До года	-	-	1	0,1	-	-	-	-	1	0,5
1-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4-7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8-10	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-
11-14	-	-	3	0,2	1	0,5	-	-	-	-
15-18	-	-	5	0,4	-	-	-	-	-	-
19-25	-	-	10	0,7	9	4,3	-	-	-	-
26-30	1	4,4	29	2,0	13	6,3	1	3,7	-	-
31-41	4	17,4	77	5,4	26	12,5	1	3,7	5	2,6
41-50	3	13,0	99	6,9	19	9,1	4	14,8	8	4,2
51-60	6	26,2	261	18,4	38	18,3	4	14,8	29	15,0

61-70	3	13,0	361	25,4	44	21,2	7	26,0	57	29,7
71-80	3	13,0	366	25,8	39	18,7	6	22,2	46	24,0
>80	3	13,0	208	14,6	19	9,1	4	14,8	46	24,0
Всего	23	100	1421	100	208	100	27	100	192	100

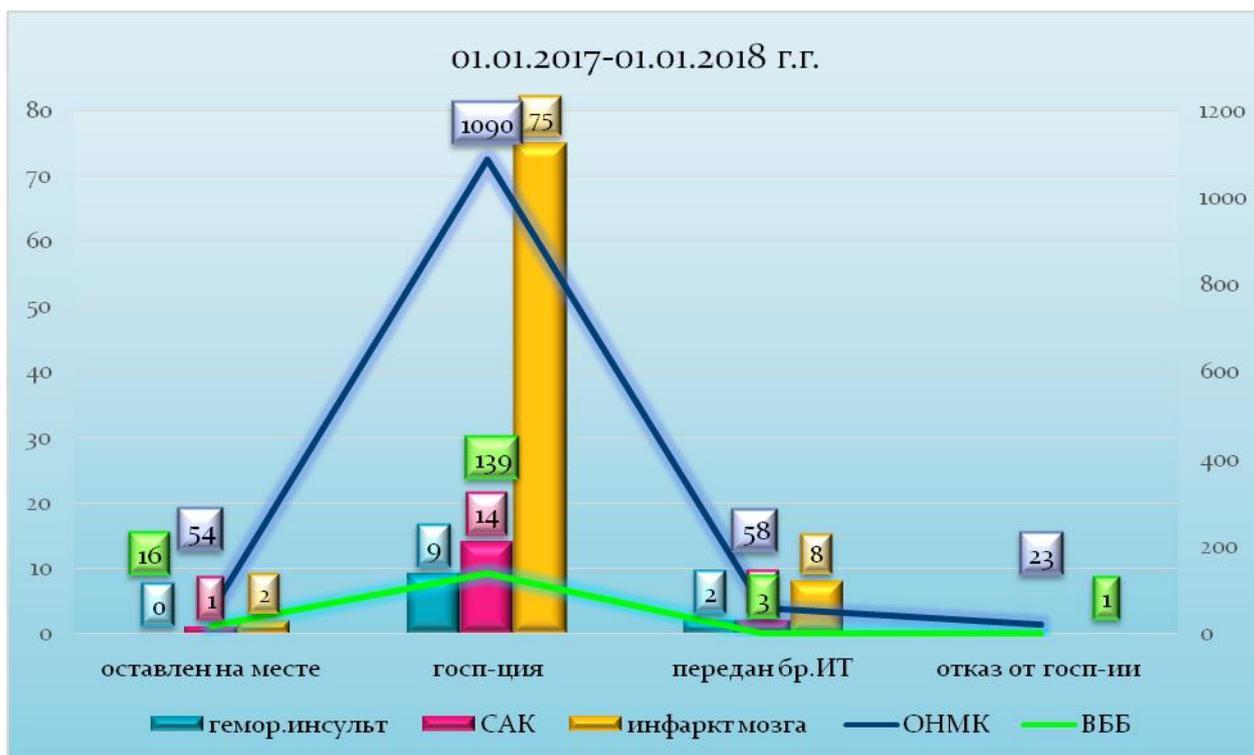
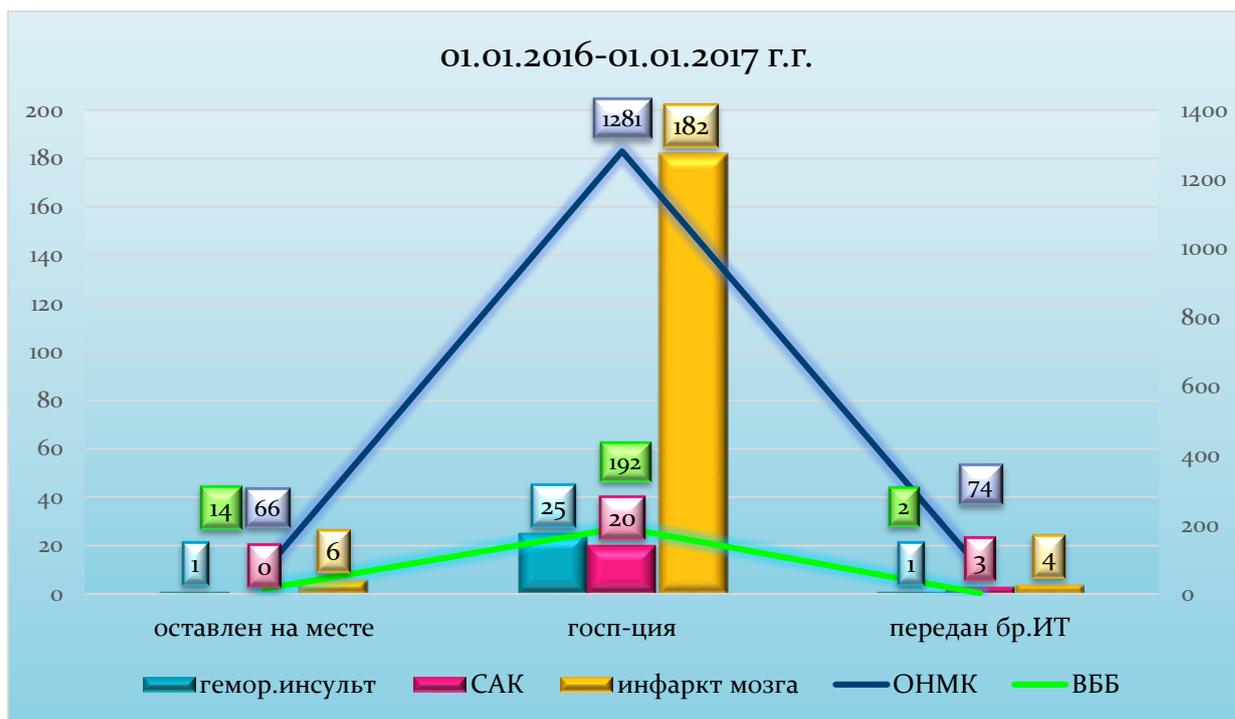
01.01.2017г. – 01.01.2018г.										
	САК		ОНМК		ВББ		Геморрагич. инсульт		Инфаркт мозга	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%
До года	-	-	3	0,2	1	0,6	-	-	-	-
1-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4-7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8-10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11-14	-	-	5	0,4	-	-	-	-	-	-
15-18	-	-	1	0,1	1	0,6	-	-	-	-
19-25	2	11,8	9	0,7	8	5,1	-	-	-	-
26-30	1	5,9	13	1,1	5	3,1	-	-	-	-
31-41	3	17,6	63	5,1	18	11,3	1	9,1	1	1,2
41-50	4	23,5	126	10,3	26	16,4	2	18,2	6	7,0
51-60	1	5,9	235	19,2	29	18,2	5	45,4	15	17,6
61-70	1	5,9	306	25,0	38	23,9	1	9,1	27	31,8
71-80	4	23,5	264	21,6	23	14,5	2	18,2	23	27,1
>80	1	5,9	200	16,3	10	6,3	-	-	13	15,3
Всего	17	100	1225	100	159	100	11	100	85	100



Наибольшее количество обращений с острым нарушением мозгового кровообращения пришлось на возрастные категории от 60 до 80 лет.

Сравнительный анализ структуры нарушений мозгового кровообращения по результату выезда.

Результат выезда	Оставлен на месте		Доставлен на госпитализацию		Передан бригаде ИТ		Отказ от госпитализации		
Кровоизлияние внутримозговое (геморрагический инсульт)	01.01.2016-01.01.2017 г.г.								
	1	3,7%	25	92,6%	1	3,7%	-	-	
	01.01.2017-01.01.2018 г.г.								
	-	-	9	81,8%	2	18,2%	-	-	
Субарахноидальное кровоизлияние (САК)	01.01.2016-01.01.2017 г.г.								
	-	-	20	87,0%	3	13,0%	-	-	
	01.01.2017-01.01.2018 г.г.								
	1	5,9%	14	82,3%	2	11,8%	-	-	
Инфаркт мозга (тромбоишемический инсульт)	01.01.2016-01.01.2017 г.г.								
	6	3,1%	182	94,8%	4	2,1%	-	-	
	01.01.2017-01.01.2018 г.г.								
	2	2,4%	75	88,2%	8	9,4%	-	-	
Инсульт неуточненный (ОНМК)	01.01.2016-01.01.2017 г.г.								
	66	4,7%	1281	90,1%	74	5,2%	-	-	
	01.01.2017-01.01.2018 г.г.								
	54	4,4%	1090	89,0%	58	4,7%	23	1,9%	
Синдром вертеброобразной артерии (ВБА)	01.01.2016-01.01.2017 г.г.								
	14	6,7%	192	92,3%	2	1,0%	-	-	
	01.01.2017-01.01.2018 г.г.								
	16	10,1%	139	87,4%	3	1,9%	1	0,6%	



В силу тяжести патологии практически все пациенты доставлены в стационар на госпитализацию с процентным колебанием от 81,8% до 94,8%.

Заключение.

Инсульты характеризуются многообразием причин, вызывающих заболевание. Доказано, что этиология инсульта у женщин и мужчин в некоторых случаях различается. Причины инсульта женщин, в основном, лежат в плоскости патофизиологии фертильного периода и менопаузы, у мужчин они чаще обусловлены профессиональными рисками и вредными привычками.

Инсульт является одной из 10 наиболее частых причин преждевременной смерти, находится на втором месте после ишемической болезни сердца и опережает все виды рака. Что касается России, то у нас ежегодный показатель заболеваемости инсультом составляет 450 тыс. человек, что позволяет сравнивать его с эпидемией.

От инсульта страдают люди всех возрастов, однако больше всего предрасположены к нему пожилые: у тех, кто достиг 60 лет, вероятность заболеть резко повышается, а затем удваивается за каждые 10 прожитых лет. 75 % всех зафиксированных диагнозов инсульта составляют случаи у людей от 60 лет и старше.

Особенности клинического течения и последствия инсультов у лиц пожилого возраста мало зависят от пола. Заболевание обычно протекает на фоне выраженного неврологического дефицита с высоким уровнем инвалидизации. Это объясняется сложным состоянием здоровья до инсульта: хроническими болезнями, возрастными изменениями структур головного мозга. У пациентов после 60 лет в три раза увеличивается риск рецидивов инсульта в сравнении с лицами, перенесшими инсульт в молодом возрасте.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЛУЖБ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ  
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ И КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ  
МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ  
ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП 23.02.2018 В ЧЕБУЛИНСКОМ РАЙОНЕ  
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Вятский И.Е.

КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф»

Информация о чрезвычайной ситуации (далее – ЧС) возникшей в результате ДТП в Чебулинском районе Кемеровской области поступила оперативному дежурному КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф» (далее – КТЦМК) от оперативного дежурного ГО и ЧС Красноярского края в 08:00 23.02.2018.

В соответствии с докладом оперативного дежурного КГБУЗ «Кемеровский областной центр медицины катастроф» (далее – КОЦМК):

На 424-м км. трассы Р-255 «Сибирь» на участке Новосибирск-Красноярск в Чебулинском районе Кемеровской области произошло столкновение автобуса следовавшего рейсом Красноярск-Шерегеш (горнолыжный курорт Кемеровской области) и большегрузного автомобиля (фуры). Из 52 человек (в автобусе 2 водителя и 49 пассажиров; водитель фуры) пострадало – 20, из них на месте ДТП, до приезда бригад скорой медицинской помощи, скончалось 5 человек (в том числе водитель большегрузного автомобиля) и 1 пострадавший, доставленный с места ДТП попутным транспортом, скончался через 40 мин. после госпитализации в Чебулинскую РБ.

Пораженных (14 человек), бригадами СМП, эвакуировали в Чебулинскую РБ. Откуда 9 человек бригадами ССМП г. Мариинска были доставлены в Мариинскую ГБ (травмоцентр 2 уровня). Утром 23.02.2018 два человека с наиболее тяжелыми травмами бригадой СМП КОЦМК были доставлены в МАУЗ «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово (далее – ОКБСМП г. Кемерово).

На основании полученных данных министром здравоохранения Красноярского края принято решение эвакуировать в Красноярск 12 пораженных (из них 3 носилочных) из Чебулинской РБ и Мариинской ГБ.

В 09:50 из Красноярска вылетел вертолет с авиамедицинской бригадой в составе 2 врача-реаниматолога и фельдшер, прибытие в Мариинск 12:00. В 15:00 вертолет санавиации произвел посадку на площадку о.Татышев, откуда пострадавшие, силами бригады экстренного реагирования КТЦМК, 2 бригад отделения плановой и

экстренной консультативной помощи КГКУЗ «Краевая клиническая больница» (далее – ККБ) и микроавтобуса МЧС, в 15:15 доставлены в приемный покой ККБ.

Самостоятельно в ККБ 23.02.2018 с 18.44 до 21.00 обратилось 5 человек. Всего в ККБ обратилось за медицинской помощью 17 пострадавших в ДТП произошедшим в Чебулинском районе Кемеровской области 23.02.2018. Из них госпитализировано 10 человек (2 в тяжелом состоянии, 8 – в состоянии средней степени тяжести), направлены на амбулаторное лечение 7 человек.

Из 10 госпитализированных 23.02.2018 в ККБ, 26.02.2018 выписаны на амбулаторное лечение 6 пострадавших и 27.02.2018 – 2. Один из наиболее тяжелых пораженных, с диагнозом: ЗЧМТ. СГМ. Закрытая не осложненная травма позвоночника. Перелом поперечных отростков L5 с обеих сторон. Вертикальный перелом тела S1 Перелом дужек крестца, разрыв КПС справа, разрыв лонного симфиза. Левосторонний коксартроз 1-2 ст., 23.02.2018 госпитализирован в ОАР № 1; 27.02.2018 переведен в отделение сочетанной травмы; 16.03.2018 выписан из ККБ на амбулаторное лечение. Второй с диагнозом: ЗЧМТ. СГМ. Перелом 7-12 ребер слева. Ушиб легких Ушиб левого коленного сустава. Множественные ушибы мягких тканей грудной клетки, обеих голени, обеих бедер, 23.02.2018 госпитализирована в ОАР №1; 25.02.2018 переведена в отделение торакальной хирургии; 16.03.2018 выписан на амбулаторное.

Один из пострадавших, в связи с тяжестью их поражения оставленных в ОКБСМП г. Кемерово, 07.03.2018 родственниками в состоянии средней тяжести доставлена из Кемеровской областной больницы и госпитализирована в отделение сочетанной травмы; 26.03.2018 выписан на амбулаторное лечение. Второй, в тяжелом состоянии 20.03.2018 доставлен авиомедицинской бригадой отделения плановой и экстренной консультативной помощи ККБ из Кемеровской областной больницы, госпитализирована в ОАР № 1, 03.05.2018 переведен в отделение нейрохирургии ККБ где проходит лечение по настоящее время.

Несмотря на удаленность от крупных населенных пунктов, ночное время суток, в момент ДТП, четко организованное взаимодействие Служб медицины катастроф Красноярского края и Кемеровской области позволило своевременно оказать медицинскую помощь и эвакуировать всех пострадавших вовремя, без задержек.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ №2 Г. КРАСНОЯРСКА В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ОТ 0 ДО 18 ЛЕТ Кимяева Г.А.

КГБУЗ «КССМП» г. Красноярск

Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме болезни органов дыхания у детей. В данной статье проанализированы статистические данные по подстанции №2 в Кировском районе г. Красноярска за период 2015-2017г. Дана оценка заболеваемости острым бронхитом в различных возрастных группах. Проведена оценка оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Предложены пути снижения заболеваемости бронхолегочной патологией.

Цель исследования: оценить заболеваемость детей острым бронхитом и оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Болезни органов дыхания являются одним из наиболее значимых разделов педиатрии. По данным разных источников заболеваемость острым бронхитом составляет в среднем по России 75-250 на 1000 детей в год[1]. В структуре детских болезней безусловным лидером является острый бронхит- диффузный воспалительный процесс в бронхах в отсутствии инфильтративных изменений в паренхиме легких. Наиболее часто острый бронхит встречается у детей до 3 лет и чаще всего является

проявлением респираторной вирусной инфекции. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, высокой заболеваемостью в этом возрасте.

Классификация :

Острый бронхит - острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами (j 20.0 – j20.9)

Критерии диагностики: субфебрильная температура, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких.

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции- чаще встречается у детей до 1 года на фоне вирусной инфекции.

Критерии диагностики: отдышка экспираторного характера, свистящее дыхание, рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких.

Рецидивирующий бронхит - повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза в год и более в течение одного года на фоне респираторных вирусных инфекций (j40.0)

Критерии диагностики соответствуют клиническим признакам острого бронхита.

Хронический бронхит - хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов (j41.0)

Критерии диагностики: продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких, при наличии не менее 2-3 раз обострений в год на протяжении 2 и более лет подряд

Неотложная помощь на догоспитальном этапе детям с синдромом бронхиальной обструкции.

1.Ингаляционные В 2- агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9 % раствор натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора со спейсером с соответствующей лицевой маской.

а) сальбутамол на прием 0,15мл./кг, максимально 2,5мл. менее 6 лет, 5 мл. старше 6 лет, либо 1-2 ингаляции дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер.

б) фенотерол + ипратропия бромид на прием 2 капли /кг, максимально 10 капель- 0,5 мл. детям менее 6 лет и 1,0 мл.- старше 6 лет, либо 1-2 ингаляции через спейсер.

в) при прогрессирующем нарастании дыхательной недостаточности ингаляционные кортикостероиды через небулайзер - будесонид, в среднем 250-500мкг.

2 ингаляция увлажненного кислорода через лицевую маску.

Таблица 1

Заболеваемость острым бронхитом у детей за период 2015-2017гг.

Всего по подстанции	До 1года	1-3года	4-7лет	8-10лет	11-14лет	15-18лет
2015г. 421 100%	147 34,9%	129 30,64%	109 25,8%	18 4,2%	16 3.8%	2 0.47%
2016г. 455 100%	148 32,5%	148 32,5%	119 26,1%	22 4,8%	13 2.8%	5 1%
2017г. 409 100%	145 35.4%	139 33.9%	82 20%	17 4,1%	20 4.8%	6 1.4

Заболеваемость острым бронхитом за период 2015-2017гг сохраняется стабильно высокой в возрастной группе до 3 лет.

Таблица 2

Процентное соотношение острого бронхита к общему количеству детских вызовов обслуженных по подстанции №2.

Годы	Кол-во вызовов	Острый бронхит
2015г.	15098 100%	421 2.7%
2016г.	16058 100%	455 2.8%
2017г.	15506 100%	409 2.6%

Наблюдается незначительное снижение заболеваемости острым бронхитом в 2017г. На 1000 детей в год составляет 67-73 случая за период 2015-2017гг.

Таблица 3

Оценка заболеваемости острым бронхитом по тяжести состояния.

Всего по подстанции за 2015-2017гг.	Тяжесть	
	Средняя	Тяжелая
1285	1248 97,2%	35 2.72%

Состояние детей на догоспитальном этапе в основном расценивается как средней тяжести.

Таблица 4

Оценка оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе по тяжести.

Всего по подстанции	Средняя степень тяжести	Тяжелая
1283	1248	35
Ингаляция увлажненного кислорода через лицевую маску	411 97.2%	30 2.3%
Сальбутамол	510	13
Беродуал	32	1
Преднизолон	359	25
Пульмикорт	3	1

Помощь на догоспитальном этапе соответствует стандартам оказания неотложной помощи и степени тяжести состояния.

Выводы :

1. Заболеваемость острым бронхитом по подстанции №2 в Кировском районе г. Красноярск составляет 70 случаев на 1000 детей в год, что находится на нижней границе среднестатистических данных по России.
2. Дети в возрасте до 3 лет наиболее часто болеют острым бронхитом.
3. Тяжесть состояния в большинстве случаев расценивается как средней тяжести.
4. Помощь на догоспитальном этапе соответствует стандартам оказания скорой и неотложной медицинской помощи.
5. Введение неинвазивных методов лечения – небулайзерной терапии, значительно улучшает качество оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Меры профилактики и пути снижения заболеваемости острым бронхитом .

1. Активная иммунизация против вакциноуправляемых инфекций.
2. Борьба с загрязнением воздуха в городе.
3. Борьба с пассивным курением.
4. Санпросветработа с родителями на вызовах.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом. М.:2015г. А.А.Баранов. [4-5,9]
2. «Бронхообструктивный синдром у детей». Д.Ю.Овсянников. Журнал «Астма и аллергия» 1/2014г.[13]
3. Классификация МКБ-10
4. «Острый бронхит у детей. Состояние проблемы, актуальные пути решения» И.Д.Сорока. Педиатрия 2013г №6
5. «Болезни органов дыхания. Практическое руководство» В.К.Таточенко М.:2012г.
6. «Скорая медицинская помощь. Национальное руководство» Под ред.С.Ф.Багненко. М.:2015г

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОНМК И ОКС В БСМП. ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОГО КОРПУСА БОЛЬНИЦЫ**

Коган А.Б.<sup>1</sup>, Любченко А.А.<sup>1,2</sup>, Любченко М.А.<sup>2</sup>  
 КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича<sup>1</sup>  
 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого<sup>2</sup>  
 г. Красноярск

Сосудистый центр БСМП создан в декабре 2011 года на базе двух отделений: неврологии и кардиологии, в каждом из которых имелись палаты реанимации и интенсивной терапии (по 6 коек).

В 2012 году открылся кабинет рентгенихирургических методов лечения.

В 2015 году в структуре БСМП и ПСЦ открылись ОРИТ №2 («нейрореанимация» на 12 коек) и ОРИТ №3 («кардиореанимация» на 12 коек), кабинет РХМДЛ реорганизован в отделение РХМДЛ с круглосуточным режимом работы.

Руководитель ПСЦ – заместитель главного врача по медицинской части.

**КГБУЗ «КМК БСМП им. Н.С.КАРПОВИЧА»  
 Структура Сосудистого центра ( 2012 г.)**

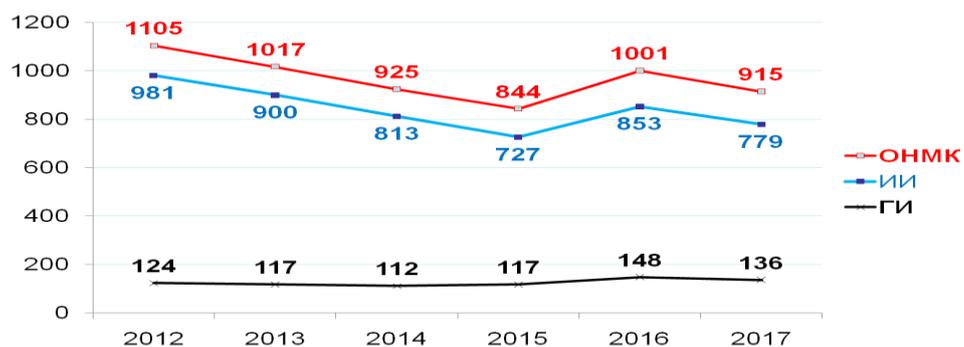




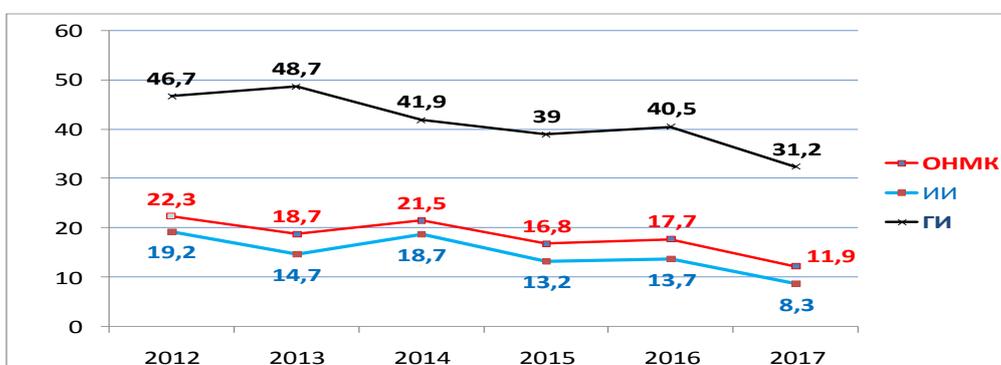
## Целевые показатели МЗ КК

Летальность	2017-2018	БСМП I квартал
Ишемический инсульт	14%	12,6
Геморрагический инсульт	40%	37,8

## ОНМК. Количество



## ОНМК. Летальность %



Новые технологии в лечении пациентов с ОНМК:

Тромбоэкстракции при ишемическом инсульте. Все больные с ишемическим инсультом рассматриваются как пациенты с вероятной необходимостью проведения тромбоэкстракции.

На 2018 год запланировано:

Тромболизисов – 5 % от количества ишемических инсультов (примерно 45 чел.); Тромбоэкстракций при ишемических инсультах – 40.

Доля госпитализаций из прикрепленных районов - 10%.

Проводится и планируется повышение квалификации сотрудников:

- участие на циклах тематических усовершенствований КрасГМУ: все специалисты по графику своих специальностей и врачи анестезиологи-реаниматологи дополнительно на циклах неврологии и кардиологии.

- зарубежная стажировка мультидисциплинарной бригады (невролог, анестезиолог-реаниматолог, врач рентген-хирург, врач КТ) – эндоваскулярное лечение при остром ишемическом инсульте

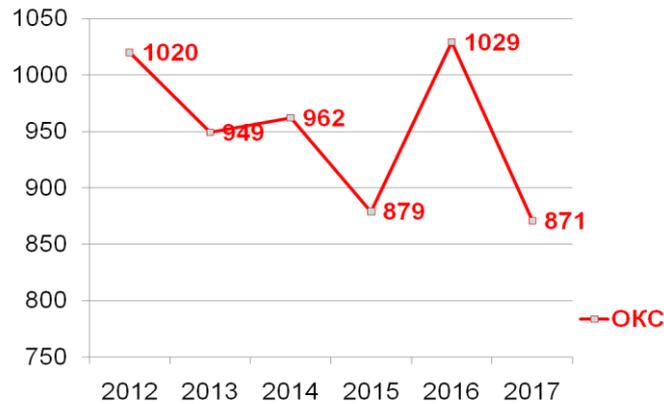
Проведение мастер-классов, выездное обучение мультидисциплинарной бригады (невролог, анестезиолог-реаниматолог, логопед, врач ЛФК, медицинский психолог) - г. Екатеринбург, Клиника института мозга, обучение на рабочем месте в РСЦ.

- Участие в Краевых конференциях с результатами работы ПСЦ;
- Выступление на Конференциях разного уровня;
- Выступление в СМИ.

## Целевые показатели МЗ КК

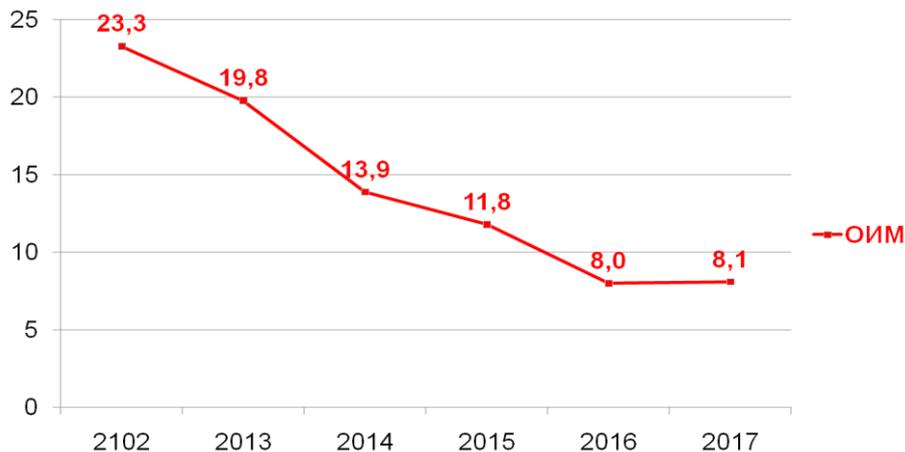
Летальность	2017-2018	БСМП I квартал
ОКС	4,5%	3,2%
ОИМ	9,5%	7,0%

## ОКС



За пять лет летальность от инфаркта миокарда снизилась почти в три раза.

## Летальность ОИМ (%)



В 2018 году введена должность заместителя главного врача по анестезиологии-реанимации. Это должно улучшить помощь больным, находящимся в критическом состоянии. Планируется дополнительное открытие двух реанимационных отделений общей мощностью 24 койки.

После ввода в эксплуатацию нового приемно-диагностического корпуса с операционными и отделениями реанимации планируется изменение подходов к организации медицинской помощи для больных с ОНМК и ОКС.

**НОВЫЙ КОРПУС**  
(приемно-диагностическое отделение)



Оптимальный алгоритм действий (совместно с МЗ КК, ККБ №1 и СФУ)



**Приемно-диагностическое отделение:**

- Невролог, КТ, КДЛ...
  - Реанимационный зал
  - R- и нейрохирургические операционные
  - ОРИТ № 2
- } **1 этаж**  
- **2 этаж**

**НОВЫЙ КОРПУС**  
(приемно-диагностическое отделение)



Оптимальный алгоритм действий



**Приемно-диагностическое отделение:**

- Кардиолог, ЭКГ, КДЛ ...
  - Реанимационный зал
  - R-операционная
  - ОРИТ № 3
- } **1 этаж**  
- **3 этаж**

Для пациентов будет обеспечено:

- повышение доступности медицинской помощи;
- своевременность выполнения всех необходимых диагностических исследований и лечебных мероприятий;

- повышение уровня качества медицинской помощи;
- улучшение условий пребывания в ОРИТ;

Для медицинского персонала:

- выполнение утвержденных МЗ РФ и МЗ КК Порядков оказания медицинской помощи;

- минимизация времени на установку диагноза и принятия решения для немедленного оказания необходимых лечебных мероприятий;
- выполнение целевых показателей летальности;
- обеспечение преемственности работы всех специалистов приемного отделения и смежных отделений и служб;
- комфортные условия для работы;
- соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии;
- мотивация для качественной работы.

## ТРОМБОЛИЗИС. МЕТАЛИЗЕ. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП.

Мота О.И.

ККБУЗ «КССМП» г. Красноярск

С ноября 2010г бригады скорой помощи применяют препарат для тромболитической терапии - Метализе, при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST. Цель терапии - провести тромболизис в первые 2 часа от начала болевого синдрома, прервать инфаркт миокарда, спасти миокард от ишемического поражения.

Препарат Метализе (тенектеплаза), разработанный компанией "Берингер Ингельхайм", обладает повышенной специфичностью к фибрину, устойчивостью к ингибитору активатора плазминогена, не потенцирует агрегацию тромбоцитов, чем снижает риск повторной окклюзии после ТЛТ по сравнению с альтеплазой, что повышает безопасность препарата для пациента.

На этапе скорой помощи ТЛТ сочетается с антитромбоцитарной терапией, низкомолекулярным гепарином и аспирином. Это сочетание улучшает результаты лечения у больных с ОИМ, уменьшает реинфаркты в течение первой недели лечения, снижает риск геморрагических осложнений (при дозировке по весу больного). На догоспитальном этапе ТЛТ Метализе проводится обученным медицинским персоналом специализированных бригад, линейных врачебных бригад, препарат вводится внутривенно, однократно, болюсно.

Показания к лечению Метализе: ангинозный приступ более 20 минут, элевация с.ST 2мм и более в двух отведениях от конечностей и V4-V9, или 2мм и более в отведениях V1-V3, новая блокада левой ножки Гиса. Дополняем лечение ОИМ плагрилом и клексаном. Плагрил (клопидогрел) - антиагрегант, селективно ингибирует связывание АДФ с его рецепторами на поверхности тромбоцита и активацию комплекса GP IIb/IIIa под действием АДФ, ингибируя агрегацию тромбоцитов. Даём пациенту нагрузочную дозу 300мг, однократно. Пожилым людям старше 75 лет – 75мг, однократно. Клексан - антикоагулянт, низкомолекулярный гепарин с массой 4,500 дальтон. В сравнении с гепарином у него нет синдрома отмены, нет резистентности, меньше побочных эффектов и осложнений для пациента. Препарат в шприц-тюбике в дозе 8000 анти-ха МЕ/0,8мл (эквивалентно 80мг/0,8мл).

Главными для проведения ТЛТ Метализе являются постановка DS: Острого инфаркта миокарда с подъёмом ST или острого коронарного синдрома с подъёмом ST с болевым синдромом от 20 минут до 2-х часов от начала болей в сердце.

Противопоказана ТЛТ Метализе при любом кровотечении, подозрении на расслаивающую аневризму грудного отдела аорты, перенесённый геморрагический инсульт, ОНМК неизвестной этимологии, острую пептическую язву, аневризму сосудов головного мозга, сосудистую мальформацию, тяжелую дисфункцию печени, острый панкреатит, цирроз, острый и хронический гепатит, ЗЧМТ в течение 2-х последних месяцев, хирургические вмешательства, роды или аборт в течение 7 последних дней, новообразования, повышенная чувствительность к тенектеплазе.

Относительно противопоказана ТЛТ Метализе при тяжёлой форме артериальной гипертензии, при АД 190/100, следует снижать АД до 150/80, затем проводить СТЛ. Также относительно противопоказана длительная (более 10 минут) сердечно-лёгочная реанимация, приём антикоагулянтов: варфарина, синкумара, фенилина; тяжёлая сосудистая деменция, тяжёлое нарушение функции почек, печени; острый панкреатит, острый перикардит, подострый эндокардит, язвенная болезнь желудка и ДПК в стадии обострения; беременность.

При лечении Метализе важен подбор дозы препарата по массе тела пациента. Максимальная доза не должна превышать 10 000 ЕД (50мг тенектеплазы) при весе 90кг и более.

Врачами специализированных и линейных бригад подстанции №5 за период с 2015г по 2017г ТЛТ Метализе проведена 55 пациентам с ОИМ в сочетании с аспирином, плагилом и клексаном.

Мною, за тот же период, терапия Метализе проводилась 12 пациентам (21,8% от всех больных ОИМ). В 10 случаях из 12 это были мужчины: до 60 лет (6 человек), от 60 до 70 лет (2 человека), старше 70 лет (2 человека). Женщины: 2 человека в возрасте от 60 до 70 лет.

Все больные были доставлены в ККБ №1, где при записис ЭКГ была положительная динамика в снижении сегмента ST у 10 пациентов, также полностью был купирован болевой синдром. полностью исчезли признаки ОИМ у 1 пациента. У 2-х наблюдались реперфузионные частые желудочковые экстрасистолы, после в/в введения кордарона 300мг-6мл, они были купированы.

Выводы: на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи, при развитии ОИМ, введение Метализе обосновано и необходимо. Препарат удобен в применении – вводится однократно, болюсно, внутривенно. После лечения Метализе снижается зона ишемии миокарда, увеличивается вероятность "прерванного" инфаркта миокарда, происходит улучшение качества жизни больных, уменьшаются расходы на реабилитацию и лечение осложнений.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ

Попова Е.А.<sup>1,2</sup>, Рахманова Е.А.<sup>1</sup>, Любченко А.А.<sup>1,2</sup>, Шиврина Т.Г.<sup>1</sup>, Большакова М.А.<sup>1,2</sup>, Рахманов Р.М.<sup>1,2</sup>, Попов А.А.<sup>1,2</sup>, Филяков А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
г. Красноярск

### Краткий обзор

Больные с диагнозом «отравление наркотиками и психодислептиками», другими психоактивными веществами (ПАВ), в среднем составляют до 20% и более всех экстренно поступающих в токсикологические отделения. Структура острых отравлений такими веществами по данным различных токсикологических центров широко варьирует: - от 40 до 74% случаев представлена отравлениями медикаментами, преимущественно психотропного действия, и от 12 до 20% - наркотиками. Не успела отгреметь «слава» Спайсов, как рынок психоактивных веществ начинает завоевывать новый наркотик – «Скорость». В 2010 году «Скорость» и ее производные были внесены в список первого перечня наркотических средств, подлежащих обязательному контролю. «Скорость» — синтетический наркотик, представляет собой синтетическую версию метамфетамина и известна как  $\alpha$ -PVP (производное средства N-метилэфедрон).

Патологическое воздействие на организм обусловлено способностью вещества блокировать реабсорбцию допамина и норадреналина, что приводит к длительному

нахождению их в синапсах. Иначе говоря, активизирующие нейромедиаторы и гормоны пребывают длительное время в избыточных количествах в местах взаимодействия нервных клеток, что и обуславливает появление состояния измененного сознания. Кроме того, затруднение их высвобождения влечет повышение концентрации, что может повлечь фатальные последствия.

Типичные симптомы после приема «Скорости» представляют собой следующий перечень:

- тахикардия;
- повышение артериального давления;
- покраснение кожных покровов;
- сильный подъем температуры тела;
- бессонница, утрата аппетита;
- желудочно-кишечные расстройства;
- расширение зрачков;
- бруксизм (скрежет зубами);
- головная боль;
- одышка.

Кроме того, возможно развитие серотонинового синдрома. Серотониновый синдром характеризуется нервно-мышечными и вегетативными патологиями: сильной гипертермией (до 42 градусов), двигательным беспокойством, эпилептическими приступами, нарушением координации и мышечными «тиками», непроизвольными колебаниями глазных яблок, расстройствами чувствительности конечностей.

Интоксикация при употреблении сопровождается ростом количества продуктов распада и характерной симптоматикой, однако клиническая картина отравления зависит от нескольких факторов: объем употребленного вещества, исходное состояние здоровья, наличие или отсутствие комбинации с алкоголем и другими наркотиками.

Ведущими являются, прежде всего, признаки токсического поражения ЦНС, в частности – психовегетативный, галлюцинаторный, гиперкинетический, подкорковое психомоторное возбуждение, оглушение - обнубиляция, сомноленция, сопор, кома. В период токсикогенной стадии отмечаются продуктивные психопатологические расстройства.

В соматогенной стадии отмечается негативная психопатологическая симптоматика: астеническая спутанность сознания, психоорганический и астенический симптомокомплекс, также абстинентный, эпилептический, делириозный и корсаковский синдромы. Токсическое поражение дыхательной системы - возникновение расстройств регуляции дыхания и функций дыхательных мышц, аспирационно-обтурационные расстройства, связанные с механической асфиксией, и также причиной гипоксии являются патологические процессы в легких — ателектазы и пневмония. В патогенезе пневмонии, которая служит одной из частых причин гибели больных в соматогенной стадии, имеют значение два основных фактора – длительное коматозное состояние, осложненное аспирационно-обтурационными расстройствами. Эти расстройства не имеют диагностического значения, а лишь позволяют оценить тяжесть отравления, прогнозировать исход.

Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы - циркуляторные нарушения (аритмии сердца, первичный токсикогенный коллапс, экзотоксический шок) обусловлены поражением как механизмов регуляции кровообращения, так и самой сердечно-сосудистой системы (например, при отравлениях синтетическими наркотиками, стимуляторами) [1-4] .

За 6 месяцев 2017г. в отделение острых отравлений Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича поступило 124 пациента с диагнозом Острое отравление психодислептиками, из них погибло 4. Отравления, как правило, проявлялись нарушением поведения (возбуждение,

галлюцинации, склонность к суицидальным действиям и др.), в случаях более тяжелого течения сопровождались судорожными приступами и артериальной гипотензией.

#### Цель исследования

Оценить возможность применения мексидола в интенсивной терапии у больных с отравлением.

#### Материал и методы

Исследование проведено у 39 больных с острым отравлением психодислептиками (оценка по шкале RASS составляла 1,25 балла), находящихся в отделении для больных с острыми отравлениями. Из них 11 пациентам исследуемой группы в интенсивную терапию дополнительно включали этилметилгидроксиперидина сукцинат (Мексидол). При химико-токсикологическом исследовании были выявлены следующие вещества PVP (60% пациентов), MDPV (20% пациентов), сочетание PVP и MDPV (20% пациентов). Среди пациентов 82% составили мужчины, 18% женщины. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице:

Возраст полных лет	13-18	19-30	31-40	41-50	51 и старше
Количество %	12	38	40	10	2

Методика применения: диагностика и интенсивная терапия у пациентов проводилась согласно Федеральным клиническим рекомендациям «Отравление наркотиками и психодислептиками» (под ред. Ю.Н. Остапенко, 2013). Этилметилгидроксиперидина сукцинат пациентам назначали два раза в первые сутки терапии: при поступлении (первые 1-4 часа) внутривенно капельно 250 мг, через 12 часов так же внутривенно капельно 250 мг (суточная доза составила 500 мг).

#### Результаты

При поступлении у больных контрольной и исследуемой групп отравление проявлялось нарушением поведения (возбуждение, галлюцинации, склонность к суицидальным действиям и др.), но, при этом не сопровождались судорожными приступами и артериальной гипотензией, т.е. данная клиническая картина соответствовала средней степени тяжести. При исследовании биохимических показателей и изучении газового состава крови у больных обеих групп отмечалась умеренная гипергликемия, гипоксемия  $PaO_2 < 90$  мм рт.ст., на фоне значительного повышения концентрации лактата.

Таким образом, данная картина характерна для анаэробных процессов, что очевидно связано с блокадой реабсорбции катехоламинов. Косвенным образом это подтверждает усиление воспалительной реакции.

У больных контрольной группы купировать последствия потребления рассматриваемых веществ удалось только к 3-5 суткам, но у 12 больных потребовалась седация, а у 3 пациентов в последствие развилась септическая пневмония.

Включение дополнительно в интенсивную терапию мексидола позволило уменьшить выраженность анаэробных процессов и оптимизацию энергетических процессов на клеточном уровне, о чем свидетельствовали нормализации  $PaO_2$  и концентрации лактата, на наш взгляд это позволило снизить лейкоцитоз на 19% и снизить агрегацию тромбоцитов на 20%, повысить процентное содержание лимфоцитов в 1,5 раза. При этом сроки реабилитации сократились до 1-2 суток, так уже на 1 сутки оценка по шкале RASS составляла 0,25 балла

#### Выводы:

1. Острое отравление указанными веществами сопровождается развитием анаэробных процессов и провоцированием воспалительной реакции.
2. Общепринятая терапия не смогла купировать в короткие сроки рассматриваемые патологические реакции.
3. Дополнительное использование мексидола сократило сроки реабилитации в 3-4 раза.

#### Список литературы

1. Елькин А.И. Характеристика спонтанного поведения грызунов при интоксикации норборнаном различной степени тяжести/ Елькин А.И., Свидерский О.А., Головкин А.И., и др., //Токсикологический вестник. 2004. № 3. С. 21-26.
2. Ливанов Г.А. Пути коррекции гипоксии и ее последствий у больных при тяжелых формах острых отравлений/ Г.А.Ливанов, Б.В.Батоцыренов, С.И.Глушков и др. //Acta Biomedica Scientifica. 2008. № 3. С. 90-92.
3. Отравление наркотиками и психодислептиками// Методические рекомендации/Под ред. Ю.Н.Остапенко/ «Научно-практический токсикологический центр ФМБА России».- Москва,2013.-41с.
4. Корабельникова Т. «Скорость» делает жизнь страшнее чем в фильме ужасов <http://moy-narcolog.ru/sinteticheskij-narkotik-flakka>.

### ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Рахманов Р.М.<sup>2</sup>, Ростовцев С.И.<sup>1,2</sup>, Любченко А.А.<sup>1,2</sup>, Большакова М.А.<sup>1,2</sup>, А.А.Попов<sup>1,2</sup>, Попова Е.А.<sup>1,2</sup>, Бурмистров Ю.Н.<sup>3</sup>, И.Е.Вятский<sup>1,3</sup>, Карманова И.А.<sup>4</sup>, Козулин С.В.<sup>5</sup>, Лагутин И.Г.<sup>6</sup>, Мороз В.В.<sup>7</sup>, Стельмах В.Д.<sup>8</sup>, Рахманова Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, <sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», <sup>3</sup>КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф», г.Красноярск

<sup>4</sup>КГБУЗ «Назаровская ССМП», г. Назарово

<sup>5</sup>КГБУЗ «Канская МБ», г. Канск

<sup>6</sup>КГБУЗ «Лесосибирская МБ», г. Лесосибирск

<sup>7</sup>КГБУЗ «Норильская ССМП», г. Норильск

<sup>8</sup>КГБУЗ «Ачинская МРБ», г. Ачинск

Общая обеспеченность автомобилями населения Российской Федерации имеет тенденции к устойчивому росту. За последние 15 лет автопарк страны увеличился в 2 раза, и на сегодняшний день уже каждый четвертый россиянин имеет собственный легковой автомобиль. Количество автомобилей на 1 тыс. жителей в Сибирском федеральном округе увеличилось на 6,5% и составило 246 легковых автомобилей. По динамике прироста Сибирь продемонстрировала второй результат среди девяти федеральных округов, увеличив «автомобилеемкость» на 6,5%.

В разрезе федерального округа Красноярский край по количеству автомобилей на душу населения занимает 5 место в Сибирском федеральном округе - на 1 тыс. жителей приходится 263 автомобилей – это 32 место по Российской Федерации лидером в Сибири остается Республика Хакасия (278 – 22 место по России) [1,2].

На территории Красноярского края проходят две федеральные трассы М- 53 и М- 54, также расположены оживленные региональные трассы: Красноярск-Енисейск-

Северо-Енисейск (К-01), Ачинск-Шарыпово-Ужур (К-22), Дудинка – Норильск и т.д. Для Красноярского края характерны общие для страны закономерности дорожно-транспортного травматизма, т.е. резкое увеличение количества автомобилей, неудовлетворительное состояние дорог и автотранспорта, низкая культура вождения, таким образом, существуют все предпосылки для возникновения тяжелых травм с неблагоприятным исходом [4-6].

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве инструмента исследования использованы карты вызовов СМП и истории болезни. Для изучения оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе были выбраны 6 станций (Ачинск, Красноярск, Лесосибирск, Минусинск, Назарово, Норильск), 8 отделений скорой медицинской помощи ЦРБ (Балахта, Березовка, Дивногорск, Заозерная, Емельяново, Новоселово, Уяр, Шарыпово), 4 травмоцентров II-уровня и 2 травмоцентров I - уровня. Анализ причин смерти у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях производился на основе учетной документации Красноярского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы по г.Красноярску и Красноярскому краю (раздельно). В исследование были включены случаи смерти вследствие ДТП, произошедшие на территории Красноярска и Красноярского края за период 2004-2017 гг. Необходимая информация была получена из 1317 протоколов вскрытий погибших. Все полученные данные обрабатывали с использованием статистических методов. Проводился расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Определяли количественный (критерий Стьюдента) и качественный (критерий Хи- квадрат, Z- критерий) признаки [3]

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ причин смерти у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях показал, что основную массу (71,9%) составили лица, получившие травмы, захватывающие несколько областей тела. Вследствие травмы головы умерло 17,1%, а от травмы грудной клетки – 7,4%. Незначительную долю составили погибшие вследствие травмы шеи (1,2%), живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза (1,8%), колена и голени (0,6%) (табл. 1).

Таблица 1  
Распределение погибших в результате ДТП (в % к итогу)

Нозологическая группа	Код по МКБ-10	Удельный вес
Травмы головы	S00-S09	17,1
Травмы шеи	S10-S19	1,2
Травмы грудной клетки	S20-S29	7,4
Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза	S30-S39	1,8
Травмы колена и голени	S80-S89	0,6
Травмы, захватывающие несколько областей тела	T00-T07	71,9
Всего		100,0

Анализ возрастного состава погибших с изолированной и множественной полостной травмой показал, что более 2/3 составили лица молодого и среднего возраста, каждый пятый был старше 60 лет (табл 2).

Таблица 2

Распределение различных категорий погибших участников дорожного движения с различными травмами по возрасту

Нозологическая группа	Возраст			
	18-35 лет	36-60 лет	Старше 60 лет	Итого
Травма груди	56,4	29,2	14,4	100,0
Травма живота	45,2	28,7	26,1	100,0
Сочетанная торако-абдоминальная травма	45,4	32,5	22,1	100,0

Необходимо также отметить, что среди погибших доля мужчин и женщин была почти одинаковой, за исключением изолированной травмы груди, где количество мужчин превышало долю женщин в два раза (табл. 2).

Таблица 2

Распределение лиц, получивших различные травмы в результате ДТП, по полу (в % к итогу)

Нозологическая группа	Женщины	Мужчины	Итого
Травма груди	33,7	67,3	100,0
Травма живота	49,7	50,3	100,0
Сочетанная торако-абдоминальная травма	43,7	56,3	100,0

Прогноз после полученных тяжелых травм в значительной мере зависит от наличия алкогольного опьянения в период ДТП. Необходимо отметить, что в изучаемых нозологических группах более 1/3 составили лица в состоянии алкогольного опьянения (табл. 3).

Таблица 3

Распределение погибших, получивших разные травмы в результате ДТП, по наличию алкоголя в крови (в % к итогу)

Нозологическая группа	Алкоголь в крови обнаружен	Алкоголь в крови не обнаружен	Итого
Травма груди	49,7	50,3	100,0
Травма живота	34,8	65,2	100,0
Сочетанная торако-абдоминальная травма	44,9	55,1	100,0

В зависимости от участников движения с изолированной травмой груди, живота и при их сочетании наибольшее количество летальных исходов наблюдается у лиц,

находившихся автомобиле (78,2%), наименьшее - у мотоциклистов - 29%. У пешеходов и водителей летальность наблюдалась — как при изолированной (24,2% и 2,1 % соответственно), так и при сочетанной торака-абдоминальной травмой (40% и 50,1% соответственно) (табл. 4).

Таблица 4

Распределение погибших с полостной травмой из числа различных категорий участников движения (в % к итогу)

Группа	Удельный вес среди погибших (%)			
	Изолированная травма груди	Изолированная травма живота	Сочетанная торака-абдоминальная травма	всего
Пешеходы	16,3	7,9	40,0	64,2
Водители	2,1	0	50,1	52,2
Лица, находившиеся в автомобиле	31,4	15,7	31,1	78,2
Мотоциклисты	2,3	0	26,7	29

Таким образом, наибольшая летальность при сочетанной полостной травме наблюдается у водителей транспортных средств, а при изолированной — у лиц, находившихся в автомобиле. Чаще всего данный вид травмы заканчивался летальным исходом у мужчин молодого и среднего возраста, находившихся в алкогольном опьянении.

Если для организации борьбы с дорожно-транспортными происшествиями чрезвычайно важным является изучение обстоятельств ДТП, анализ возрастно-полового состава пострадавших, то для совершенствования системы организации скорой медицинской помощи пострадавшим важно исследование нозологического состава раненых и погибших.

Среди получивших в результате ДТП травму груди каждый третий умерший (33,8%) имел повреждение аорты, воздействие на органы грудной клетки отмечалось у 29,3% погибших и повреждение костного каркаса грудной клетки – у 36,9%. Большинство пострадавших 55,3% скончалось от непосредственно повреждения легких или осложнений данного органа, массивной кровопотери - 27,4%, в 15,4% случаев травма грудной клетки сопровождалась явлениями шока. Умерло на догоспитальном этапе 16,8% пострадавших с торакальной травмой. Из них 42,8% — от кровотечения и шока. На госпитальном этапе погибло 22,7%.

В группе пациентов с травмами живота у 40,1% обнаружилось травмирование нескольких органов брюшной полости, у 27,1% - повреждения печени и у 22,9% - селезенки. Основными причинами летальных исходов на догоспитальном этапе были острая массивная кровопотеря у 51,1% и гиповолемический шок у 29,6%, средний объем кровопотери составил  $3084,2 \pm 28,9$  мл. Другие причины вызвали смерть у пострадавших с закрытой травмой живота в 19,4% случаев. Погибло на догоспитальном этапе 58,7% пострадавших с травмами живота. Из них 80,7% — от кровотечения и шока. На госпитальном этапе погибло 30,6%.

**ВЫВОДЫ:** 1. Наибольшая летальность при сочетанной полостной травме наблюдается у водителей транспортных средств, а при изолированной — у лиц, находившихся в автомобиле. Чаще всего данный вид травмы заканчивался летальным исходом у мужчин молодого и среднего возраста, находившихся в алкогольном опьянении.

2. Для успешного лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях необходима преемственность лечения в догоспитальном и госпитальном периодах, при этом особое внимание следует уделить модернизации схемы диагностики и усиление интенсивной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитический отчет «Проблемы реанимационных действий на месте ДТП». — М.: Центр стратегических разработок, 2004. — 28 с.
2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях /Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Попов А.А. и др.// Санкт-Петербург, 2007.-400с.
3. Гланц, С. Медико-биологическая статистика : пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
4. Лесик П.С., Оптимизация организационной и лечебно-диагностической тактики у пострадавших с закрытой травмой живота [Электронный ресурс]: Диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.27.-Москва.-2005.-21с.
5. Любченко А.А.. Оценка причин гибели пострадавших с закрытой травмой живота при дорожно-транспортных происшествиях на территории Красноярского края/А.А.Любченко, В.И.Чикун, Д.Э.Здзитовецкий, А.А.Попов, и др.// БСМП.- 2015.- №4.- С.16-21
6. Попов А.А., Условия оказания скорой медицинской помощи на территории Красноярского края при дорожно-транспортных происшествиях /А.А.Попов, С.И.Ростовцев, Е.А.Попова, В.И.Чикун и др.// Политравма.-2013.-№ 3.- С.66-72.

#### РАННИЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИМПСТ

Скрипкин С.А.<sup>1</sup>, Иванова Г.А.<sup>1</sup>, Гнедаш А.А.<sup>1</sup>, Тарабанова Н.В.<sup>1</sup>, Богодухов В.В.<sup>1</sup>,  
Устюгов С.А.<sup>2</sup>, Линева К.А.<sup>2</sup>, Давыденко М.А.<sup>2</sup>, Божко Е.В.<sup>2</sup>, Штегман О.А.<sup>3</sup>,  
Попова Е.А.<sup>3</sup>, Попов А.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>КГБУЗ КССМП г.Красноярск.

<sup>2</sup>КГБУЗ ККБ№ 1 г.Красноярск.

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Непосредственной причиной развития ИМПСТ является окклюзия КА, как правило, тромботического происхождения, соответствующая области поражения миокарда. Поэтому основой лечения этих больных является восстановление коронарного кровотока - коронарная реперфузия. Разрушение тромба и восстановление перфузии миокарда приводят к ограничению размеров его повреждения и, в конечном итоге, к улучшению ближайшего и отдаленного прогноза .

Повреждение миокарда в результате окклюзии КА развивается быстро, и уже через 4-6 часов от момента возникновения первых симптомов болезни большая часть ишемизированного миокарда некротизируется. Поэтому очень важно провести реперфузионную терапию как можно раньше. Только восстановление коронарного кровотока в течении первых 12 часов достоверно улучшает прогноз.

Восстановление коронарного кровотока в течении первого часа («золотой час») в ряде случаев предотвращает развитие ОИМ (40% ), позволяет спасти жизнь 65 из тысячи пациентов. Эффективность лечения напрямую зависит от времени, прошедшего от начала ангинозного приступа до начала лечения при использовании любого метода реперфузионной терапии- ТЛТ или ЧКВ.

Тромболитическая терапия, проведенная в течении первых 60 минут от начала ангинозного приступа, по своей эффективности не уступает ЧКВ, является

патогенетической процедурой, т.к. воздействует на морфологическую основу окклюзии КА - коронарный тромб.

Показания к применению догоспитальной ТЛТ :

- ангинозные боли продолжительностью более 20 минут;
- симптомы ОИМ возникли менее 2-х часов;
- подъем сегмента ST на ЭКГ на 1 мм и выше в отведениях от конечностей и/или на 2 мм и выше в 2-х или более смежных грудных отведениях, либо острая ПБЛНПГ;
- подписанное пациентом информированное согласие на проведение догоспитального тромболизиса;

В г.Красноярске в качестве препарата для догоспитальной тромболитической терапии применяется препарат тенектеплаза (метализе) вводимый в/в болюсно в дозе от 30 до 50 мг.в зависимости от массы тела пациента.

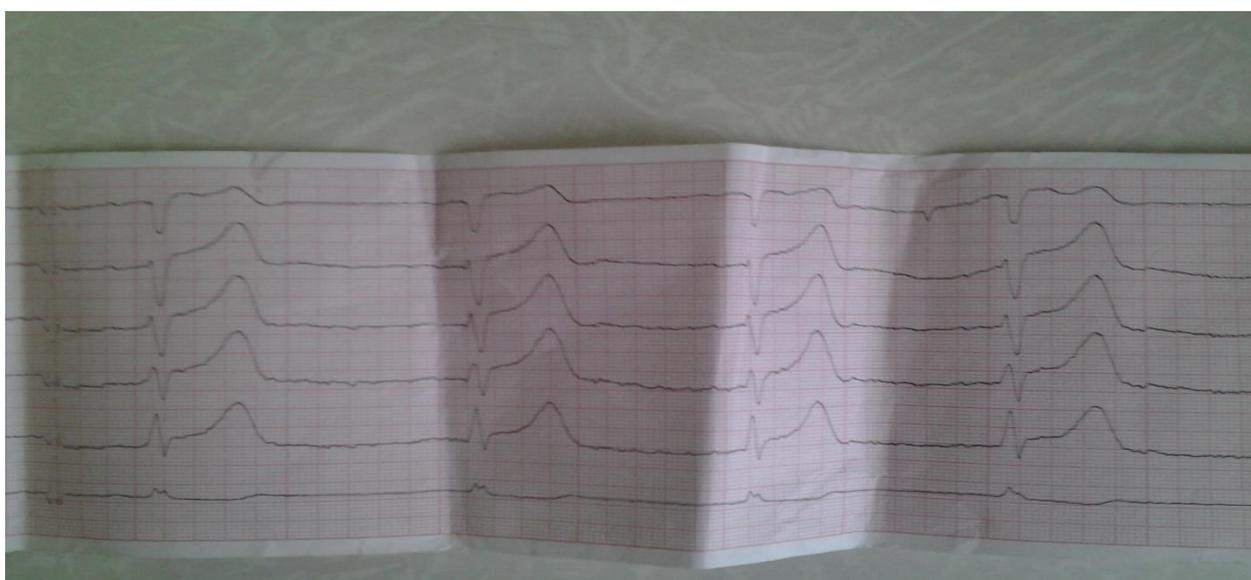
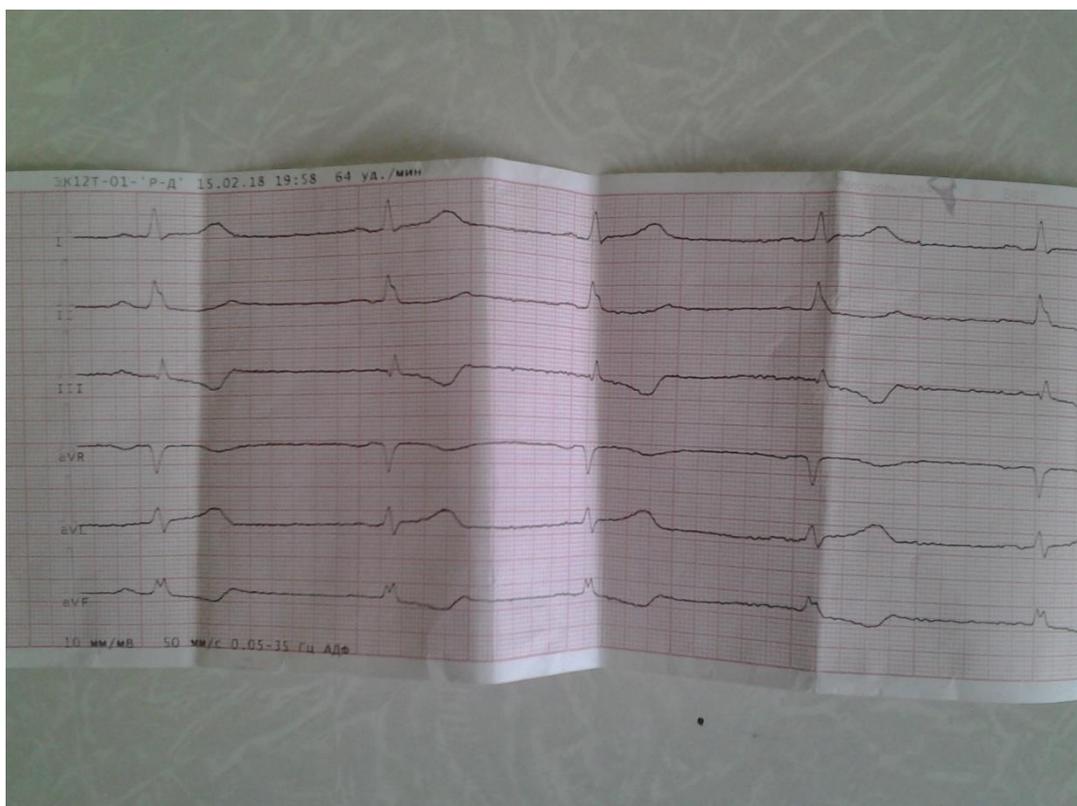
На каждого больного заполняется «Карта пациента при проведении тромболитической терапии препаратом Метализе» , которая передается в стационар при поступлении .

Порядок проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе в г.Красноярске регламентируется Приказом Министерства здравоохранения Красноярского края № 318-орг. от 19 мая 2015 года.

Пример из практики. Пациент М.,50 лет, заболел остро, после эмоционального стресса на работе 15.02.18 г. в 19.30 в покое возникли постоянные жгучие разлитые боли в области левой лопатки с иррадиацией в левую верхнюю конечность до пальцев кисти, сопровождающиеся выраженной общей слабостью, головокружением, нитраты не принимал, СМП вызвали в 19.36, время первого контакта бригады СМП с пациентом в 19.52 (через 22 минуты от начала развития ангинозного приступа), на момент осмотра : кожные покровы бледные, холодные на ощупь, умеренный цианоз губ, в сознании, ЧДД =18 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, тоны сердца глухие, ритмичные, АД= 150/90 мм.рт.ст., ЧСС= 62 в мин., SpO2= 94%. Живот при пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам, мочеиспускание не нарушено, с-м XII р. (-) с обеих сторон, стул оформленный, масса тела пациента (со слов )=130 кг.

По ЭКГ в 19.52 : ритм синусовый с ЧСС=62 в минуту, ЭОС горизонтальная, ГЛЖ, подъем сегмента ST до 4 мм.в отведениях I, AVL, V1-V6,реципрокная депрессия ST в отведениях II, III ,AVF.

Учитывая топическую локализацию подъема сегмента ST можно предположить развитие окклюзии ствола ЛКА или ПМЖВ.



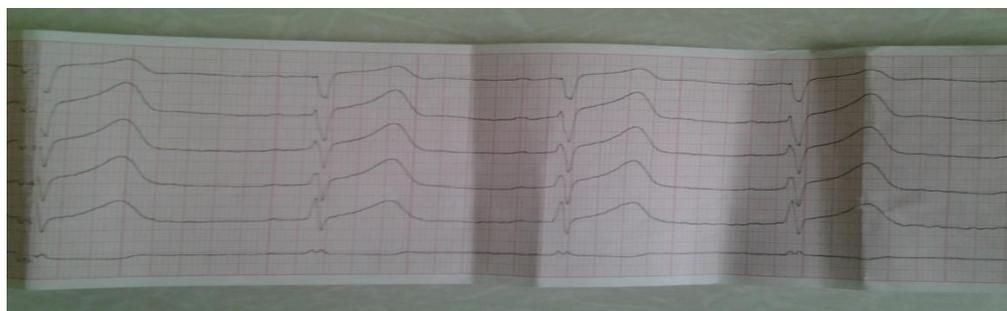
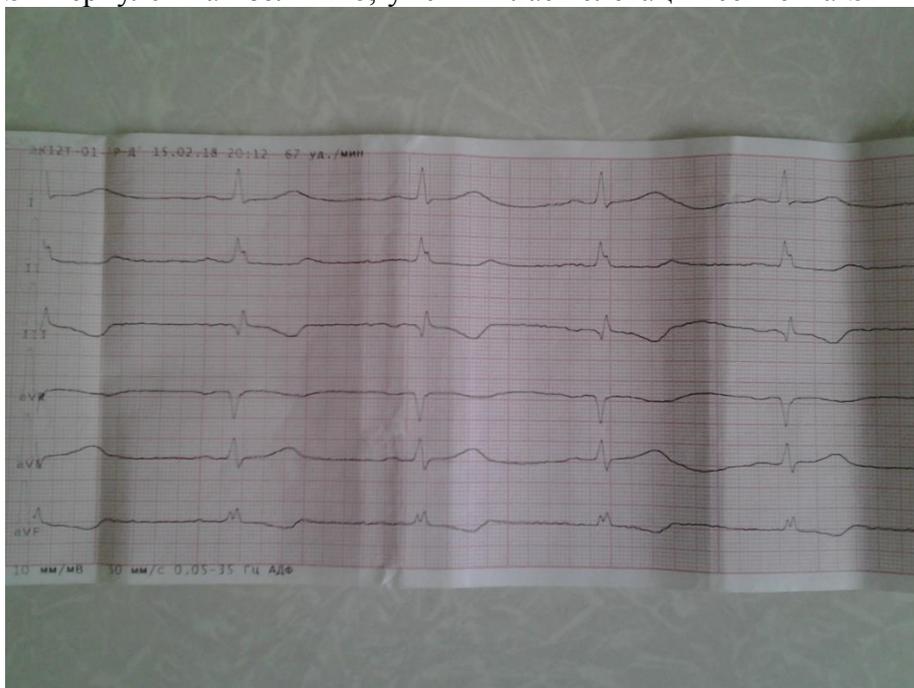
Догоспитальная помощь :

- физический и эмоциональный покой;
- обеспечение венозного доступа, катетеризация периферической вены;
- аэрозольные нитраты «Нитроминт» 0,4 мг. п/я две дозы с интервалом в 3-5 минут;
- двойная дезагрегантная терапия : ацетилсалициловая кислота 250 мг. per os, плавикс 300 мг. per os;
- в 20.00 (через 30 минут от начала ангинозного приступа) в/в введено 10 мг. морфина на 20 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида, болевой синдром купирован полностью, при транспортировке пациента в стационар не рецидивировал;

-НМГ : эноксапарин 30 мг. в/в на 10 мл.0,9% р-ра натрия хлорида, через 15 минут после в/в введения 50 мг. эноксапарина п/к в левую предне-боковую поверхность живота;

- в 20.06 (на 36 минуте с момента развития ангинозного приступа) в/в болюсно введено 50 мг. тенектеплазы (метализе);

-контроль ЭКГ в 20.12 : ритм синусовый с ЧСС=67 в мин, в отведении I сегмент ST вернулся на изолинию, уменьшилась элевация сегмента ST в отведениях AVL, V1.



После оказания помощи состояние пациента улучшилось, ангинозные боли купированы полностью, АД=140/85 мм.рт.ст., ЧСС=72 в мин., ЧДД=16 в мин., SpO<sub>2</sub>=96%. Перемещен в салон автомобиля СМП на носилках, транспортировка в стационар начата в 20.30, при транспортировке проводилась респираторная поддержка аппаратом «ТМТ» через маску с Fio=0,6, мониторинг наблюдение аппаратом «Тритон»- ЭКГ признаков реперфузионного синдрома при транспортировке не зарегистрировано.

По рации через диспетчера оперативного отдела КГБУЗ КССМП стационар извещен о данном пациенте, в 20.37 пациент доставлен в реанимационный зал отделения экстренной помощи КГБУЗ ККБ №1, осмотрен дежурным кардиологом совместно с анестезиологом –реаниматологом, дополнительно пациент получил плавикс 300 мг. per os, по экстренным показаниям взят в рентгенооперационную для проведения КАГ.

КАГ 15.02.18 20.50-21.59 : правый тип кровоснабжения, окклюзия ПМЖВ за ДВ, выраженное равномерное сужение ствола ЛКА с переходом на проксимальный сегмент ПМЖВ. На КАГ в прямой проекции отмечается увеличение перикарда. На серии коронарограмм отмечается экстравазация контрастного вещества с

формированием интрамуральной гематомы. Произведена реканализация ПМЖВ и стентирование ствола ЛКА стентом Rebel 4.0-20, на контрольной КАГ протяженная спиралевидная диссекция ПМЖВ до средней трети, выполненное последовательное стентирование ПМЖВ стентами Rebel 2,75-20, Promus 3.0-32, Rebel 3,5-32, Rebel 4.0-28, проходимость артерии восстановлена. На контрольной КАГ отмечается контрастирование интрамуральной гематомы без сужения просвета артерии.

Заключение : Просвет артерии восстановлен. Кровоток : ТИМІ ІІІ.

ЭХОКГ от 21.02.18.

Заключение : Аорта уплотнена с уплотнением створок АоК, МК. Аорта умеренно расширена в области корня. Расширена полость ЛП. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Умеренно нарушена диастолическая функция левого желудочка. Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена. Гипокинез 13, 15 сегментов ЛЖ. Недостаточность ТК І ст. СДЛА 30 мм.рт.ст.

За время нахождения в стационаре ангинозные боли не рецидивировали, гемодинамика стабильная, консультирован эндокринологом, выставлен диагноз сахарного диабета.

Выписан 27.02.18 года в стабильном состоянии с рекомендациями на амбулаторный этап.

Диагноз при выписке :

Основной : ИБС. Острый трансмуральный (Q-wave) передний распространенный инфаркт миокарда левого желудочка от 15.02.2018г. ТЛТ Метализе 50 мг. от 15.02.2018г.

Фоновый : Гипертоническая болезнь ІІІ, риск ІV. Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный.

Осложнения : СН ІІ А ст. ( ІІ ФК по NYHA ). Митральная недостаточность 1-2 ст.

Сопутствующие : Синдром дислипидемии. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 ст. (ИМТ 38).

Операции : ЧТКА и стентирование ствола ЛКА « Rebel » 4.0-20мм., ПМЖВ « Rebel » 2,75-20мм., « Promus » 3.0-32мм., « Rebel » 3,5-32мм., « Rebel » 4.0-28 мм. от 15.02.2018г.

**ВЫВОД :** Догоспитальный тромболизис теноктеплазой (Метализе) проведенный бригадой СМП на 36-й минуте от появления клиники заболевания , позволил не только избежать развития летального исхода как в остром, так и подостром периоде инфаркта миокарда, развитие жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма (ЖТ, ФЖ), острой застойной сердечной недостаточности и кардиогенного шока ( Killip ІІІ - ІV ).

Для таких инфарктов характерно образование пристеночного тромба, а также аневризмы передней стенки левого желудочка. Ранний тромболизис, а затем и ЧТКА позволило спасти от некроза миокард в зоне кровоснабжения инфаркт-зависимой артерии, но и предотвратить ремоделирование левого желудочка.

Литература :

1. «Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» . Москва , «Кардиологический вестник» , N 4, 2014 год, стр.1-48.

2. С.Ф. Багненко « Скорая медицинская помощь » (клинические рекомендации), Москва 2015 год, стр.37-46.

3. А.В.Тополянский, О.Б.Талибов «Неотложная кардиология » Москва , 2010 год, стр.31-81.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В РАБОТЕ «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>., 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

В течение многих лет сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности населения в большинстве экономически развитых стран мира. Это заставляет совершенствовать известные и искать новые подходы к диагностике и лечению больных с данной патологией. В Российской Федерации в 2008г. в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» началась реализация мероприятий по снижению смертности от острых сосудистых заболеваний – инсультов и острого коронарного синдрома (ОКС). Данный комплекс мероприятий получил неофициальное название «сосудистой программы». Красноярский край был в числе первых 12 регионов страны, включившийся в реализацию данной программы. В нашем крае в г.Красноярске в рамках данного проекта были созданы региональный сосудистый центр (Краевая клиническая больница) и два первичных (БСМП им Н.С.Карповича, КМКБ № 20 им.И.С.Берзона).

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 подъемом сегмента ST(ОКСс↑ST) и ОКС без подъемом 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 среднетазовых артерий пациентов ишемическим инсультом. Кроме того, в 2017г. проведено 762 операции стентирования КА, 1780 – КАГ, 30 процедур РЭД, установлено 7 кава-фильтров.

Таким образом, рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения органично вошли в повседневную работу «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона», помогая на высоком уровне оказывать помощь пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

## ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА -1 – АДРЕНОБЛОКАТОРА ЭБРАНТИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Хвоина И.В., Тихомирова Е.С.

<sup>1</sup>КГБУЗ КССМП г.Красноярска

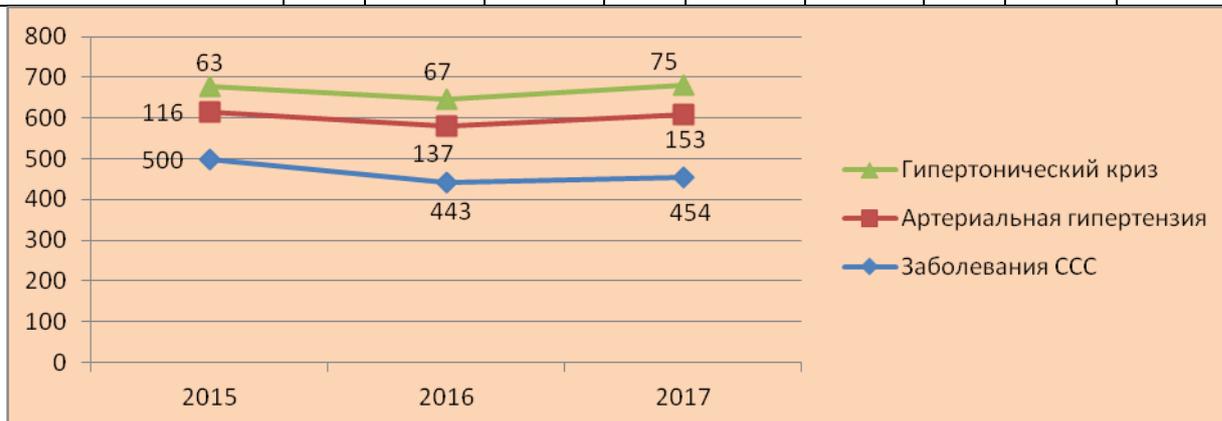
Важным фактором снижения сердечно – сосудистой заболеваемости и смертности является эффективный контроль за артериальной гипертензией – самой распространенной патологией, определяющей высокую обращаемость на скорую медицинскую помощь.

В Российской Федерации примерно в 20% случаев причиной вызова СМП является гипертонический криз. По разным регионам ГК составляет от 7% до 25%. Особенно опасен осложненный ГК, который встречается у 3% всех неотложных состояний, связанных с артериальной гипертензией.

При ГК необходимы неотложные мероприятия по купированию развившихся острых и критических проявлений, стабилизации АД, что свидетельствует о необходимости совершенствования догоспитального этапа оказания медицинской помощи больным.

### Анализ вызовов с гипертонической болезнью

Диагноз	2015			2016			2017		
	Число	Доля от ГК	Доля от ВССС	Число	Доля от ГК	Доля от ВССС	Число	Доля от ГК	Доля от ВССС
Гипертонический криз	63	54,3%	12,6%	67	48,9%	15,1%	75	49%	16,5%
Артериальная гипертензия	116	100%		137	100%		153	100%	
Заболевания сердечно-сосудистой системы	500		100%	443		100%	454		100%



По собранным мной, данным за последние три года отмечается рост общего количества вызовов по поводу артериальной гипертензии. Доля гипертонического криза составляет от 12,6% до 16,5% от общего количества вызовов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и 54,3% (2015); 48,9% (2016); 49% (2017) от вызовов артериальной гипертензии.

Клинические рекомендации по купированию осложненного ГК предлагают снижать АД с первых минут в зависимости от клинических проявлений. При неосложненном ГК скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2ч, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24 – 48 ч) от начала терапии.

Парентеральная терапия более управляема, чем пероральный или сублингвальный прием препаратов. Надо учитывать индивидуальные особенности пациентов: ассоциированные заболевания, особенно у пожилых больных, фармакодинамику лекарственных препаратов, понимания патофизиологических процессов в наиболее уязвимых органах, как миокард и головной мозг, прежде всего при осложненном ГК и основываться на принципах доказательной медицины.

Эбрантил (урапидил) – препарат, обладающий двойным механизмом действия:

1. Блокирует постсинаптические альфа -1 – адренорецепторы, таким образом, блокирует сосудосуживающее действие катехоламинов (периферическое действие).

2. Регулирует центральный механизм поддержания сосудистого тонуса и обладает слабым бета – адреноблокирующим действием (центральное действие).

После внутривенного введения урапидила наблюдается двухфазное снижение концентрации препарата: сначала – быстрое снижение (альфа – фаза), а затем – медленное (бета – фаза).

Эффекты Эбрантила:

- снижает тонус симпатической нервной системы;
- сбалансировано снижает систолическое и диастолическое артериальное давление;

- снижает периферическое сопротивление, за счет чего повышается сердечный выброс и не вызывает рефлекторной тахикардии, обусловленной вазодилатацией;

- снижает пред – и постнагрузку на сердце;

- повышает эффективность сердечного сокращения, тем самым, при отсутствии аритмии, увеличивает минутный объем сердца;

- не вызывает, как правило, ортостатических проявлений;

- не влияет на показатели углеводного обмена, обмен мочевины и не вызывает задержки жидкости в организме;

- проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры

В исследование были включены 151 больной гипертоническим кризом (неосложненным и осложненным) за период 2015, 2016, 2017 гг. Возраст пациентов варьировал от 32 до 83 лет, составив в среднем 57,5 лет.

Критериями включения были: лица старше 18 лет; САД более 210 мм. рт. ст. и / или ДАД более 110 мм.рт.ст., наличие гипертонического криза.

Критериями исключения явились ОКС, тяжелая почечная недостаточность, беременность. Все вышеперечисленные случаи были исключены путем сбора анамнеза, объективного обследования и регистрации ЭКГ.

Артериальное давление измеряла, как минимум, трижды по методу Короткова на плечевой артерии, после чего фиксировались значения САД и ДАД. АД ср.(среднединамическое) определяла по формуле:  $AD_{ср.} = DAD + (САД - DAD) / 3$ . За норму принято от 60 – 70 до 150 мм.рт.ст. Периферическое сосудистое сопротивление определяли по уравнению Франка:  $ОПСС = САД / СВ$ . Нормой ОПСС считали 35 – 45 усл. Ед. Проводился анализ факторов риска ГК. Особое внимание уделялось артериальной гипертензии, ИБС и СД. При наличии всех критериев включения и отсутствии критериев исключения и после получения устного согласия больного Эбрантил вводили внутривенно, начиная с дозы 25 мг. При недостаточном снижении АД добавляли через 2 минуты еще 25 мг (согласно инструкции).

При эффективности Эбрантила при купировании ГК, успешным считалось снижение изначального САД на 20 – 25% и / или ДАД ниже 100 мм.рт.ст.

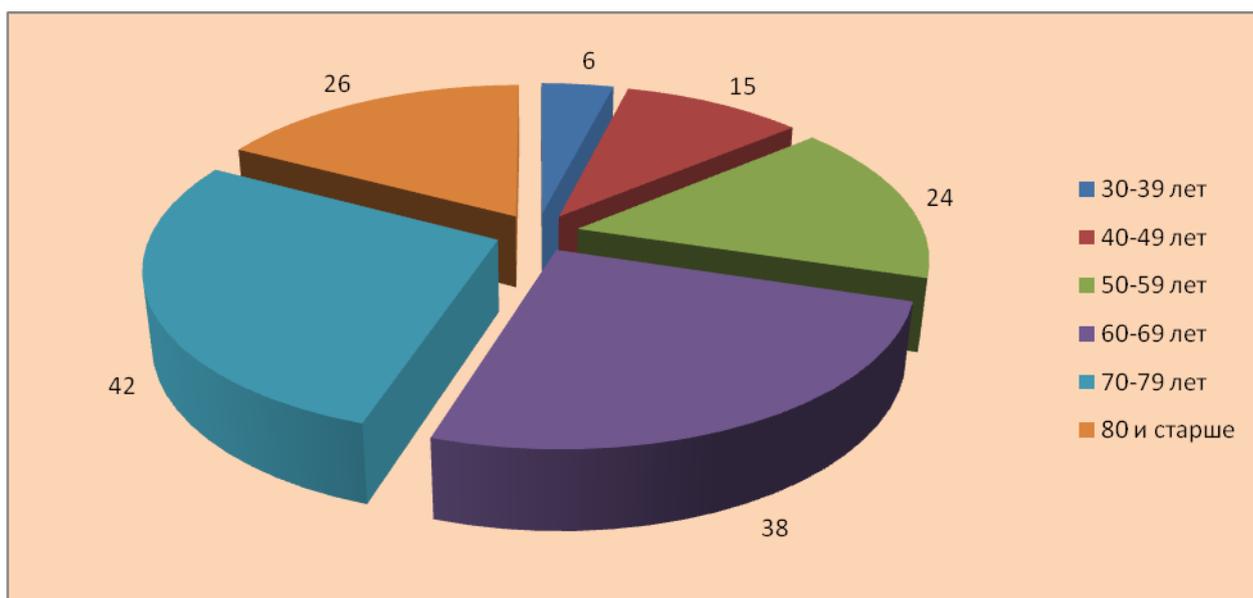
За период 2015-2017 года в исследование включено 151 больной ГК: 32 чел. (21,2%) мужчин и 119 чел. (78,8%) женщин.

Больные с неосложненным ГК составили 137 чел. (90,7%): мужчины – 29 чел.(19,2%); женщины – 108 чел.(71,5%).

Пациентов с осложненным ГК было 14 чел.(9,3%): мужчины – 6 чел.(3,9%); женщины – 8 чел.(5,3%).

Повторные обращения составили – 4 чел. (2,6%) случаев, которые были через 6 часов после первичного осмотра. Это были больные с осложненным гипертоническим кризом (ОНМК, ОЛЖН), которые первично отказались от госпитализации и / или не выполняли рекомендаций при первичном осмотре.

Средний возраст больных составил 57,5 лет: мужчины – 56 лет (от 31 до 81 г.); женщины – 59 лет (от 35 до 83г.). По возрастным группам все больные распределились следующим образом ( рис. 1)



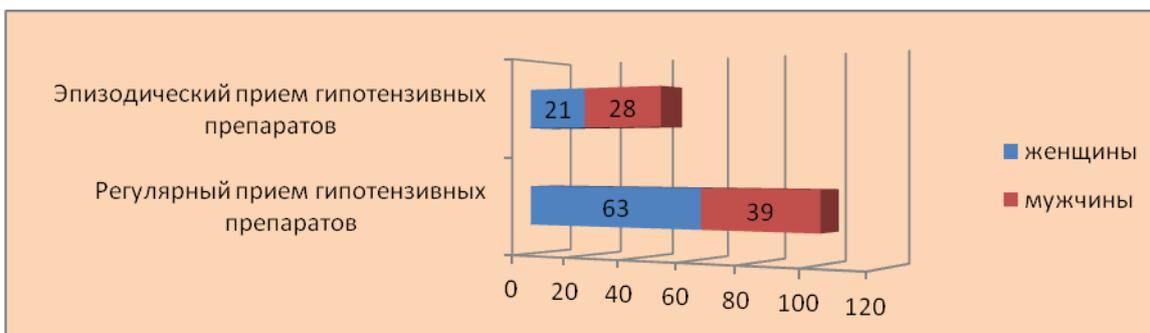
Распределение вызовов по возрастным группам

Результаты исследования показали, что наибольшее количество больных в возрастных группах: 50 -59 лет – 24 чел. (15,9%); 60-69 лет – 38 чел. (25,2%); 70 – 79 лет – 42 чел. (27,8%); старше 80 лет – 26 чел. (17,2%).

Итак, гипертонический криз регистрировался чаще у лиц в возрасте старше 50 лет и составил – 130 чел. (86,1%), но больше всего у пациентов в группе 70 -79 лет – 42 чел. (27,8%).

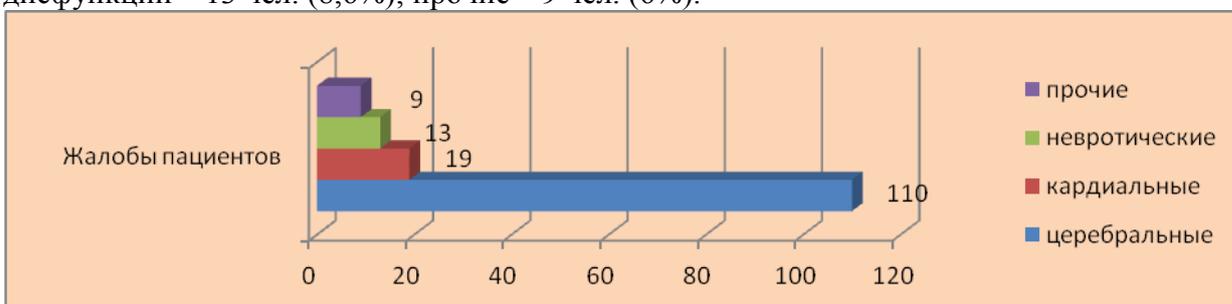
В амбулаторных условиях лекарственные препараты принимали:

Пол пациента	Регулярно принимают гипотензивные препараты		Не регулярно принимают гипотензивные препараты	
	Количество	%	Количество	%
Женщины	63	61,8%	21	42,9%
Мужчины	39	38,2%	28	57,1%
Всего	102	100%	49	100%



На основании опроса установлено, что 67,5% опрошенных принимают гипотензивные препараты, назначенные участковым врачом, регулярно. Из них 61,8% женщины и 38,2% мужчины. 32,5% пациентов, страдающих гипертонической болезнью, лекарственные препараты принимают эпизодически.

Больные гипертоническим кризом предъявляли жалобы: церебральные – 110 чел. (72,8%); кардиальные – 19 чел. (12,6%); невротические и признаки вегетативной дисфункции – 13 чел. (8,6%); прочие – 9 чел. (6%).



Таким образом, полученные данные позволяют констатировать, что после введения Эбрантила у больных количество жалоб значительно уменьшилось и составило 6,4%.

### Средние показатели динамики артериального давления, среднединамического АД (мм.рт.ст.) и ЧСС

	Артериальное давление		АДср.	ЧСС n = 121
	САД (n= 121)	ДАД (n =121)		
Привычное АД для больного	141,5	85,3	104	71,7
АД при первичном осмотре («офисное»)	227,8	123,8	159	81,6
После 25 мг Эбрантила	173,5	94,8	121	77,4
% от «офисного»	23,8%	23,4%		5,1%
После 50 мг Эбрантила	170,6	89,6	117	74,8
% от «офисного»	25,1%	27,6%		8,3%

Средние значения уровня АД до лечения составили: САД – 227,8 мм.рт.ст. (от 215 до 300 мм.рт.ст.); ДАД – 123,8 мм.рт.ст. (от 115 до 160 мм.рт.ст.).

После внутривенного введения 25 мг Эбрантила уровень АД: САД – 173,5 мм.рт.ст.; ДАД – 94,8 мм.рт.ст.; а после 50 мг: САД – 170,6 мм.рт.ст.; ДАД – 89,6 мм.рт.ст.

Среднединамическое АД (АД<sub>ср</sub>) является важнейшей гемодинамической характеристикой системы кровообращения. За норму принято от 60 -70 до 150 мм.рт.ст. При первичном осмотре АД<sub>ср</sub> составило 159 мм.рт.ст., а после введения 25 мг Эбрантила – 121 мм.рт.ст.; 50 мг – 117 мм.рт.ст. (таб. 6).

Таким образом, Эбрантил эффективно снижал уровень АД при гипертоническом кризе (основной симптом), как систолического, так и диастолического, в зависимости от дозы: 25 мг – САД на 23,8%; ДАД на 23,4%; 50 мг – САД на 25,1%; ДАД на 27,6%.

Среднединамическое АД с 159 мм.рт.ст. снизилось до нормальных значений (121 и 117 мм.рт.ст.).

Исследование показало, что средняя ЧСС до лечения 81,6 (от 54 до 150 уд / мин), а после введения Эбрантила: 25 мг – 77,4 уд / мин; (от 56 до 92 уд / мин); 50 мг – 74,8 уд / мин. (от 54 до 88 уд / мин.).

Таким образом, Эбрантил практически не влиял на ЧСС, которая после введения 25 мг и 50 мг уменьшилась на 4,2 уд / мин (5,1%) и на 6,8 уд / мин (8,3%), соответственно.

Таким образом, больным с гипертоническим кризом, как неосложненным, так и осложненным, проводилась адекватная терапия, положительно влияющая на купирование гипертонического криза. После проведенной терапии Эбрантилом, больные отметили субъективное улучшение в 98,3% случаев.

#### **Выводы**

1. Эбрантил является достаточно эффективным, управляемым гипотензивным препаратом, качественно улучшающим клинические проявления при купировании гипертонического криза в условиях скорой медицинской помощи.

2. Эбрантил не вызывает значимых клинических побочных эффектов, в том числе и клинической гипотензии.

3. Эбрантил не вызывает рефлекторной тахикардии по причине механизма действия.

4. Эбрантил является альтернативным препаратом короткого действия для лечения ГК, поскольку он не уступает другим антигипертензивным средствам для внутривенного введения, применяемых на догоспитальном этапе.

5. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение препарата Эбрантил для купирования гипертонического криза, в том числе и у пожилых пациентов, в условиях скорой медицинской помощи.

## СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ Бежок.А.М	3
ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОСОДЕРЖАЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА Болдырев И.В., Попов А.А., Попова Е.А.	6
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛОФЕЛИНА И ЭБРАНТИЛА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Большакова М.А., Карманова И.А., Касымова К. Ф., Лагутин И.Г., Попова Е.А., Попов А.А., Стельмах В.Д., Коростелева М.А.	8
КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗЕ ЗА 2013-2017 ГОДЫ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Бушинкин А.А., Будян Г.В., Бучнев И.М., Жеребцов В.Ф., Захаров Н.В., Иванов И.Н., Колесников И.В., Мороз В.В., Мозгунов Ю.А., Мусакиева З.А., Третьяк И.М., Сосна С.А., Худин В.В., Каменева Е.В., Крайнова М.П., Михай О.В., Подолян Т.А., Шмелева С.Э.	9
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 2 Г. КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.2016 ГОД- 01.01.2018 ГОД Врублевский М.В., Дорогайкина Е.А., Моткин Е.А., Кривенко О.И., Касьянова О.А., Черемисин С.И., Автушко Е. Н., Полякова Е. Н.	17
ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЛУЖБ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ И КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП 23.02.2018 В ЧЕБУЛИНСКОМ РАЙОНЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. Вятский И.Е.	25
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ БРОНХИТОМ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ №2 Г. КРАСНОЯРСКА В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ ОТ 0 ДО 18 ЛЕТ Кимяева Г.А.	26
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОНМК И ОКС В БСМП. ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОГО КОРПУСА БОЛЬНИЦЫ Коган А.Б., Любченко А.А., Любченко М.А.	29

ТРОМБОЛИЗИС. МЕТАЛИЗЕ. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП. Мота О.И.	35
ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ПСИХОДИСЛЕПТИКАМИ Попова Е.А., Рахманова Е.А., Любченко А.А., Шиврина Т.Г., Большакова М.А., Рахманов Р.М., Попов А.А., Филяков А.И.	36
ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКО- АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ Рахманов Р.М., Ростовцев С.И., Любченко А.А., Большакова М.А., Попов А.А., Попова Е.А., Бурмистров Ю.Н., И.Е.Вятский, Карманова И.А., Козулин С.В., Лагутин И.Г., Мороз В.В., Стельмах В.Д., Рахманова Е.А.	39
РАННИЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИМПСТ Скрипкин С.А., Иванова Г.А., Гнедаш А.А., Тарабанова Н.В., Богодухов В.В., Устюгов С.А., Линев К.А., Давыденко М.А., Божко Е.В., Штегман О.А., Попова Е.А., Попов А.А.	43
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В РАБОТЕ «КМКБ № 20 им.И.С.Берзона» Терлеев А.А., Сучков А.А., Шишонков А.В., Савельев А.Ю., Радионых В.В., Головенкин С.Е.	48
ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬФА -1 – АДРЕНОБЛОКАТОРА ЭБРАНТИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. Хвоина И.В., Тихомирова Е.С.	50