

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

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

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

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Красноярск - 2017

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

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

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ **КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Материалы XII региональной научно-практической конференции
11-12 мая 2017 года

Красноярск - 2017

Скорая медицинская помощь Красноярского края. Материалы XII региональной научно-практической конференции 11-12 мая 2017 года. – Красноярск, 2017. –93 с.

Редакторы:

Попов Андрей Алексеевич

Попова Елена Анатольевна

Материалы печатаются в авторской редакции.

РАННЯЯ РЕПЕРFUЗИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОКС В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. АБАКАНА.

В.И. Асакалов, О.И. Шотина

ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Абаканская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» является самостоятельным медицинским учреждением, подчиняется Министерству здравоохранения Республики Хакасия. Станция круглосуточно оказывает скорую медицинскую помощь населению города Абакана.

Численность населения города (по данным Хакасстата) на 01.01.2017г. составила 178 688 тыс. человек, в том числе дети до 14 лет – 33740 человек.

Радиус обслуживания в границах города, в среднем, 20 км. Кроме того, Абаканская ССМП обслуживает прилежащие к городу дачи, дороги федерального и регионального значения в радиусе до 50 км.

Скорую медицинскую помощь ежедневно оказывают 14 выездных общепрофильных бригад бригад, 1 специализированная - психиатрическая.

Модернизация здравоохранения одним из приоритетных направлений определила совершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в первую очередь, с ОКС.

В г. Абакане для оказания медицинской помощи больным с ССЗ созданы ПСО - первичное сосудистое отделение на базе Абаканской городской больницы и РСЦ - Республиканский сосудистый центр на базе Республиканской больницы, являющиеся госпитальными базами для медицинской эвакуации больных. В РСЦ в ранние сроки проводятся оперативные вмешательства по стентированию коронарных артерий при ОКС с подъемом сегмента ST.

Бригады скорой медицинской помощи оснащены электрокардиографами «Валента» с функцией передачи ЭКГ по каналам связи в консультационный центр. Все медицинские работники обучены работе с данными электрокардиографами. С мая 2015 года, после подписания договора, начата работа с дистанционным консультационным центром в г. Красноярске на базе Краевой больницы №1.

Во исполнение стандартов оказания скорой медицинской помощи, ЭКГ регистрируются в 37% случаев от всех обслуженных больных. При затруднении интерпретации ЭКГ на догоспитальном этапе, фельдшер или врач бригады скорой

медицинской помощи может передать ЭКГ в консультационный центр г. Красноярска и получить консультацию специалиста кардиолога или врача функциональной диагностики.

В структуре вызовов по МКБ-10 болезни системы кровообращения занимают 25,7%.

Как только диагноз ОКС с подъемом сегмента ST поставлен медицинским работником скорой помощи, незамедлительно определяется тактика реперфузионной терапии, т.е. восстановления проходимости коронарной артерии. Реперфузия коронарной артерии проводится путем установки стента (ЧКВ) или фармакоинвазивным методом (тромболизис).

До 1 января 2016 года в республике Хакасия реперфузия коронарных артерий проводилась только посредством ТЛТ.

С января 2016 года в соответствии с приказом Минздрава РФ от 12.10.2015 г. № 1088 «Об открытии отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения в ГБУЗ РФ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской» на раннее ЧКВ в РСЦ доставляются:

- больные ОКС с подъемом сегмента ST или впервые появившейся (острой) блокадой левой ножки пучка Гиса (при наличии клинической симптоматики) в пределах 90 минут от начала болевого приступа;

- больные, которым противопоказан тромболизис и которые могут быть доставлены в РСЦ в первые 12 часов от начала развития ОКС.

При отсутствии противопоказаний и невозможности выполнения ЧКВ в рекомендуемые сроки (до 90 минут от начала болевого приступа) на догоспитальном этапе в пределах терапевтического окна выездными бригадами СМП выполняться тромболизис.

Тромболитическая терапия достаточно активно применяться в республике Хакасия. На сегодняшний день все бригады скорой медицинской помощи г. Абакана на оснащении имеют тромболитический препарат тенектеплазу (Метализе). Первый случай проведения тромболизиса тенектеплазой был в г. Абакане в декабре 2007г., к слову сказать, одними из первых в сибирском регионе. Тромболитическая терапия проводится первой бригадой, выявившей больного с ОКС, включая фельдшерские.

Для принятия решения о проведении ТЛТ медицинским работником выездной бригады СМП заполняется «Алгоритм для принятия решения о проведении тромболитической терапии больному с ОКС» (утвержден приказом Минздрава РФ от 26.09.2013 г. № 1052).

На графике №1 продемонстрировано количество проведенных тромболизисов Абаканской ССМП при ОКС. С 2012 по 2015 годы видна отчетливая тенденция к

увеличению случаев тромболитической терапии. В 2016 году снижение доли реперфузии коронарных артерий посредством фармакоинвазивного метода связано с открытием отделения эндоваскулярных методов лечения. Пациенты в ранние сроки доставляются в РСЦ. Тенденция уменьшения случаев тромбозиса на догоспитальном этапе наблюдается практически во всех регионах, где открыты отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

В 2016 г. нами обслужено 223 пациента с ОКС с подъемом сегмента ST. Тромбозис проведен в 19 случаях - 9%. В РСЦ на раннее ЧКВ доставлено 107 пациентов, что составило 48%.

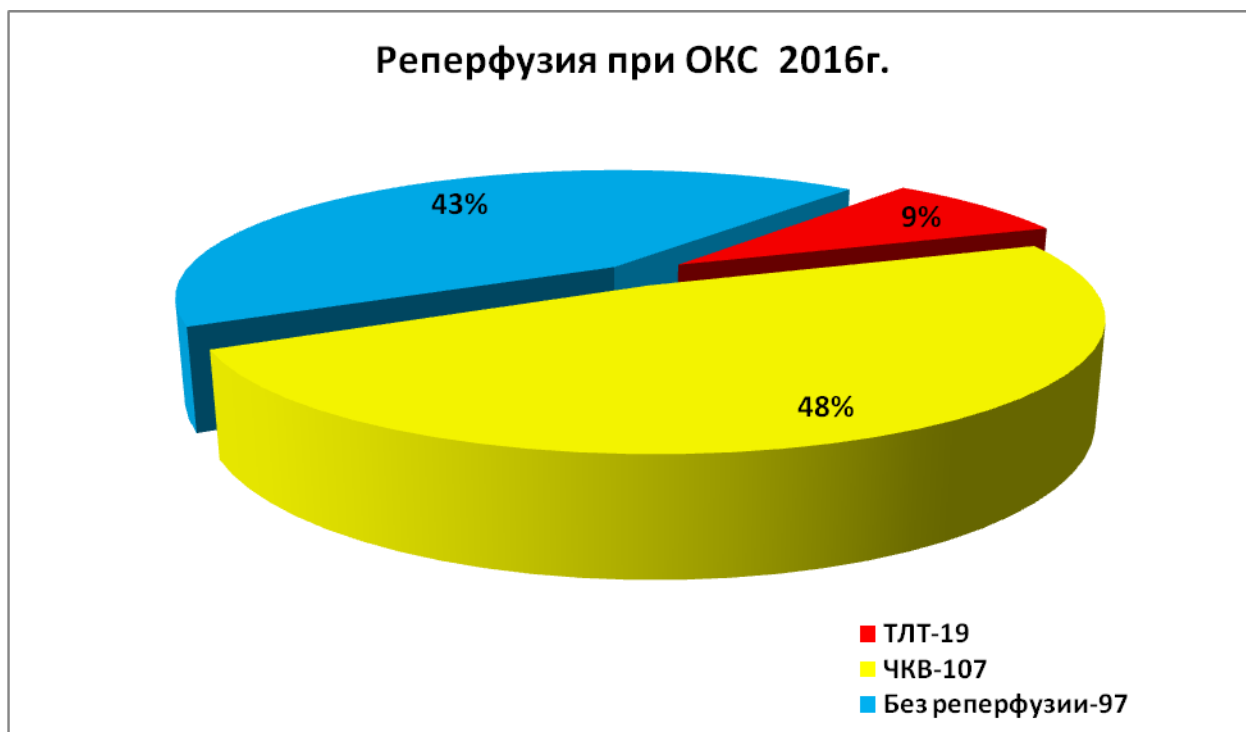
В общей сложности реперфузионную терапию в ранние сроки получили 57% больных с ОКС с подъемом сегмента ST (график № 2).

Доля больных с ОКС обслуженных в пределах 20 минут от момента поступления вызова по итогам 2016 г. составила 99%.

График №1



График №2



Вывод: Несмотря на появление возможности раннего эндоваскулярного метода реперфузии коронарных артерий фармакоинвазивный подход сохраняет свою актуальность. Если доставить пациента в короткие сроки в отделение эндоваскулярных методов лечения не возможно по объективным причинам, следует применять тромболитическую терапию на догоспитальном этапе.

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

М.Н. Астапенко

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярск

Цель исследования: проследить частоту заболеваемости острым обструктивным бронхитом у детей грудного и раннего возраста, повторное обращение у детей оставленных дома и после лечения в стационаре.

Из соматической патологии наибольшее количество вызовов за отчетный период с 2013- 2015г. в ГССМП по п/с №4 было к пациентам с острыми обструктивными бронхитами- 30%. В 2013г. 18 случаев, что составляет 24,7%; в 2014г. 24-32,9%; в 2015г. 32-31,7% от общего количества вызовов. Всего выполнено 74 вызова к детям с обструктивными бронхитами, что составило 30%.

Увеличение количества больных детей обструктивным бронхитом можно объяснить следующими причинами: ухудшение экологической ситуации, пассивное курение, проживание в сырых помещениях; ростом аллергических заболеваний у детей (наследственная предрасположенность, раннее искусственное вскармливание, бесконтрольное применение антибиотиков и других лекарственных препаратов). Перенесенные вирусные инфекции. Болезни, которые затрагивают дыхательные органы у ребенка (ангина, грипп, парагрипп, тонзиллит) — часто становятся источником возникновения недуга у грудничков. Изначально поражаются крупные бронхи, следом за ними идут мелкие. Бактериальная инфекция. Вызвать заболевание могут многие бактерии. К ним относятся: стафилококк, стрептококк, клебсиелла, протей, пневмококк, гемофильная палочка. Инородное тело. Мелкие детали или пища, которые иногда попадают в дыхательные пути, могут спровоцировать заболевание. Многие факторы способны привести к раздражению слизистой бронхов детей-аллергиков. Вследствие этого может развиваться аллергический бронхит у детей. И как осложнение — обструктивный. Пороки развития органов дыхательной системы. Паразитарные инфекции.

Острый обструктивный бронхит- острое воспаление слизистой бронхов, которое протекает с обструкцией дыхательных путей за счет отека, гиперсекреции, бронхоспазма; обычно развивается у детей на 1-2 годом жизни. Характеризуется диффузным поражением бронхов разного калибра.

Патогенез бронхиальной обструкции при обструктивном бронхите сложен и обусловлен, с одной стороны, анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, с другой- воздействием респираторных вирусов. Влияние респираторных

вирусов на бронхолегочную систему: повреждают дыхательные эпителии, повышают проницаемость слизистой оболочки, способствуют развитию отека и воспалительной инфильтрации. Спазм бронхов может быть вызван выбросом биологически активных веществ. У значительной части детей эпизоды бронхиальной обструкции рецидивируют с высоким риском развития бронхиальной астмы.

Диагностические критерии:

1. Затруднение дыхания при отсутствии какой-либо физической нагрузки, характерное свистящее дыхание. Удлиненный свистящий выдох слышен на расстоянии от больного.
2. Учащение дыхательных движений (более 25-30 в минуту); выражены тахипноэ, смешанная или экспираторная одышка.
3. Кашель сухой, приступообразный, длительный, затем влажный.
4. Перкуторно определяется коробочный оттенок легочного тона.
5. Аускультативно жесткое дыхание, выдох удлинен, много сухих свистящих хрипов, могут быть средне- и крупнопузырчатые малозвучные хрипы.
6. Температура тела субфебрильная, реже фебрильная.
7. Признаки дыхательной недостаточности (нехватки воздуха), определяемые главным образом инструментально. В первую очередь, сатурация — показатель концентрации кислорода в крови. Этот показатель должен быть не менее 95% — в случае его снижения показана в обязательном порядке оксигенотерапия. Если менее 95% — возможна подача кислорода через маску, если опускается ниже 90% — необходимо переводение больного на аппарат искусственной вентиляции легких.
8. Синюшность кожных покровов, периферический или же центральный цианоз. Явный признак гипоксии, следствия нехватки воздуха.

Кроме того, дыхательная недостаточность (приступ удушья) при бронхите развивается не сразу — так что наличие соответствующего анамнеза также поможет правильно диагностировать причину резкого ухудшения состояния.

Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе:

1. Бронхолитические препараты ингаляционно через небулайзер:
 - Беродуал в возрастной дозировке.
 - Пульмикорт 0,5-1 мг добавить через 3-5 минут в небулайзер.
2. При отсутствии эффекта вводим:
 - Преднизолон- 1-2 мг/кг или Дексаметазон 0,5мг/кг в/мышечно.
3. Оксигенотерапия увлажненным кислородом через маску.

При малейшем подозрении на бронхообструктивный синдром или же просто появлением ощущения тяжести при бронхите необходима госпитализация в стационар. Как правило вызывают скорую помощь детям с обструктивным бронхитом родители, которые сделали дома ингаляции бронхолитических препаратов через небулайзер, но положительного эффекта не достигли.

На амбулаторное лечение остаются дети с бронхитом легкой степени, родители которых отказались от госпитализации. Все они передаются в поликлинику для наблюдения участковым врачом. Родителям даются рекомендации по лечению и уходу за ребенком.

6 больных- 8,1% с обструктивным бронхитом вызывают скорую помощь повторно, не только те, которые, оставлены дома, но и больные проходившие курс лечения в стационаре.

Вывод: За отчетный период 2013-2015гг. число больных с острым обструктивным бронхитом увеличивается с 24,7% до 31,7% от общего количества обслуженных мной вызовов, увеличилось число больных не только с обструктивными бронхитами, но и увеличивается общее количество вызовов. 6 больных - 8,1% обратились за медицинской помощью повторно, даже те, которые, проходили курс лечения в стационаре.

ОСТРЫЕ БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ. ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ПС №2 В КИРОВСКОМ РАЙОНЕ г. КРАСНОЯРСКА.

Г.Н.Владимирова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» 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 2014-2016г. 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: одышка 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 2014-2016гг.

Всего по подстанции		До 1года	1-3года	4-7лет	8-10лет	11-14лет
2014г.	489 100%	190 38,85%	139 28,42%	128 26,17%	16 3,27%	16 3,27%
2015г.	419 100%	147 35,08%	129 30,78%	109 26,01%	18 4,29%	16 3,81%
2016г.	446 100%	146 32,73%	146 32,73%	119 26,68%	22 4,93%	13 2,92%

Заболеваемость острым бронхитом за период 2014-2016гг 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
2014г.	6698 100%	489 7,3%
2015г.	5894 100%	419 7,1%
2016г.	6631	446

	100%	6,7%
--	------	------

Наблюдается незначительное снижение заболеваемости острым бронхитом в 2016г. На 1000 детей в год составляет 67-73 случая за период 2014-2016гг.

Таблица 3

Оценка заболеваемости острым бронхитом по тяжести состояния.

Всего по подстанции за 2014-2016гг.	Тяжесть	
	Средняя	Тяжелая
1354	1302 96,15%	52 3,84%

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 1354	Средняя степень тяжести	Тяжелая
Ингаляция увлажненного кислорода через лицевую маску	1302	52
Сальбутамол	116	52
Беродуал	307	
Преднизолон	227	52
Пульмикорт	15	10

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. Красноярска 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.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА
ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ № 2 СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.
КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.2016г.-01.01.2017г.

М.В.Врублевский, В.В.Вербицкая, Е.А.Дорогайкина, Т.А.Кучеренко
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярск

За период 01.11.2015-01.11.2016г.г. подстанцией № 2 г. Красноярска выполнено 1887 вызовов к пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, основную массу которых составил неуточненный инсульт – 1414 обращений, что составило 74,9% от общего количества обращений.

Анализ ОНМК по типу нарушения

Таблица № 1

Наименование	Количество	%
<i>Геморрагический инсульт</i>	34	1,8%
<i>Инсульт в вертебробазилярном бассейне (ВББ)</i>	213	11,3%
<i>Неуточненный инсульт</i>	1414	74,9%
<i>Субарахноидальное кровоизлияние (САК)</i>	29	1,5%
<i>Тромбоишемический инсульт</i>	197	10,5%
Всего	1887	100%

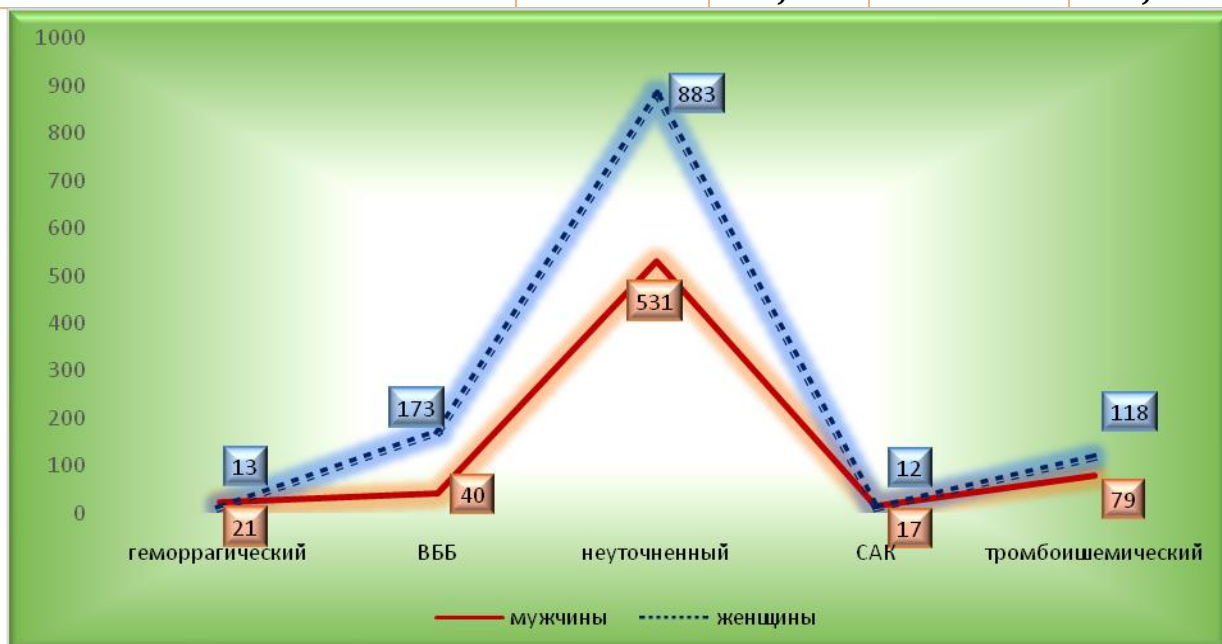


Анализ ОНМК по половой принадлежности

Таблица № 2

Наименование	мужчины		женщины	
	Кол-во	%	Кол-во	%
<i>Геморрагический инсульт</i>	21	61,8%	13	38,2%
<i>Инсульт в вертебробазилярном бассейне (ВББ)</i>	40	18,8%	173	81,2%
<i>Неуточненный инсульт</i>	531	37,6%	883	62,4%
<i>Субарахноидальное</i>	17	58,6%	12	41,4%

<i>кровоизлияние (САК)</i>				
<i>Тромбоишемический инсульт</i>	79	40,1%	118	59,9%
Всего	688	36,5%	1199	63,5%

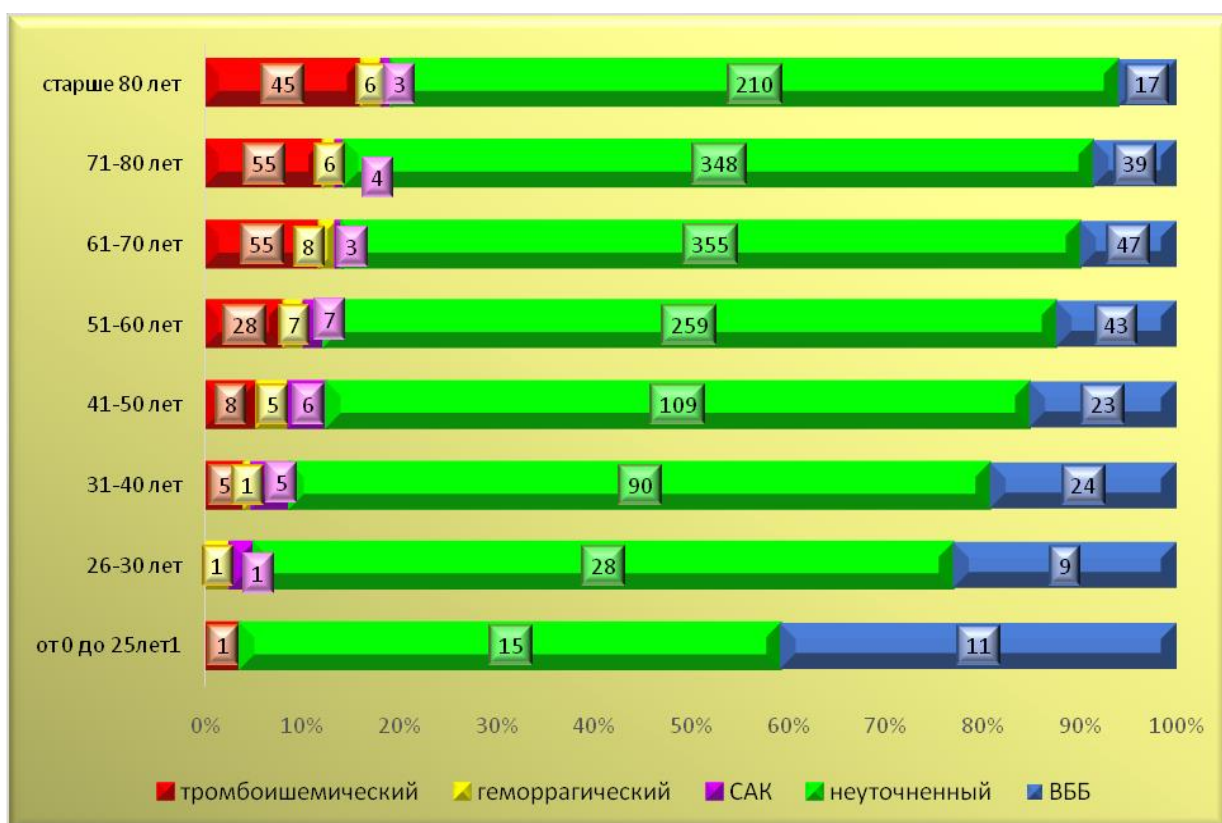


За отчетный период более половины обратившихся с острым нарушением мозгового кровообращения – женщины – 1199 (63,5%); мужчин, страдающих ОНМК – 688 (36,5%).

Анализ ОНМК по возрастной категории

Таблица №3

Возраст	Тромбоишемический инсульт		Геморрагический инсульт		Субарахноидальное кровоизлияние	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
<i>От 0 до 25 лет</i>	1	0,5%	-	-	-	-
<i>26-30 лет</i>	-	-	1	2,9%	1	3,4%
<i>31-40 лет</i>	5	2,5%	1	2,9%	5	17,2%
<i>41-50 лет</i>	8	4,1%	5	14,7%	6	20,7%
<i>51-60 лет</i>	28	14,2%	7	20,6%	7	24,1%
<i>61-70 лет</i>	55	27,9%	8	23,5%	3	10,4%
<i>71-80 лет</i>	55	27,9%	6	17,7%	4	13,8%
<i>Старше 80 лет</i>	45	22,9%	6	17,7%	3	10,4%
Всего	197	100%	34	100%	29	100%



Продолжение таблицы № 3

<i>Возраст</i>	<i>Неуточненный инсульт</i>		<i>Инсульт в вертебробазилярном бассейне</i>		<i>Всего</i>	
	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>
<i>От 0 до 25 лет</i>	15	1,02%	11	5,2%	27	1,4%
<i>26-30 лет</i>	28	1,98%	9	4,2%	39	2,1%
<i>31-40 лет</i>	90	6,4%	24	11,3%	125	6,6%
<i>41-50 лет</i>	109	7,7%	23	10,8%	151	8,0%
<i>51-60 лет</i>	259	18,3%	43	20,2%	344	18,2%
<i>61-70 лет</i>	355	25,1%	47	22,1%	468	24,8%
<i>71-80 лет</i>	348	24,6%	39	18,3%	452	24,0%
<i>Старше 80 лет</i>	210	14,9%	17	7,9%	281	14,9%
<i>Всего</i>	<i>1414</i>	<i>100%</i>	<i>213</i>	<i>100%</i>	<i>1887</i>	<i>100%</i>

Учитывая сводные данные таблиц № 3 и диаграммы можно сказать, что наибольшее количество острых нарушений мозгового кровообращения приходится на возраст 61-70 лет – 468 обращений (24,8% от общего числа инсультов). На втором месте

по количеству обращений возрастная категория 71-80 лет (24,0%). На третьем – возрастная категория 51-60 лет (18,2%).

Заключение.

Если во все времена инсульт считался болезнью людей преклонного возраста, то в сегодняшнем напряженном ритме жизни в группе риска находятся все возрастные категории. Самое страшное в этом то, что в молодом возрасте чаще всего развивается наиболее тяжелый вид инсульта – геморрагический, сопровождающийся обширными внутримозговыми кровоизлияниями. В самом юном возрасте причиной этому становятся врожденные аномалии внутримозговых сосудов.

Диагностика инсульта – всегда нелегкая задача даже для опытного врача-невролога. Ведь правильное определение типа нарушения мозгового кровообращения, анализ его локализации и сроков возникновения – залог правильного подбора схемы лечения.

СОСТОЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

С.Е.¹ Головенкин, С.А.² Устюгов, К.В.³ Злодеев, И.Е.³ Розовская,
Е.М.⁴ Малыхина, С.Ю.¹ Никулина

¹ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого Минздрава РФ», г.Красноярск

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г.Красноярск

³ООО «Центр современной кардиологии», г.Красноярск

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

Оказание помощи пациентам острым коронарным синдромом в Красноярском крае осуществляется в значительной мере в Региональном Сосудистом Центре (г.Красноярск) или первичных сосудистых отделениях (г.Красноярск, г.Ачинск, г.Канск, г.Минусинск, г.Лесосибирск, г.Норильск). Реабилитация – важнейший компонент оказания помощи этой категории больных. Проведение кардиореабилитационных мероприятий после выписки из стационара пациентов после обострения ИБС позволяет в течение года дополнительно снизить общую смертность на 20%, сердечно-сосудистую смертность на 26%, частоту нефатального инфаркта на 21%. Поэтому крайне важно проводить реабилитационные мероприятия на всех этапах оказания помощи этим больным.

Согласно современным нормативным документам предусматривается три этапа кардиореабилитации, соответственно, связанных с периодизацией ОИМ. Первый этап - стационарный, начинающийся с БРИТ и протекающий в обычной палате кардиологического отделения больницы или сосудистого центра. Второй этап - стационарный реабилитационный, проводящийся в стационарном кардиореабилитационном отделении Центра кардиореабилитации или в кардиологическом отделении Центра медицинской реабилитации. Эти два этапа соответствуют периодам развивающегося и рубцующегося ОИМ. Третий этап - поликлинический реабилитационный, выполняющийся в диспансерно-поликлиническом отделе специализированного Центра кардиологической реабилитации, или мультидисциплинарного Центра медицинской реабилитации, или кардиологическом санатории или реабилитационном отделении амбулаторно-поликлинического лечебного учреждения.

В 2008 году в Российской Федерации 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 включен в число первых 12 регионов, принимающих участие в её реализации. В рамках этого проекта было проведено оснащение Региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений оборудованием в т.ч. и реабилитационным. Прошло внеочередное обучение специалистов, в т.ч. врачей и среднего медицинского персонала, занимающихся кардиореабилитацией. Поэтому, оснащение и кадровый потенциал позволяют проводить реабилитацию пациентов острым коронарным синдромом на первом и втором этапе в полном объеме и на достаточно высоком уровне. В тоже время, третий – амбулаторно-поликлинический этап реабилитации этих пациентов не имел аналогичных инструментальных пополнений и повышения квалификации специалистов-реабилитологов.

В связи с этим мы поставили перед собой цель – проанализировать проведение реабилитации пациентов, перенесших острый коронарный синдром, на третьем (амбулаторно-поликлиническом) этапе за последние 5 лет.

В течение последних пяти лет количество пациентов острым коронарным синдромом снижалось. В 2012г. их было 15923 человека, в 2013г. – 13119 человек, в 2014г. – 11192 человека, 2015г. – 11019 человек, 2016г. – 10985 человек.

В стационаре этим больным был выставлен диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) или нестабильной стенокардии (НС). Причем количество пациентов острым инфарктом миокарда за эти пять лет было стабильным (ОИМ с подъемом сегмента ST – около трех тысяч человек, ОИМ без подъема сегмента ST – около двух тысяч человек). А вот количество пациентов с нестабильной стенокардией за эти годы существенно снизилось. В 2012г. пациентов с НС было 10917, в 2013г. – 8442, в 2014г. – 6209, в 2015г. – 5451, в 2016г. – 6215.

После выписки из стационара пациенты, перенесшие ОКС, могут проходить третий этап реабилитации в четырех лечебных учреждениях Красноярского края: санатории Енисей, санатории «Красноярское Загорье», Центре современной кардиологии и Профессорской клинике КрасГМУ. Мы проанализировали количество больных ОКС, прошедших реабилитацию в этих лечебных учреждениях за последние пять лет. В 2012г. таких пациентов было 943, в 2013г. – 1152, в 2014г. – 1336, в 2015г. – 1438, в 2016г. – 1587. В процентах от всего количества больных ОКС это составило: в 2012г. 5,9%, в 2013г. – 8,8%, в 2014г. – 11,9%, в 2015г. – 13,1%, в 2016г. – 14,4%.

Таким образом, наблюдается ежегодное увеличение количества пациентов, прошедших третий этап реабилитации как в абсолютных цифрах, так и в относительных.

В тоже время, лишь одна седьмая часть (14,4%) больных, перенесших острый коронарный синдром, проходят реабилитационные мероприятия после выписки из клиники. Это заставляет искать новые управленческие решения, позволяющие существенно увеличить количество пациентов, проходящих заключительный этап реабилитации.

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

С.Е². Головенкин, А.А¹. Терлеев, А.А¹. Сучков, А.В¹. Шишонков, А.Ю¹. Савельев,
В.В¹. Радионов, Е.Ю². Пелипецкая

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

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

В течение последних лет предыдущего столетия в Российской Федерации наблюдался стабильный рост смертности от болезней системы кровообращения (БСК), что привело к существенному росту социальных и экономических потерь. Начиная с 2001-2002гг. в Российской Федерации (РФ), в том числе и в Красноярском крае, реализуется ряд крупных проектов, направленных на снижение заболеваемости БСК и смертности от них.

В связи с этим **целью** нашего исследования стало изучение динамики смертности в Красноярском крае от болезней системы кровообращения на фоне проводимых профилактических мероприятий в масштабах Российской Федерации.

Методы исследования. Для этого нами использовалась информация ГБУЗ Медицинский информационно-аналитический центр Минздрава Красноярского края и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю о численности умерших в распределении по полу, возрасту и причине смерти за 2005-2014 г. (форма С51), а также численности населения в распределении по полу и возрасту за те же годы по Красноярскому краю и РФ (форма 2рН).

Полученные результаты. Смертность от болезней системы кровообращения в РФ за период с 2005 по 2014 гг. снизилась на 29,2% у мужчин и на 28,4% у женщин. Общая тенденция снижения сердечно-сосудистой смертности в Красноярском крае такая же, как в РФ, однако структура смертности в РФ и Красноярском крае менялась не одинаково. С 2005 г. по 2014 г. уровень смертности от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) снизился на 42,6% среди мужчин и на 45,7% среди женщин в Российской Федерации, соответствующие темпы для Красноярского края были несколько выше и составили 48,4 и 51,1% соответственно. Снижение смертности от ИБС, в Красноярском крае происходило вдвое медленнее, чем в среднем в Российской Федерации. Так, с 2005 по 2014 г. смертность от ИБС в России снизилась на 25,5% у мужчин и 21,6% у женщин, тогда как в Красноярском крае – на 11,9% у мужчин и на 10,3% у женщин.

Выводы. Общая тенденция снижения смертности от болезней системы кровообращения за период 2005-2014г. в Красноярском крае такая же, как в Российской Федерации, в тоже время, структура смертности меняется не одинаково. Снижение смертности от цереброваскулярных болезней в Красноярском крае идет быстрее, чем в целом в Российской Федерации. И наоборот, снижение смертности от ишемической болезни сердца в Красноярском крае происходит вдвое медленнее, чем в среднем в Российской Федерации. Это заставляет искать новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы в Красноярском крае, делая акцент на совершенствование оказания помощи пациентам с ишемической болезнью сердца.

СТАТИСТИКА ОСТРЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА. СЛУЧАИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В 19 ЛЕТ И 16 ЛЕТ В 2016 ГОДУ ИЗ ПРАКТИКИ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД НОРИЛЬСКОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т.В.Гусарова, И.А.Кулешова, В.В.Мороз, З.А.Мусакиева, Г.А.Чикишева

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи»

Целью исследования явился статистический анализ 869 случаев острого инфаркта миокарда у больных по возрастному и половому признакам, которым оказывалась медицинская помощь выездными бригадами Норильской скорой медицинской помощи за 2007 – 2016 годы.

Доказать рост больных с острым инфарктом миокарда пожилого возраста на протяжении последних 10-ти лет.

Материалы и методы исследования:

Проведен по картам вызова скорой медицинской помощи ретроспективный анализ случаев острого инфаркта миокарда у 869 больных за последние 10 лет по возрастному и половому признакам.

Представлены копии карт вызова СМП 2016 года больных с острым инфарктом миокарда в 19 лет и 16 лет.

Основной причиной смерти от ИБС является ИМ, что делает актуальным изучение различных аспектов смертности от этого заболевания. В статистических исследованиях А.В. Гафарова показано, что больше половины мужчин (54,3%) и женщин (51,6%) умирают на догоспитальном этапе: дома в присутствии врача (2% и 3,5%), в общественном месте (2,3% и 3%), при транспортировке в больницу (1,2% и 1,5%), на рабочем месте (8,2% и 6,5%), на улице (11,8% и 5%). В стационаре женщин умирает больше (30,5%), чем мужчин (20,0%).

В настоящее время ИМ остается таким же серьезным заболеванием, как и несколько десятилетий назад, о чем свидетельствует высокая заболеваемость и смертность от него. Болезнь все больше «молодеет» – все чаще это заболевание встречается у молодых трудоспособных людей. В 2007-м году смертность от ИМ наступала в 15% случаев смертности у молодых, в 2009-м году смертность составила более 16%, а в некоторых регионах страны уровень смертности намного выше среднего уровня по всей стране. В группу высокого и очень высокого риска ИМ попадает 15,9% молодого населения. У молодых людей, особенно угрожаемых по развитию сердечно -сосудистых

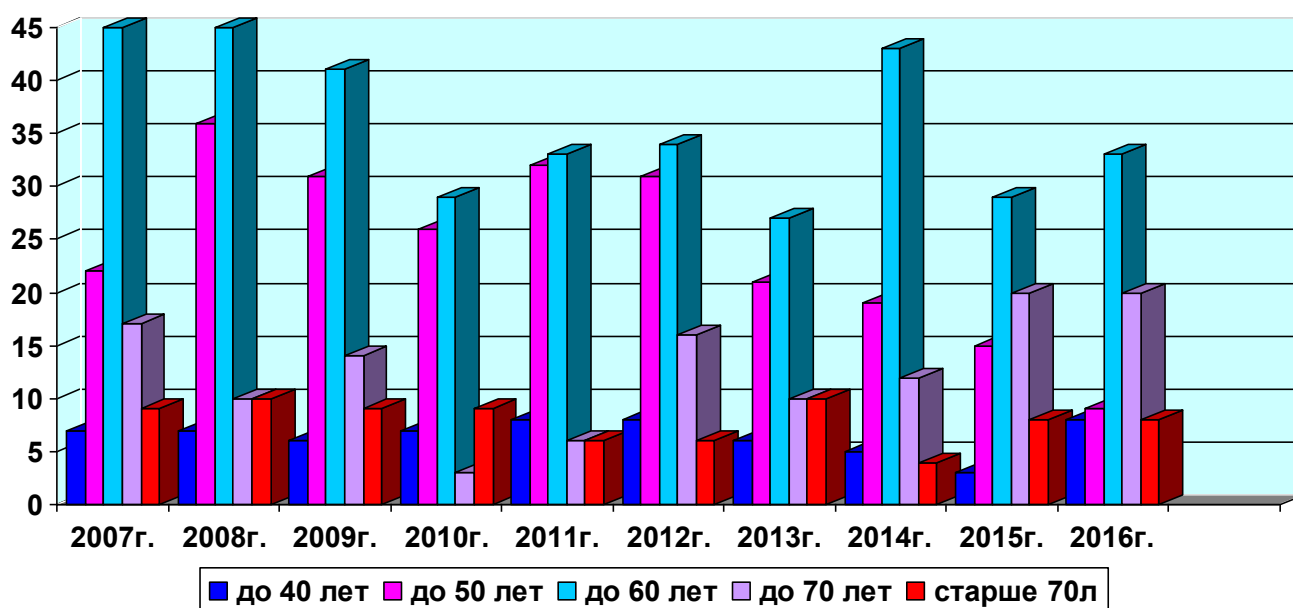
заболеваний, наряду с такими факторами риска, как дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, преобладает депрессия.

Статистика. Существуют данные, что у людей до 40 лет инфаркт миокарда развивается с такой периодичностью: 0,01-0,6 случаев на 1000 мужчин, а также 0,03-0,4 – на 1000 женщин. Эти показатели составляют 2-7% всех случаев инфаркта, которые регистрируются до 65 лет.

По возрастным группам и половому признаку больные с острым инфарктом миокарда распределились следующим образом:

годы	до 40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61-70 лет		Старше 70 лет		Всего		Всего ОИМ
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	
2007 год	6	1	17	5	34	11	8	9	2	7	67	33	100
2008 год	6	1	34	2	40	5	8	2	4	6	92	16	108
2009 год	4	2	29	2	33	8	8	6	1	8	75	26	101
2010 год	7	0	25	1	23	6	1	2	0	9	56	18	74
2011 год	7	1	24	4	23	10	2	4	2	4	58	23	81
2012 год	8	0	28	3	31	3	12	4	0	6	79	16	95
2013 год	6	0	19	2	22	5	6	4	4	6	57	17	74
2014 год	5	0	17	2	31	12	8	4	2	2	63	20	83
2015 год	2	1	19	2	23	4	6	10	0	8	50	25	75
2016 год	3	1	12	1	29	4	13	7	3	5	60	18	78
Всего	58	7	224	24	289	68	68	52	18	61	657	212	869
	7,5%		28,5%		41,1%		13,8%		9,1%				

Распределение ОИМ по возрасту



Выводы:

1. При анализе по возрасту больных с ОИМ до 40 лет было 65 человек, из них мужчин 89,2%, женщин – 10,8% (7,5% от всех случаев);

- до 50 лет - 248 человек, из них мужчин - 90,3%, женщин – 9,7%, (28,5% от всех случаев);

- до 60 лет – 357 больных с ОИМ, из них мужчин - 81,0%, женщин – 19,0% (41,1% от всех случаев);

- до 70 лет – 120 больных с ОИМ, из них мужчин - 56,7%, женщин – 43,3% (13,8% от всех случаев);

- старше 70 лет – 79 больных с ОИМ, из них мужчин - 22,8%, женщин – 77,2%, (9,1% от всех случаев).

2. Наблюдается за десятилетие тенденция снижения соотношения больных с ОИМ в возрасте до 40 и 50 лет; в возрасте до 60 лет снижения в период 2010-2013 годах и вновь рост с 2014 года. Рост количества ОИМ с 2014 года по 2016 год у пожилых людей в возрасте с 60 лет до 75 лет объясняется социальной нестабильностью в стране и приездом пожилых родителей на постоянное место жительства к детям в Норильск. В 2014 году численность населения снизилась до 176 559 человек с 209 347 человек 2007 года (на 32 788 человек), но возросло количество пожилых людей за счет приезжих, а значит, и больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, осложнившихся ОИМ.

3. Поражает ОИМ больных ИБС преимущественно в трудоспособном возрасте с 40 лет до 50 лет (28,5%) и до 60 лет (41,1%).

4. Из перенесших ОИМ за последние 10 лет мужчин в 3 раза больше, чем женщин.

5. Но не редки случаи ОИМ в молодом возрасте.

Представляем два клинических случая острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST с исходом в инфаркт миокарда у молодого человека в 19 лет и у девушки в 16 лет. Описаны диагностика и лечение ИМ у данных больных.

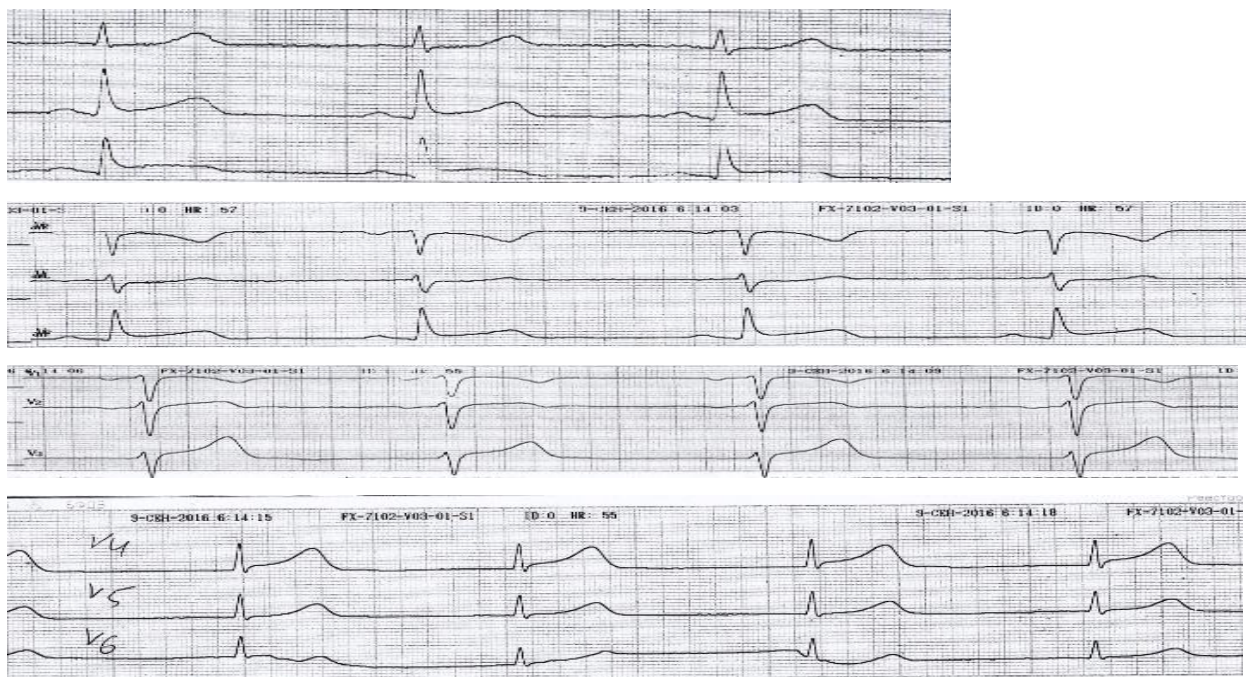
Клинический случай 1. Больной Е., 19 лет,

обратился на центральную подстанцию г. Норильска 09.09.2016г. в 5 час 44 мин с поводом: «боли в груди». По прибытию кардиологической бригады СМП больной предъявлял **жалобы** на колющие боли за грудиной и боль в левой руке с 4 часов. Ангинозный приступ развивался впервые.

В **анамнезе** хронический гломерулонефрит. Принимает преднизолон 35 мг. Физические нагрузки переносит хорошо. Был рекомендован прием статинов. Месяц назад больной самостоятельно прекратил прием Аторвастатина.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Эмоционально лабильный. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Дыхание везикулярное. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 45 в мин. АД 140 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б.

ЭКГ в 6:00: ритм синусовый с ЧСС 45 в мин. Синусовая брадикардия. ЭОС не отклонена. Элевация сегмента ST на 0,1-0,2 mV во II, III, avF, (V4?). Реципрокных изменений нет.



Диагноз: ИБС. ОКС. Впервые возникшая стенокардия.

Фон: гиперхолестеринемия.

- Лечение: 1. Aer. Nitrominti 1 доза под язык (боль уменьшилась);
2. Tab. Aspirini 250 mg, разжевать; 3. Tab. Plagryl 300 mg внутрь;
4. Sol. Heparini 4000 ME в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;
5. Sol. Morphinihydrochloridi 1.0 мл на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в дробно;
6. Инсуфляция кислорода.

Боль купировалась полностью. АД 120/80 мм рт. ст. ТЛТ не проводилась, учитывая молодой возраст и нехарактерный для стенокардии болевой синдром. На ЭКГ в 6:40: ритм синусовый с ЧСС 53 в мин. Элевация сегмента ST на 0,1-0,2 mV во II, III, avF сохраняется, реципрокности нет.

Доставлен в ПИТ кардиологического отделения НМБ №1, минуя ПО, в 7:10.

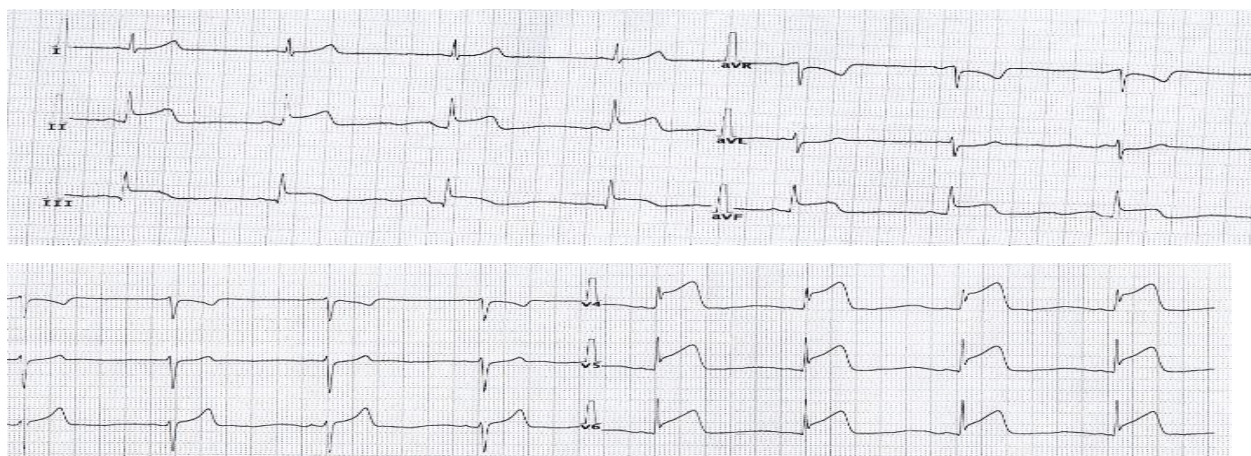
По описанию в истории болезни первичного осмотра больного: на момент осмотра жалоб не предъявляет. Болевой синдром купирован на догоспитальном этапе.

Анамнез заболевания идентичен описанию в карте вызова СМП.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Курит. Страдает хр. гломерулонефритом, фокальный сегментарный гломерулосклероз, рецидивирующий нефротический синдром, ХБП -1. Последнее лечение в июне 2016 г. Выписан с рекомендациями приема преднизолона 60 мг в сутки с уменьшением дозы. В настоящее время принимает преднизолон 35 мг утром, азатиоптрин 150 мг/сутки (самостоятельно прекратил принимать), аторвастатин 10 мг вечером (самостоятельно прекратил принимать).

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожные покровы бледные. Нормостеник. Одышки, цианоза нет. Дыхание жесткое. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 46 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 49 в мин. ЭОС вертикальная. Элевация сегмента ST до 0,4 mV во II, III, aVF, V4-V6. Реципрокная депрессия сегмента ST до 0,1 mV в aVL.



Диагноз: ИБС? ОКС с подъемом ST от 09.09.16 Г. СН-1 по Killip.

Фоновый: Гиперлипидемия. Сопутствующий: Хр. гломерулонефрит, ХБП -1.

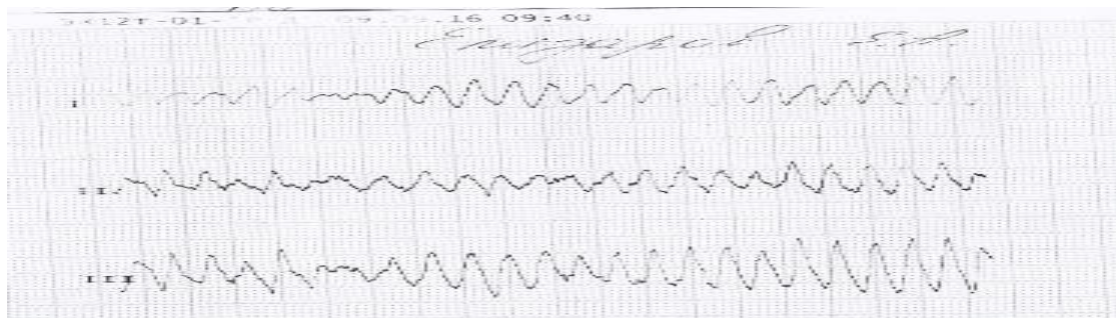
В 8:30: состояние средней тяжести, стабильное. Проводится инфузионная терапия (изокет, гепарин), мониторинг АД, кислородотерапия.

В 8:45: жалобы на давящие боли за грудиной, тошноту. АД 180/80, ЧСС 84 в 1 мин, ЧДД 17 в 1 мин. Лечение: Sol. Analgini 50%- 2.0 ml в/в, Sol. Chloropiraminii 1.0 ml в/в, Sol. Metoclopramidii 2.0 ml в/в. Болевой синдром купирован, сохраняется тошнота, однократная рвота.

В 9:10: жалоб нет. По ЭКГ – мониторингу частые желудочковые экстрасистолы, пробежки VT. Лечение: Sol. Cordaroni 300 mg в/в, Sol. Glucose 5%-150 ml,

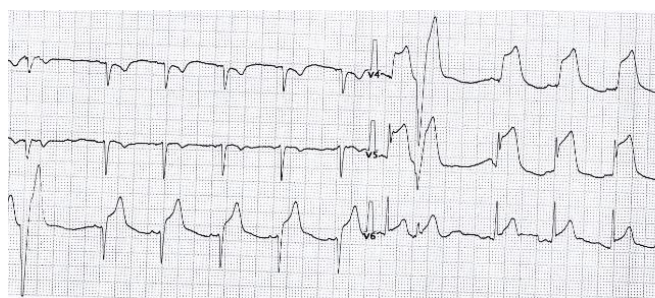
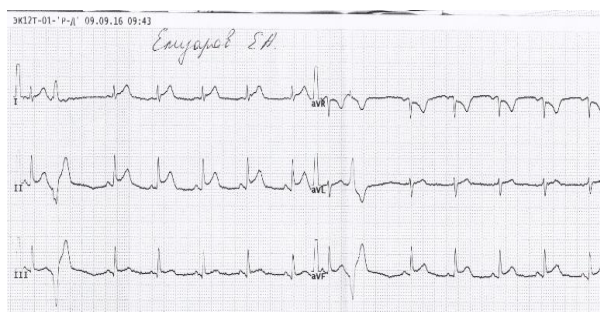
Sol. Kaliichloridi 3% - 40 ml, Sol. Magniisulfatis 25% - 10 ml в/в.

В 9:40: состояние с отрицательной динамикой. Пациент без сознания, по ЭКГ-мониторингу ритм FV. Cito: НМС, ЭИТ 200 Дж №1. Восстановлен синусовый ритм, пациент в сознании.



Sol. Cordaroni 150 mg в/в струйно, Sol. Cordaroni 300 mg в/в капельно, Sol. Magniisulfatis 25% - 20 ml в/в.

В 9:43: после ЭИТ



11:00: состояние стабильно тяжелое. Жалоб нет. АД 125 и 70 мм рт.ст, ЧСС 74 в 1 мин, ЧДД 17 в 1 мин. На ЭКГ-мониторинге синусовый ритм. Частые единичные VES.

13.09.16 г. Больной переводится из ПИТ в кардиологическое отделение.

На ЭКГ- ритм синусовый, ЭОС не отклонена. QS в V3-V5, сохраняется элевация сегмента ST до 0,1 mV во II, III, avF, V3-V6.

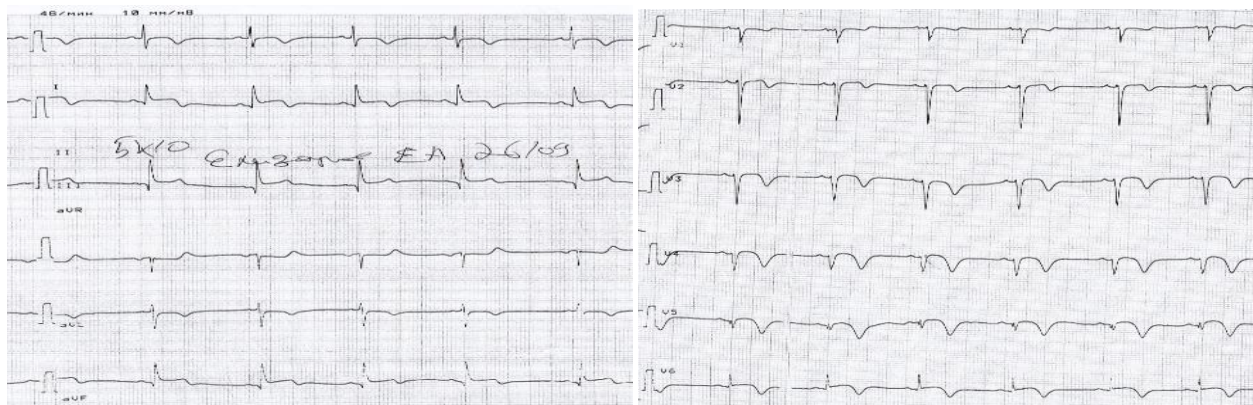
Диагноз: ИБС: ОИМ с Q передне-боковой локализации с захватом МЖП, верхушки от 09.09.16 г. СН I (по Killip). ТЛТ (фортелизин) 09.09.16 г. Нарушение ритма сердца по типу VT (torsado-de-point) 09.09.16 г. ЭИТ №1; VES.

Сопутствующий диагноз: Хр. гломерулонефрит.

Обследование:

АСТ – 31,4; АЛТ – 9,8; Тропонин – 3057; КСФ: МВ КК – 59,3; КФК – 039,1; ЛДГ – 406,4; ОХ – 10,2; ЛПНП – 7,7; ЛПОНП – 1,33; ЛПВП – 1,13; ТГ – 2,42; ИА – 8,03;

ЭКГ при выписке – синусовый ритм, ЧСС от 55-65 в мин. ЭОС не отклонена. Регресс R в V1-V3. Сохраняется элевация сегмента ST до 0,3 mV в V2-V5 с отрицательным T, +-T в I,avL, V6.



ЭХО КГ 11.09.16 г: аорта не уплотнена, не расширена – 2,9; ЛП не увеличено 3,2; ПЛЖ не расширена(КДР 4,7; КСР – 3,1); ФВ – 60%; ТМЖП – 1,1; ЗСЛЖ - -1,1; АК – створки уплотнены, движение передней створки М-образное, ПЖ не расширен; ПЗР – 2,6. Заключение: гипокинез МЖП, верхушки, боковых сегментов. НДФЛЖ.

ЭХО КГ в динамике 22.09.16 г.: улучшение сократимости – ФВ 66%. Зоны гипокинеза не визуализируются.

УЗДГ артерий н/конечностей: эхографических признаков поражения артерий и тромбоза вен н/к не выявлено.

УЗДГ экстракардиальных сосудов: толщина complexintima-media: справа-0,6; слева – 0,6. Атеросклеротические изменения в экстракардиальных артериях без признаков стеноза.

УЗДГ брюшного отдела аорты: эхопатологии не выявлено.

Холтер ЭКГ: зарегистрирован синусовый ритм со средней ЧСС-66 в 1 мин, max ЧСС 90 в

1 мин, min ЧСС 53 в 1 мин, 2 желудочковые экстрасистолы, 127 наджелудочковых. Значимой динамики сегмента ST не выявлено.

Лечение: изокет в/в капельно, гепарин, кордарон, глюкозоинсулинокалиевая смесь, сульфат магния, аспирин, клопидогрел, омепразол, преднизолон, атростафин, кардикет.

Назначена плановая госпитализация в ККБ г. Красноярск для проведения коронарографии. С 05.10.2016г. по 14.10.2016г. находился в КГБУЗ «Краевая клиническая больница». **Диагноз: Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз от 09.09.2016г. СТЛ Фортелизином 09.09.2016г.**

Осложнение: Постинфарктная аневризма левого желудочка. Тромб в полости левого желудочка. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. СН IIА ст. (II ФК по NYHA).

Сопутствующие: Хронический фокально-мезангиальный гломерулонефрит, нефротическая форма. Рецидивирующий нефротический синдром. ХПН 0 ст. ХБП 1 ст. Состояние иммуносупрессии ГКС и цитостатиками.

Принято решение о проведении КАГ с прицелом на стентирование. Со слов пациента КАГ проводилась, но данных в выписке нет.

Рекомендовано:

- Оперативное лечение не показано
- Наблюдение терапевта, кардиолога, нефролога
- Диета
- Клопидогрел 75 мг, 1 раз утром
- Варфарин-никомед 2,5 мг по 2 таб. под контролем МНО
- Кордарон 200 мг, 1 раз
- Конкор 5 мг, 1 раз
- Крестор 10 мг, 1 раз
- Нольпаза 20 мг, 1 раз
- Нитраты ситуационно.

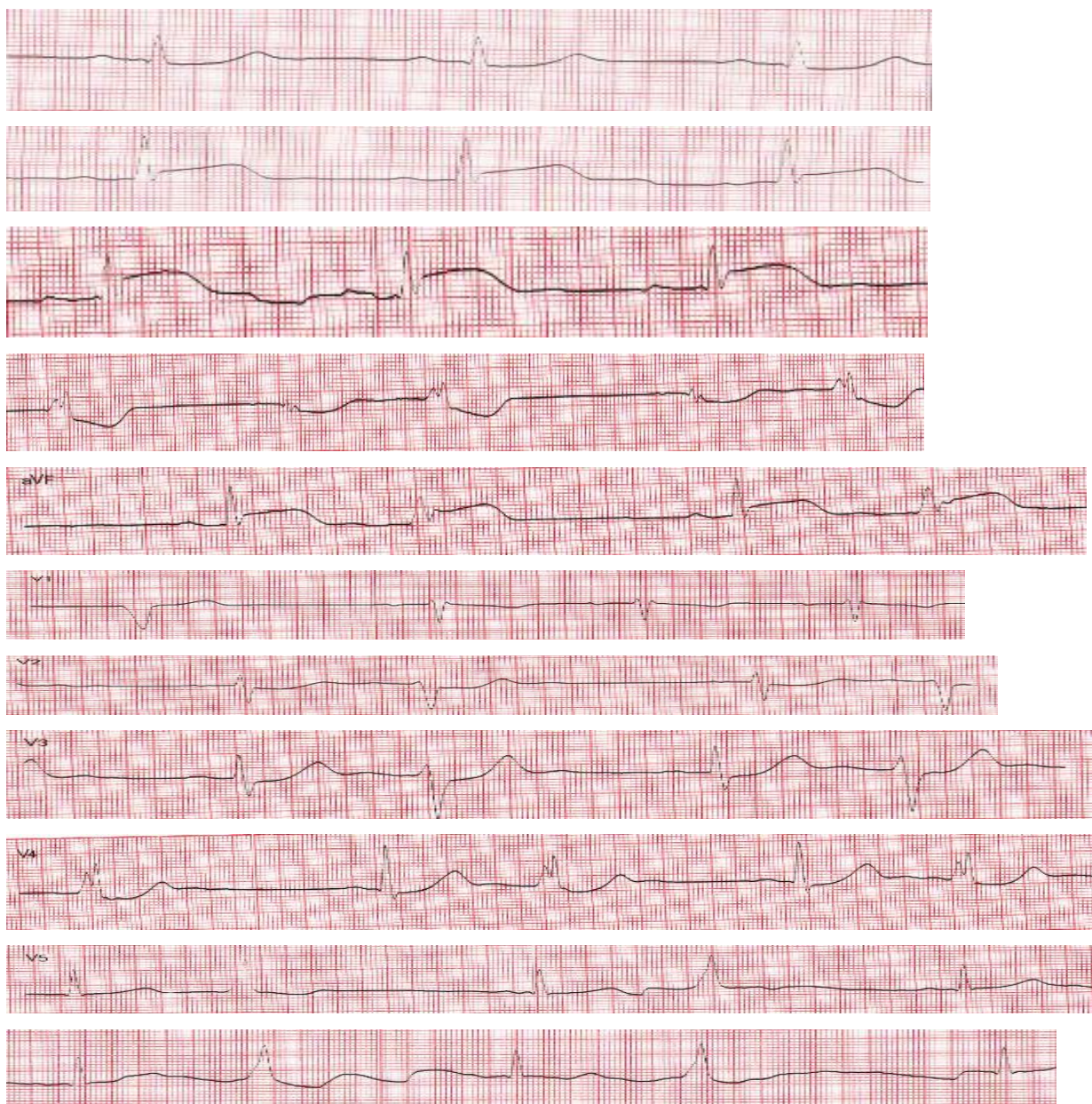
Клинический случай 2. Больная Г., 16 лет.

обратилась на центральную подстанцию г. Норильска 14.12.2016г. в 13 час 14 мин с поводом: «слабость, боли в сердце». По прибытию общепрофильной врачебной бригады СМП больная **жаловалась** на боль за грудиной сжимающего характера, иррадиирующую в межлопаточную область, нижнюю челюсть. Боль возникла на фоне покоя, появилась около 13 часов (30 минут назад). Также беспокоило головокружение, слабость, однократная рвота. Больная осмотрена в присутствии матери.

Анамнез: Наблюдается неврологом с диагнозом: Хроническая недостаточность мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Цервикокраниалгия. Цереброастенический синдром. Последствия натальной краниоспинальной травмы. Подвывих в атлантоосевом суставе. Вентрикуломегалия. Синдром периферической цервикальной недостаточности. Ретроцеребральная киста. Также страдает первичным хроническим гастродуоденитом, деформацией желчного пузыря, левосторонним грудопоясничным сколиозом I степени.

Объективные данные: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Вялая. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75 в минуту. АД 105 и 65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

ЭКГ: ритм нерегулярный синусовый. ЧСС 70 в минуту. ЭОС не отклонена. Элевация сегмента ST на 0,2-0,3 mV во II, III, avF отведениях. Депрессия сегмента ST на 0,1-0,2 mV в I, avL, V2-V4. VE по типу бигеминии.



Диагноз: НЦД по кардиальному типу? ВПС? Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Лечение: Sol. Analgini 50% - 1.0 ml в/м, инсуфляция кислорода.

Доставлена на госпитализацию в НМБ №1.

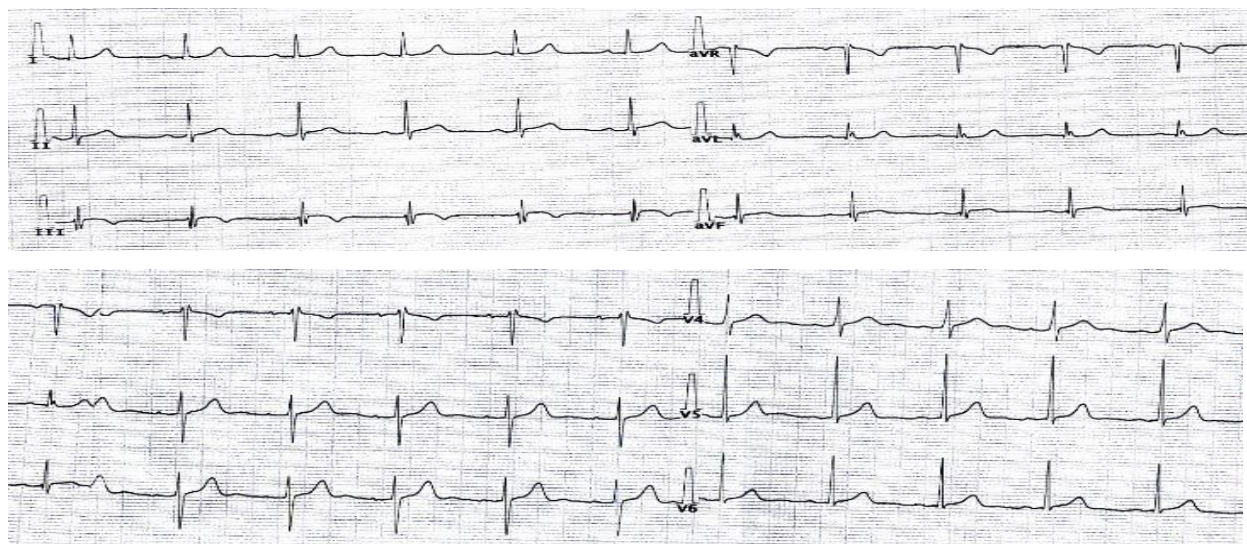
При поступлении в приемном отделении **жалобы** больной были на чувство дискомфорта в грудной клетке, выраженный болевой синдром за грудиной купировался на догоспитальном этапе.

Анамнез заболевания: сегодня около 13 часов в покое дома появился интенсивный болевой синдром за грудиной, жгучего давящего характера с иррадиацией в нижнюю челюсть, сопровождающейся слабостью, нехваткой воздуха, холодным потом. В связи с чем была вызвана СМП, больная направлена на госпитализацию.

С 29.11.2016г. болела ОРВИ. Школу не посещала. Дебют ОРВИ характеризовался выраженной интоксикацией, миалгиями и повышением температуры тела свыше 38 С. В дальнейшем температура тела нормализовалась, сохранились катаральные явления и слабость. Лечилась симптоматически на дому.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, лежит низко. Одышки, цианоза губ нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, теплые. ПЖК умеренно развита. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

На ЭКГ в ПИТ: синусовый ритм на фоне купированного болевого синдрома. Сегмент ST на изолинии. Сохраняется отрицательный зубец Т в 3 отведении.



Больная госпитализируется в ПИТ для динамического наблюдения.

В связи с отсутствием стойкого подъема ST ТЛТ не проводилась.

Диагноз: ИБС. ОКС без стойкого подъема ST. СН I (по Killip).

Анализы:

Общий холестерин 3,0; ЛПНП – 0,34; ЛПВП – 1; ТГ – 0,74;

В динамике от 26.12.16 г. общий холестерин – 2,5; ЛПНП 0,94; ЛПОНП 0,33; ЛПВП–1,23; ТГ–0,73.

КФК – 1007; в динамике 15.12.16г. КФК 1002; ЛДГ – 592; МВКК 128,9; от 16.12.16г. КФК – 610; ЛДГ 612; МВКК 82,5.

От 19.12.16г. КФК 127; ЛДГ - 478; МВКК - 34.

От 26.12.16г. КФК 47; ЛДГ - 301; МВКК - 19. Тропонин – нет реактивов

АСТ – 15.12.16 . - 163; 26.12.16г. – 33,9. АЛТ - 15.12.16.- 23,1; 26.12.16г. – 25,4

Билирубин – 13,4; креатинин – 76; мочевины 4,9; кальций – 2,38; магний – 0,97; натрий – 144,8; калий – 4,27; хлор – 102,2

ЭКГ при выписке: синусовый ритм, ЧСС 60-65 в мин. ЭОС не отклонена. Патологические зубцы Q не сформировались. В отведении III комплекс QRS-rSR. Сегмент STна изолинии. Зубец T положительный. Отведения II, aVF, грудные без особенностей.

ЭхоКГ: аорта не уплотнена, не расширена (2,5). ЛП не увеличено (2,7). ПЛЖ не расширена (КДР – 4,6; КСР – 2,8). ФВ удовлетворительная – 68%. ТМЖП не утолщена(0,55). ЗСЛЖ не утолщена (0,56). АК – створки не уплотнены; клапан 3-створчатый, амплитуда раскрытия нормальная (1,8). МК – створки не уплотнены, движение передней створки М-образное. ПЖ не расширен (ПЗР – 1,6)

ХолтерЭКГот 19.12.16г. зарегистрирован синусовый ритм со средней ЧСС 53 в мин. Зарегистрировано 15 VES, 1 куплет, 34 SVES, 1 триплет. Динамики сегмента ST не зарегистрировано.

Лечение: при поступлении в/в инфузия нитратов, адекватное обезболивание наркотическими анальгетиками, аспирин в нагрузочной дозе 25 мг, клопидогрел в нагрузочной дозе, в дальнейшем 75 мг, омепразол, клексан 0,8*2 в день с дальнейшим снижением и отменой, аторис 10 мг, метопролол 12,5*2 р. Больная госпитализирована в ПИТ, через 72 часа переведена в кардиологическое отделение. За время пребывания в отделении клиники стенокардии не было. Клинических проявлений ХСН, угрожающих аритмий не было. АД преимущественно 90 и 60 мм рт. ст. ЧСС 65-70 в мин.

Диагноз ОИМ установлен на основании типичного болевого синдрома 14.12.16г., наличия элевации сегмента ST в 3-х смежных отведениях 14.12.16г. и реципрокной депрессии на ЭКГ, а также повышения биохимических маркеров некроза миокарда. Провести дифференциально- диагностические мероприятия с очаговым миокардитом в НМБ №1 нет возможности.

Диагноз при выписке: ИБС, ОИМ нижней локализации без зубца Q (от 14.12.16г.). Одиночные VES, SVES. ХСН 0-1

Направлена в краевой центр с целью выполнения КАГ и МРТ сердца (исключение очагового миокардита) и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения больной.

15.02.2017г. в федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярск осмотрена кардиологом-педиатром. **Диагноз: данные за ОИМ сомнительные, изменения на ЭКГ и клиническая картина, вероятно, связано с воспалительным заболеванием сердца после перенесенной ОРВИ (острый миокардит, перикардит). ХСН 0 ст.**

Заключение: необходимо амбулаторное дообследование.

Выводы анализа:

1. Проведен у 869 больных с ОИМ, которым оказана медицинская помощь бригадами Норильской станцией скорой медицинской помощи за последние 10 лет статистический анализ по возрасту и полу.

2. Выявлена тенденция снижения соотношения больных с ОИМ в возрасте до 40 и 50 лет и до 60 лет в период 2010-2013 годах и вновь рост с 2014 года, который объясняется демографическими изменениями. В 2014 - 2016 годах произошла миграция пожилых людей в возрасте с 60 лет до 75 лет на постоянное место жительства к детям в Норильск. На фоне снижения численность населения с 2007 года более чем на 32 000 человек возросло количество пожилых людей за счет приезжих, которые изменили соотношение случаев ОИМ в сторону пожилого возраста от 60 лет и старше.

3. Поражает ОИМ больных ИБС преимущественно в трудоспособном возрасте с 40 лет до 50 лет (28,5%) и до 60 лет (41,1%).

4. Из перенесших ОИМ за последние 10 лет мужчин в 3 раза больше, чем женщин.

5. Но не редки случаи ОИМ в молодом возрасте, представлены для демонстрации два клинических случая острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST с исходом в инфаркт миокарда у молодого человека в 19 лет и у девушки в 16 лет.

Инфаркт миокарда – крайне опасное состояние, которое может стать причиной внезапного летального исхода. К сожалению, это заболевание перестало быть уделом пожилых людей. С каждым годом врачи диагностируют все больше случаев подобных приступов у молодежи.

Использованная литература:

1. Источник статистики: <http://serdce.hvatit-bolet.ru/infarkt-v-molodom-vozraste.html>

2. Журналы «Сердце» и «Сердечная недостаточность» для практикующих врачей
за последние 5 лет.
3. Кечкер М.И. «Руководство по клинической электрокардиографии». Москва.
2000г.

ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.В. Деревянных

КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Совершенствование подходов к ранней диагностике инфаркта миокарда (ИМ) является актуальной проблемой догоспитального этапа (ДГЭ). На ДГЭ допустима гипердиагностика острого коронарного синдрома (ОКС) в пределах 50 %. При этом, величины смертности и летальности от инфаркта миокарда (ИМ) в РФ чрезвычайно высоки, одной из основных причин считаются пропущенные ИМ при ранней диагностике ОКС.

Цель исследования: Количественно оценить точность диагностики ОКС на основе данных кардиореанимации КГБУЗ МР КБСМП им. Карповича г.Красноярска, а также определить величину летальности от ИМ в группе пациентов, доставленных СМП с ошибочными диагнозами.

Материалы и методы: на клинической базе БСМП были ретроспективно проанализированы истории болезни 838 пациентов, доставленных СМП в кардиореанимацию в период с 01.01.16 по 31.03.16 с подозрением на ОКС. Средний возраст $68,4 \pm 2,8$ лет, из них мужчин 479 чел. (57,2%). У 455 пациентов (54,3%) по результатам обследования отсутствовали показания для госпитализации, они были выписаны после обследований в первые же часы, еще 37 чел. (4,4%) отказались от лечения, их окончательный диагноз неизвестен. 346 чел. (41,3%) госпитализировано с кардиогенными проблемами, из них у 222 чел. подтвержден ОКС (27,8%). Из них у 134 диагностирован ИМ, умерло 15 чел., у 88 чел. диагностирована НС, умерло 2 чел. В период с 01.10.2014 по 31.01.2017 дополнительно выявлено 42 пациента (27 женщин и 15 мужчин), ср. возраст $72,1 \pm 1,7$ лет с входящими диагнозами от СМП: пневмония (13 чел.), острый живот (10 чел.), СД (7 чел.), ГБ – 9 чел., ОНМК – 3 чел. У всех этих пациентов в течение 1-х суток был выявлен ИМ, от которого во время нахождения в БСМП умерло 17 чел.

Результаты и их обсуждение: На основании полученных данных определена точность диагностики ОКС сотрудниками СМП, она составила **27,8%**, что ниже норматива практически вдвое. Летальность от ИМ за время нахождения в БСМП в группе из 134 чел. составила **11,2%**, что является приемлемым результатом в РФ. Ожидалось, что в группе пациентов с ошибочным (некоронарогенными) входящим диагнозом, у которых в первые сутки установят ИМ, летальность от ИМ будет повышена, но оказалось, что

летальность в этой группе **40,5%**, что почти в 4 раза превышает обычную летальность от ИМ в кардиореанимации. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в группе преобладают женщины (64,3%), что объясняется гораздо большей частотой асимптоматических проявлений ОКС именно у женского пола.

Выводы: В реальной клинической практике на этапе СМП гипердиагностика может быть значительно выше предписанной, достигая величин более 70%. В случае несвоевременного распознавания ИМ среди пациентов, доставленных с другими диагнозами, летальность достигает 40,5%. Назрела необходимость введения на этапе СМП экспресс-тестирования, повышающего точность ранней диагностики ОКС.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ (МНОЖЕСТВЕННОЙ, СОЧЕТАННОЙ, ИЗОЛИРОВАННОЙ) БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА

Л.В. Дудко, В.В. Илугина, А.Р. Иванов, С.Л. Колодко, П.А.Михеев, В.В. Мороз,

З.А. Мусакиева, В.И. Школьников

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи»

Цель исследования: качество диагностики и оказания медицинской помощи пострадавшим с различными травмами выездными бригадами СМП за 2015-2016 г.г.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 4 964 карты вызова с травмами КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи».

При оказании медицинской помощи пострадавшим с травмами на догоспитальном этапе бригадами СМП выполняются следующие задачи:

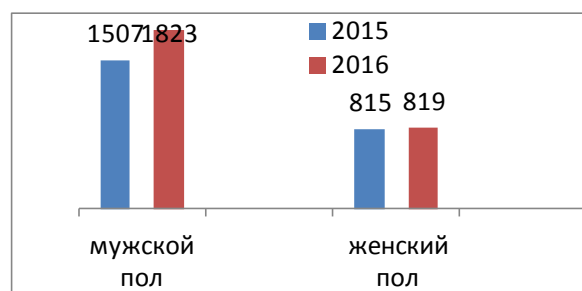
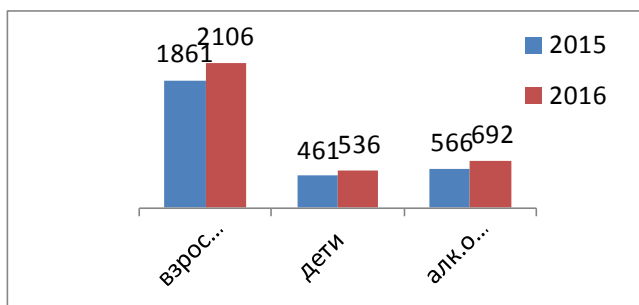
- выявление угрожающего жизни и препятствующего безопасной транспортировке больного синдрома;
- выявления доминирующего синдрома при травме;
- установления степени травматического шока;
- срочная госпитализация в профильное отделение стационара или в травмпункт.

Слово травма в переводе с греческого обозначает повреждение, рана. О тяжести травмы судят по степени шока, объему кровопотери, нарушении сознания, нарушении функций поврежденного органа, если травма признана, не совместимой с жизнью, то летальность составляет более 90%. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место. Сочетанные и множественные травмы приводят к тяжелым повреждениям с высокой летальностью на догоспитальном этапе.

Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин - 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин.

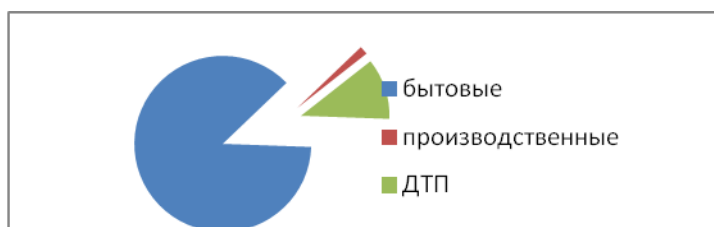
За период 2015-2016г.г. бригадами СМП оказана медицинская помощь 13973 пострадавшим от несчастных случаев: в 2015г. - 7 065 пострадавшим, в 2016г. – 6 908 пострадавшим. В 2016г. количество несчастных случаев снизилось на 157 происшествий.

Из несчастных случаев был проведен анализ 4964 выездных карт больных с различными видами травм, обратившихся на СМП г.Норильска: 3967 взрослых (1861 в 2015г. и 2106 в 2016г.) и 997 детей(461 в 2015г. и 536 в 2016г.). Из них были в состоянии алкогольного опьянения 1258 человек - 25% пострадавших, т.е. каждый четвертый.



В 2016 отмечается увеличение детского травматизма на 75 случаев, в 67% у мужчин.

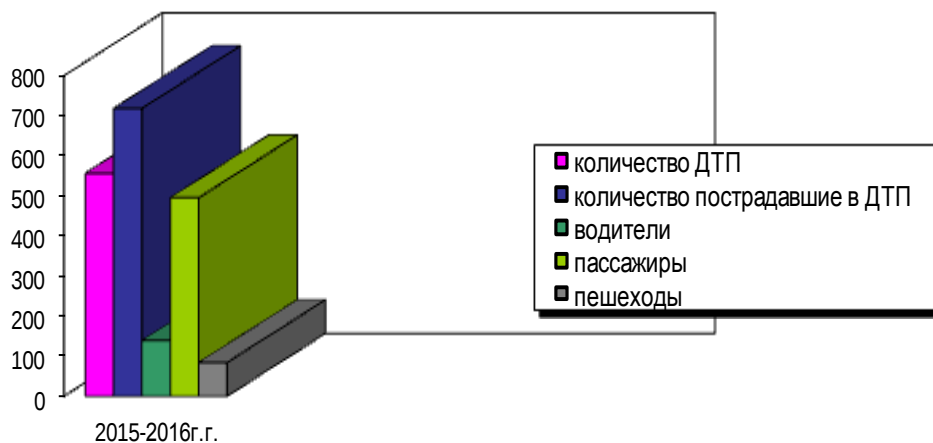
Причины травм: бытовые – 4 331 случай, производственные травмы – 77 случаев, дорожно-транспортные происшествия – 556.



Среди полученных травм, лидирующее положение занимает бытовой травматизм – 87%.

Пострадавшие в ДТП распределились следующим образом: водители – 139 человек, пассажиры – 495, пешеходы – 84 человек.

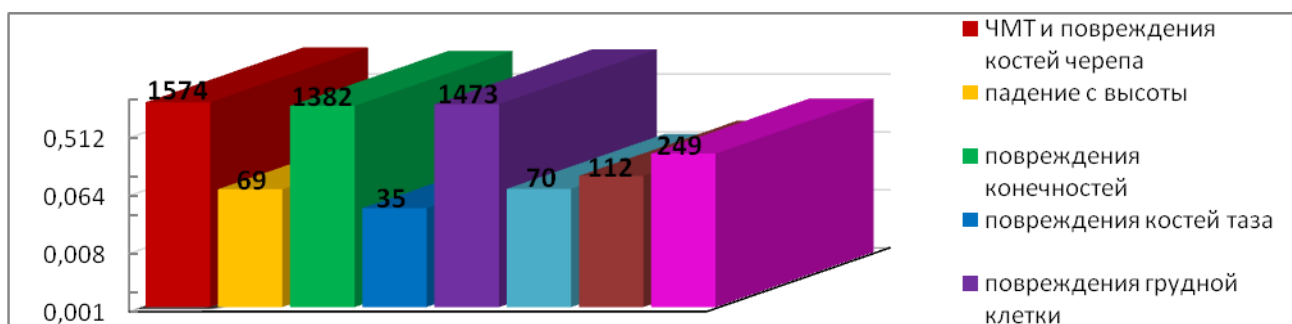
Всего пострадало в ДТП за два года 718 человек, из них умер до приезда СМП 31 пострадавший, в присутствии бригады СМП умер 1 в результате полученной травмы, несовместимой с жизнью.



Время доезда бригад к месту ДТП соответствовало нормативу до 20 минут в 99%.

Структура травм по нозологии и тяжести состояния Таблица 1

Виды травм	2015г	2016г	Всего
ЧМТ и повреждения костей черепа	704	870	1574 – 31,7%
падение с высоты	34	35	69
повреждения конечностей	668	714	1382 – 27,8%
повреждения костей таза	18	17	35
повреждения грудной клетки	655	818	1473 – 29,7%
повреждения позвоночника	39	31	70
повреждения внутренних органов	74	38	112
ожоги	130	119	249 – 5,0%
Тяжесть состояния пострадавших			
легкая	1059	1512	2571
средняя	1172	1071	1243
тяжелая	88	51	139



В структуре полученных травм большой удельный вес занимают ЧМТ и повреждения костей черепа – 31,7%, далее следуют повреждения грудной клетки - 29,7% и повреждения костей конечностей – 27,8%.

Сочетанная травма наблюдалась у 566 человек – 11,4%, из них в тяжелом и средней степени тяжести находились 539 пострадавших – 95%.

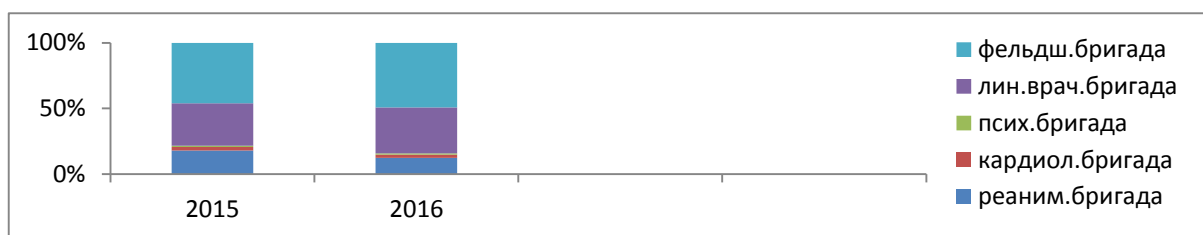
Пострадавшие с ЧМТ и повреждениями костей черепа направляются на стационарное лечение в НМБ №1, но госпитализируется только каждый второй – третий из-за трудности диагностики тяжести ЧМТ на этапе скорой помощи.

Оказание медицинской помощи пострадавшим по профилю бригад СМП

Таблица 2

Профиль бригад СМП	2015	2016
количество пострадавших	2322	2642
реанимационная бригада	415 - 17,9%	325 - 12,3%
кардиологическая бригада	62 - 2,7%	63 - 2,4%
психиатрическая бригада	22 - 0,9%	29 - 1,1%
общепрофильная врачебная бригада	755 - 32,5%	922 - 34,9%
фельдшерская бригада	1068 - 46%	1303 - 49,3%

Диаграмма 6

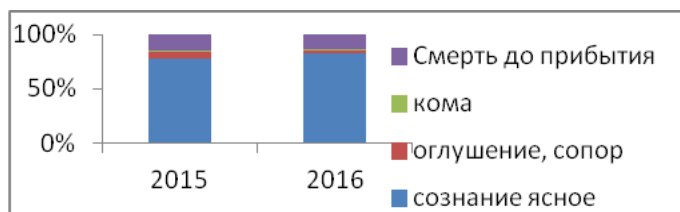
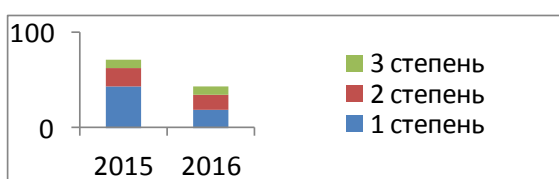


Неотложная терапия пострадавших оказывалась специализированными бригадами в 18,4% случаев (реанимационными – в 14,9% случаях и кардиологическими – в 2,5%, психиатрической – в 1,0%) наиболее тяжелому контингенту с сочетанными травмами, общепрофильными врачебными бригадами в 33,8% случаев; в 47,8% пострадавшим с не тяжелыми травмами медицинская помощь оказывалась фельдшерскими бригадами.

Структура пострадавших по тяжести состояния и сознания по шкале Глазго

Таблица 3

	2015	%	2016		Всего
Сознание ясное	2137	92	2527	95,6	4664
Оглушение, сопор	167	7,2	96	3,6	263
Мозговая кома	15	0,7	11	0,4	26
Смерть до прибытия	18		16		34
Шок 1 ст	43		18		61
Шок 2 ст	19		16		35
Шок 3 ст	9		9		18



Пострадавших в шоковом состоянии было 114 человек: 71 пострадавший в 2015г. и 43 человека в 2016 г.

Отмечается уменьшение пострадавших с шоком в 2016 г по сравнению с 2015г, количество смертей до приезда бригад СМП, связанных с травмами, несовместимыми с жизнью, снизилось на 2 случая.

Медицинская помощь пострадавшим проводилась в соответствии с утвержденными алгоритмами оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

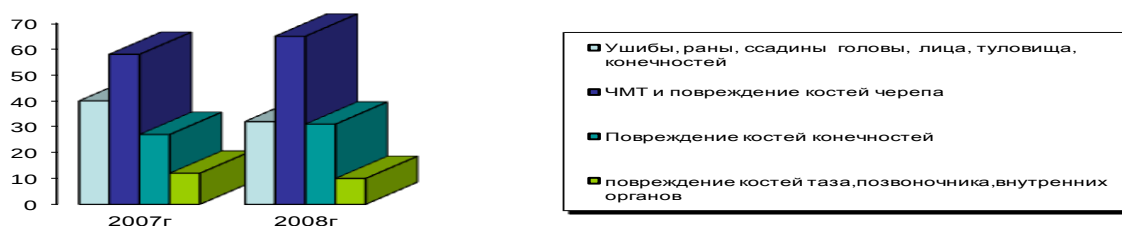
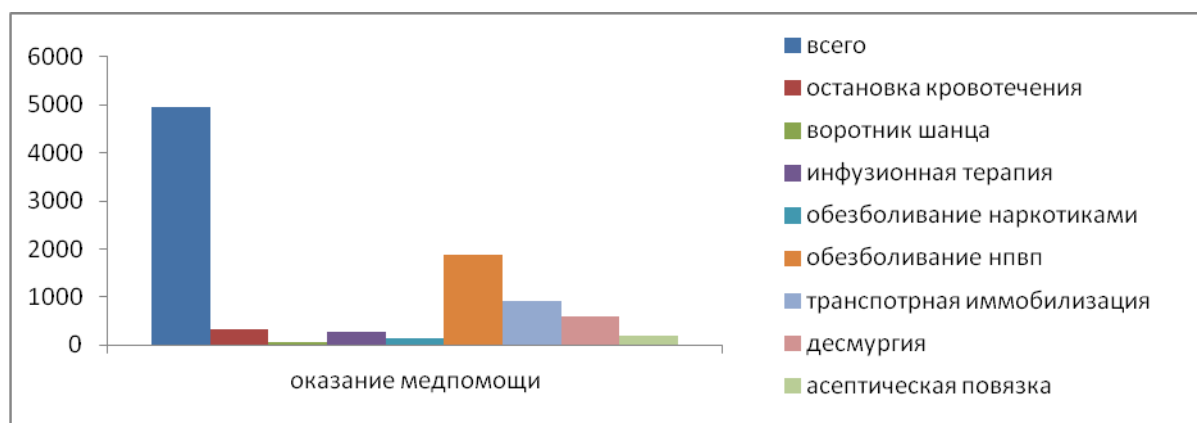


Таблица 4

	2015г. - 2016г.
Остановка кровотечения	340
Наложение воротника Шанца	50
Инфузионная терапия	265
Обезболивание наркотическими средствами	154
Обезболивание НПВС	1886
Транспортная иммобилизация	913
Наложение давящих повязок	597
Наложение асептических повязок	185
ИВЛ	14
Интубация трахеи	14
Оксигенотерапия	125



В 2015-2016гг. травмированным в 50 случаях для фиксации шейного отдела позвоночника при транспортировке накладывался воротник Шанца.

В 240 случаях имелись показания для остановки наружного кровотечения - накладывалась давящая повязка, либо эластический жгут.

В 265 случаях во время транспортировки проводилось обеспечение венозного доступа и инфузионная терапия (изотоническим раствором хлорида натрия, рефортаном, ГЭКом).

Обезболивание больных проводилось как наркотическими – 154 больных, так и ненаркотическими анальгетиками (анальгином, кеторолом, трамадолом) - 1886 больных.

С повреждениями костей конечностей проводилась транспортная иммобилизация шинами Крамера в 913 случаях. при необходимости проводилась десмургия – 597 случаев, накладывалась асептическая повязка – 185 пострадавшим.

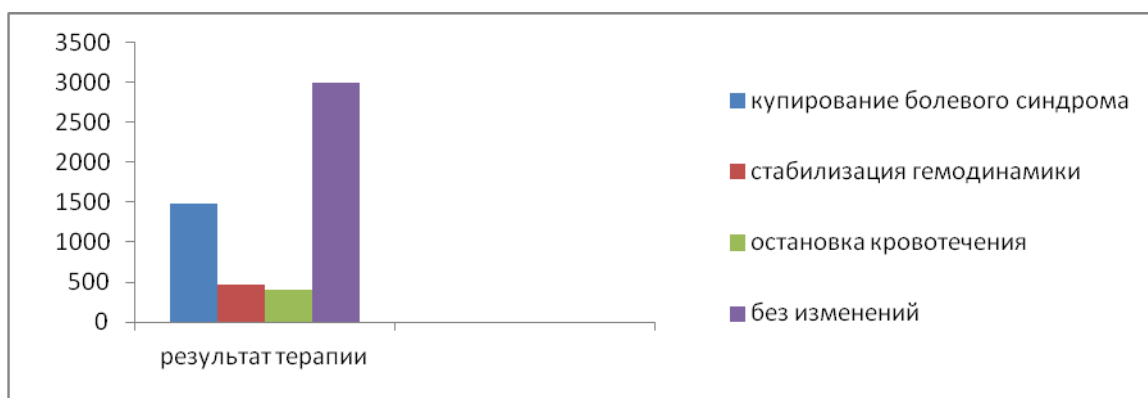
Терминальным 14 пострадавшим проводилась интубация трахеи и ИВЛ.

Оксигенотерапия проводилась во время транспортировки 125 травмированным.

В результате проведенной терапии достигнуто:

- купирование болевого синдрома - у 1 483 травмированных;
- стабилизация гемодинамики – у 461 пострадавшего;
- остановка наружного кровотечения – у 397 травмированных;
- без изменения состояния – 2 987 человек.

У 1-го больного, несмотря на проведенные лечебные мероприятия, в результате производственной травмы несовместимой с жизнью наступила смерть в присутствии врачебной бригады.



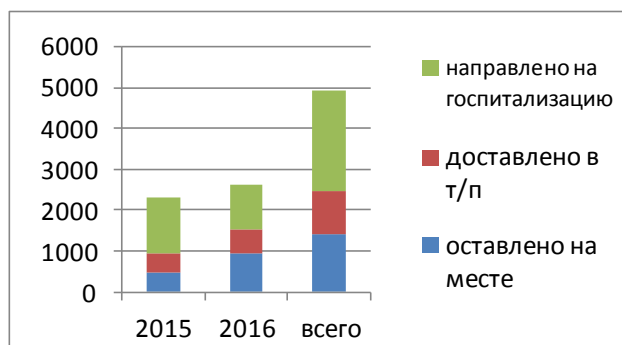
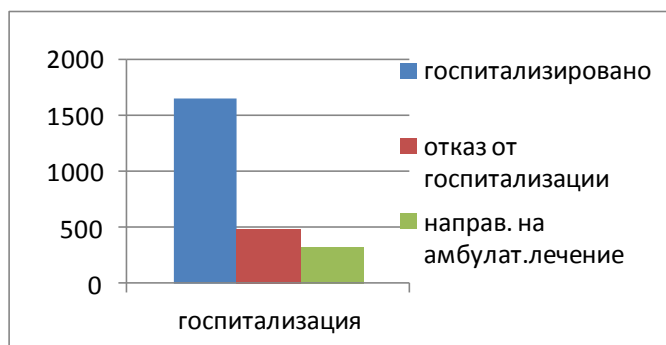
В результате выезда бригад СМП оставлен на месте 1420 пострадавших, доставлено в травмпункт 1051 пострадавший, направлено на госпитализацию 2458, из которых госпитализировано 1651 – 67%, отказались от госпитализации в ПО стационара 483 – 19,7%, направлено на амбулаторное лечение 324 травмированных – 13,2%. Расхождений диагноза со стационаром было 32 случая.

Результат выезда к пострадавшим

Таблица 5

Результат выезда	2015	2016	Всего
Оставлено на месте	464	956	1420
Направлено на госпитализацию	1356	1102	2458
Доставлено в травмпункт	483	568	1051
Умерших до приезда бригад	18	16	34

Смерть в присутствии бригады СМП	1		1
----------------------------------	---	--	---



На догоспитальном этапе скорой помощи встречались следующие ошибки:

- неполное описание травмогенеза – 70 случаев;
- неполное формулирование диагноза -36 случаев;
- отсутствие описания динамики в состоянии пострадавшего при транспортировке – 146;
- гипердиагностика тяжести состояния – 60 случаев;
- неверная оценка тяжести состояния – 40 случаев;
- не показанные лекарственные препараты вводились в 4 случаях;
- не измерение ЧДД, не проведение пульсоксиметрии - 229 случаев.

Выводы:

1. Пострадавшие с травмами в основном взрослое трудоспособное население, из которых 25% получили травмы, находясь в состоянии алкогольного опьянения, причем мужчины получают травмы чаще женщин.

2. В структуре полученных травм преобладают ЧМТ и повреждения костей черепа – 33,7%, далее следуют повреждения грудной клетки– 29,7% и повреждения костей конечностей – 27,8%.

3. На догоспитальном этапе медицинская помощь пострадавшим в 52% оказывается врачебными бригадами, в том числе и специализированными, в 48% травмированным медицинская помощь оказывается фельдшерскими бригадами.

4. Качество оказания медицинской помощи пострадавшим с травмой на ДГЭ и проводится согласно алгоритму в полном объеме, выполняя основные функции:

- адекватное обезболивание,
- инфузионная терапия,
- борьба с полиорганной недостаточностью,
- ликвидация нарушений внешнего дыхания и гипоксии тканей.

5. Диагностические ошибки на ДГЭ связаны с трудностью диагностики у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

6. Ошибки лечебного характера связаны с недостаточной иммобилизацией при множественных переломах; низком количестве интубаций и ИВЛ при мозговой коме, а также за счет недостаточного обезболивания пострадавших при мелких травмах, что зачастую связано с нахождением пострадавших в алкогольном опьянении.

Использованная литература:

1. Фишкин А.В. Травматология. - Москва. Эксмо, 2008г.
2. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). - М. МЕДпресс-информ, 2004
3. Руководство по скорой медицинской помощи под редакцией С.Ф. Баграненко, А.Л. Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш. Хубутии (М. ГЭОТАР-Медиа, 2007г.)
4. sarniito.com Н., Насонкин О.С., Чечеткин Л.В. Тактика инфузионно-трансфузионной терапии и аутогемодилюция при тяжелых травмах и шоке// Вестник хирургии. – 1992.-№4-6.-С.192-199.
5. Пашковский Э.В., Гончаров А.В., Гайдук С.В. Характер и причины изменений центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. Санкт-Петербург. 2001. – С.91-92.
6. Синагевский А.Б., Малих И.Ю. Летальность при различных видах тяжелой сочетанной травмы. Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. Санкт-Петербург. 2001. – С.106-107.
7. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Метаболические основы. Httr://www. Medi.ru/ «Периодика» Вестник интенсивной терапии. – 1999.-№2-3.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК НА ЭТАПЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ КГБУЗ «НОРИЛЬСКАЯ ССМП»

В.А. Иванова, А.Е. Лесенко, П.П. Лесенко, В.В. Мороз,

З.А. Мусакиева, И.М. Третьяк

КГБУЗ «Норильская станция скорой медицинской помощи»

Цель работы:

- анализ качества диагностики и полноты обследования больных с ОНМК на этапе СМП;
- соответствие лечения и тактики ведения больных с ОНМК стандарту;
- выявление резервов улучшения помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 2732 карт вызова скорой медицинской помощи КГБУЗ «Норильская ССМП» и 19 историй болезни КГБУЗ «НМБ №1».

В последние годы отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний, в т.ч. острых нарушений мозгового кровообращения. По данным ВОЗ ежегодно инсульт развивается не менее чем у 5,6 - 6,6 млн. человек, а третья часть перенесших инсульт людей трудоспособного возраста умирает. ОНМК приблизительно в 70-85% случаев представляют собой ишемические поражения, а в 15 - 30% внутричерепные кровоизлияния, при этом на внутримозговые (нетравматические) кровоизлияния приходится 15 – 25%, а на спонтанное субарахноидальное кровоизлияние (САК) 5 – 8 % от всех инсультов. Летальность в остром периоде заболевания до 35%. В экономически развитых странах смертность от инсульта занимает 2 – 3 место в структуре общей смертности. Наблюдается увеличение распространенности инсульта у лиц трудоспособного возраста – до 65 лет.

Инсульт (латинское *insultus* – приступ): Этим термином объединяют различные по этиологии и патогенезу состояния, реализующим звеном которых является острая сосудистая катастрофа как артериального, так и венозного русла. К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговых неврологических расстройств (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных, корковых функций, памяти) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.),

которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Различают два вида острого нарушения мозгового кровообращения: по геморрагическому (15-20%) и по ишемическому (80-85%) типу.

Непосредственной причиной инсульта становится разрыв или закупорка кровеносного сосуда. При разрыве сосуда происходит кровоизлияние в мозг (геморрагический инсульт) или под оболочки мозга (субарахноидальное кровоизлияние). Но наиболее распространенный вид инсульта - ишемический, связанный с закупоркой мозговых сосудов. Ишемические инсульты встречаются примерно в четыре раза чаще, чем геморрагические.

Факторам риска развития инсульта являются: артериальная гипертензия (ДАД > 100 мм рт.ст.), фибрилляция предсердий, сахарный диабет, курение (> 20 сигарет в день), гиперхолестеринемия (> 5,2 ммоль/л), наличие в анамнезе инсульта или транзиторных ишемических атак, ИБС; атероматоз восходящей аорты; пролапс митрального клапана, стенозы магистральных артерий головы, продолжительный прием оральных контрацептивов, инфекционное заболевание в предшествующую неделю. Чем больше перечисленных факторов у одного пациента, тем выше степень риска развития инсульта.

Основные задачи, которые ставятся перед врачом СМП:

1. Ранняя диагностика ОНМК и его осложнений;
2. Выяснение показаний и противопоказаний к медикаментозному лечению.
3. Догоспитальное лечение ОНМК, ТИА по стандарту;
4. Предупреждение и лечение осложнений;
5. Экстренная доставка больных в ГБ №1 (первичное сосудистое отделение).

Обязательное предварительное уведомление в процессе транспортировки врача сосудистого центра о госпитализации больного с предоставлением листа - опросника.

Для выявления ОНМК требуется правильно собрать анамнез (имелись ли факторы риска ОНМК, в какой последовательности появились клинические симптомы).

Для клиники инсультов характерно острое, внезапное развитие (в течение минут и часов) очаговой неврологической симптоматики, в соответствии с пораженными и вовлеченными зонами мозга. Также, в зависимости от характера, локализации инсульта и степени его выраженности наблюдается общемозговая и менингеальная симптоматика.

Для транзиторной ишемической атаки (ТИА) характерно внезапное развитие очаговой симптоматики, с полным ее регрессом, как правило, в сроки от 5 до 20 минут от начала атаки.

Как правило, при ишемических инсультах общемозговая симптоматика умеренная или отсутствует. При внутричерепных кровоизлияниях выражена общемозговая симптоматика (головная боль у половины больных, рвота у одной трети, эпилептические припадки у каждого десятого пациента) и нередко менингеальная. Также для кровоизлияния в мозг более характерно быстрое нарастание симптоматики с формированием грубого неврологического дефицита.

Для инсультов больших полушарий мозга (бассейн сонных артерий) характерно внезапное развитие: параличей (парезов) в руке и ноге на одной стороне тела (гемипарез или гемиплегия), нарушения чувствительности на руке и ноге на одной стороне тела, внезапная слепота на один глаз, гомонимные дефекты полей зрения, нейропсихологические нарушения (афазия, апраксия, синдром игнорирования полупространства и др.).

Для ОНМК в вертебробазилярном бассейне характерны: головокружение, нарушения равновесия или координации движений (атаксия), двусторонние двигательные и чувствительные нарушения, дефекты полей зрения, диплопия, нарушения глотания, альтернирующие синдромы (в виде периферического поражения черепного нерва на стороне очага и центрального паралича или проводниковых расстройств чувствительности на противоположной очагу стороне тела).

Для спонтанного субарахноидального кровоизлияния характерна внезапная, необъяснимая, интенсивная головная боль, выраженный менингеальный синдром.

Обследование позволяет определить, связаны ли эти симптомы с ОНМК, оценить риск осложнений и неблагоприятного исхода. На этапе СП не требуется уточнение типа инсульта ишемический или геморрагический, основным является констатация ОНМК.

Вне зависимости от типа инсульта лечебная тактика на догоспитальном этапе состоит из базисной терапии нейропротекторов: магния сульфат 25%-5 мл в/в, глицин по 1 грамму (10 таб. под язык для пациентов, находящихся в сознании), актовегин 500-1000мг в/в; средств влияющих на сердечно - сосудистую систему: гипотензивные средства (при САД более 220 мм рт. ст., если ранее отмечалось АГ и при САД более 180-200 мм рт. ст., если ранее было АД в нормальных пределах или нет сведений о его уровне до инсульта), купирование тахикардии (кордарон 300мг). Лечение должно быть начато как можно раньше, желательно, в первые 3 часа заболевания.

Экстренной госпитализации подлежат все больные с ОНМК, в состав которых включены и преходящие нарушения мозгового кровообращения (ТИА). Противопоказанием для госпитализации являются лишь агональное состояние больного и

терминальная кома, относительные: критические нарушения дыхания и кровообращения (до их купирования)

Пациенты с ОНМК по половому признаку и возрастным группам

Таблица 1

	2009-2013гг.	2014г.	2015г	2016г	Всего
мужчины	761-49,3%	186 – 48,3%	210 -56,3%	236 - 56,2%	1393-51,0%
женщины	783-50,7%	209-51,7%	163 – 43,7%	184 -45,8 %	1339-49,0%
До 40 лет	148 –9,6%	36-9,4%	29-7,8%	39 -9,3%	252-9,2%
40-50 лет	263-17,0%	76-19,7%	76-20,4%	70-16,7%	483-17,8%
50-60 лет	514-33,3%	152-39,5%	152-40,8%	152-36,2%	970-35,5%%
60-70 лет	342-22,2%	79-20,5%	91-24,4%	108-25,7%	620-22,7%%
старше 70	158-10,2%	52-13,5%	34-9,1%	51-12,1%	295-10,8%

За анализируемый период врачами ССМП г. Норильска была оказана медпомощь 1393 мужчинам (51,0%) и 1339 женщинам (49,0%); в возрасте до 40 лет 9,2% (252 человек), в 40 - 50 лет 17,8% (483), в 50 – 60 лет 35,5% (970), 60-70 лет 22,7% (620) и старше 70 лет 10,8% (295) больных. По возрастным группам большую часть больных приходится на возраст от 50 лет до 60 лет.

Факторы риска и сопутствующие заболевания в анамнезе

Таблица 2

	2009-2013гг.	2014г.	2015г.	2016г.	Всего
ОНМК или ТИА	223-15,6%	61-15,4%	66-17,7%	85-20,2%	435-15,9%
ОИМ	46	10	10	9	75
Аритмии сердца	93	33	22	33	181
ГБ 2-3ст. Артериальная гипертензия	577	152	172	191	1092
Сосудистые болезни н/конечностей	21	6	3	4	34
Сахарный диабет	167	35	31	44	277
Хронический алкоголизм	70	28	19	37	164

У 2258 больных с ОНМК (82,7%) имелись сопутствующие заболевания. Только у 474 больных – 17,3% отсутствовали сопутствующие заболевания. ГБ II – III ст. имела место у 1092 больного (40,0%). Ранее перенесли ОНМК 435 больных (15,9%). Сахарным диабетом болели 277 человека (10,1%). Нарушение сердечного ритма отмечалось у 181 больных (6,6%). Хронический алкоголизм у 164 больных (6,0%).

Виды и симптоматика ОНМК на этапе скорой помощи, подтвержденных в НМБ
№1

Таблица 3

	2009-2013гг.	2014г.	2015г.	2016г.	Всего
Количество ОНМК	857	190	209	186	1442
-из них ишемический	678-79,1%	150-78,9%	185-88,5%	152-81,7%	1165-80,8%
-из них геморрагический	134-15,6%	10-5,3%	23-11,0%	28-15,1%	195-13,5%
-из них субарахноидальное кровоизлияние	45-5,3%	30-15,8%	1-0,5%	6-3,2%	82-5,7%
Повторное ОНМК	158-18,4%	23-12,1%	31-14,8%	35 - 18,8%	247 – 17,1%
Симптоматика ОНМК					
- Очаговая (парезы, нарушения речи, чувствительности, координации)	757	84	114	126	1081
- Общемозговая (тошнота, рвота, головокружение, головная боль, нарушение сознания)	719	89	136	153	1097
Судорожный синдром при исключении ЧМТ, ААС, эпилепсии, синдрома МЭС	79	17	15	29	140
Немотивированная потеря сознания	120	34	20	35	209
Кома	67	3	10	7	87

В структуре ОНМК ишемические инсульты составили 80,8% (1165 больных), геморрагические 13,5% (195 человек), субарахноидальные кровоизлияния – 5,7% (82 человека). Очаговая симптоматика наблюдалась у 1081 больных с ОНМК (75,0%), общемозговая у 1097 больных (76,1%), судорожный синдром у 140 больных (9,7%), в коме было 87 больных (6,0%).

Характеристика качественных показателей ОНМК на этапе скорой помощи

Таблица 4

	2009-2012гг.	2014г.	2015г.	2016г.	Всего
Всего внезапных заболеваний	208630	44737	45568	46596	345531
Количество ОНМК, диагностированных врачами СП	1544	395	373	420	2732
Отказались от госпитализации	75	6	12	16	112
Умерло в присутствии бригад от ОНМК	7	1	-	3	10
Направлено на госпитализацию	1462	381	361	401	2605
Госпитализировано в НМБ №1	1342	334	348	383	
- из них с ОНМК	857-63,9%	190-56,9%	209-60,0%	186-	1442

				48,6%	
- из них с ДЭП, кризом, СД	485	144	100	197	
Умерло в стационаре больных от ОНМК	136	37	42	49	364
Не диагностировано ОНМК на этапе СП	77	14	12	13	116
ОНМК осложнилось:					
-брадипноэ и тахипноэ	5	-	2	7	14
-артериальная гипотония	26	8	8	21	63
-АГ АД более 190/110 мм рт. ст.	271	54	72	77	474
- судороги	162	17	15	29	223

На долю ОНМК в структуре внезапных заболеваний приходится ежегодно 0,8%случаев. Умерло в присутствии бригад СП от ОНМК за 8лет10 больных.

Не диагностировано врачами СМП на ДГЭ 13 случаев ОНМК у пациентов из-за стертой клиники в сочетании с СД, гипогликемической комой; ХДЭП в стадии декомпенсации, ПОНМК, ХИБС 2Б ст. и трудности диагностики по тяжести состояния: отсутствие сознания и выраженные когнитивные нарушения и изменений на ЭКГ. Диагностирование ОНМК было возможно только в 1442случаях при верной оценке клинических данных.

В 40% случаев (1092 больных) ОНМК развилось на фоне высоких цифр.

Диагностирование и подтверждение ОНМК в НМБ№1 по профилю бригад СМП

Таблица 5

	Направлено в НМБ №1 –подтверждено (% подтверждения)				
	2009-2013гг.	2014г	2015г.	2016г.	Всего
Профиль бригады ССМП	Кол-во - %	Кол-во - %	Кол-во - %	Кол-во - %	Кол-во
Реанимационная подтверждено	506-297 (59,7%)	118-59 (50%)	137-69 (50,4%)	152-69 (45,4%)	913-494 (54,1%)
Кардиологическая подтверждено	375-232 (60,6%)	127-65 (51,2%)	137-69 (50,4%)	119-54 (45,4%)	758-420 (55,4%)
Психиатрическая подтверждено	54-26 (45,5%)	10-7 (70%)	5-3 (60%)	8-3 (37,5%)	77-39 (50,6%)
Врачебная подтверждено	530-312 (55,9%)	125-59 (47,2%)	129-80 (62%)	139-65 (46,8%)	923-516 (55,9%)
Направлено в НМБ №1 с ДЗ ОНМК	1465	380	361	399	2605
Подтверждено ДЗ ОНМК	857	190	209	186	1442

Из числа направленным в ГБ №1 реанимационные бригады оказали медпомощь 914 (35,1%) больным с ОНМК, кардиологические бригады – 759 (29,1%) больным; врачебные бригады подстанций НССМП – 924 больным (35,5%), психиатрические бригады – 76 (2,9%). Лучшая диагностика ОНМК у врачей кардиологических бригад.

Показатели качества госпитализации больных с ОНМК

Таблица 6

	2009-2013гг.	2014г.	2015г.	2016	Всего
Количество ОНМК	1544	395	373	420	2732
- из них направлено на госпитализацию	1462	381	361	399	2603
-из них госпитализировано с ОНМК	757-57%	190-50%	209-58,9%	186-44,3%	1342-49,1%
-из них госпитализировано с другими диагнозами	498	144	100	213	955
Время обращения от начала ОНМК					
-до 1 часа	247	39	31	20	337
-до 2-х часов	428	93	64	117	702
-до 3-х часов	169	40	63	66	338
-более 3-х часов или время не указано	709	223	223	217	1372

Госпитализировано 1342 больных (49,1%) с клинически подтвержденным диагнозом ОНМК от направленных 2603 больных; 955 больных госпитализировано с другими диагнозами (хроническая ДЭП, остеохондроз позвоночника с вертебро-базиллярной недостаточностью, гипертоническими кризами, сахарным диабетом в стадии декомпенсации). Длительность появления симптоматики ОНМК до прибытия бригады СП до 1 часа отмечена у 337больных (14,6%), до 2 часов - у 702больных (25,7%), до 3 часов - у 338 больных (12,4%), более 3-х часов или время не указано – у 1372 больных (50,2%).

В 50,2% случаев больные с ОНМК вызывают СМП позднее 3-х часов с момента возникновения развития ОНМК.

Полнота обследования больных с ОНМК на этапе скорой помощи

Таблица 7

	2009-2013гг.	2014г.	2015г.	2016г.	Всего
Измерение АД и ЧД	1211	395	354	416	2376
Измерение пульса и проведение SpO2	990	319	337	403	2049
Проведение ЭКГ-исследования	1415	388	350	413	2566
Проведение глюкометрии	1188	390	346	409	2333
Проведение термометрии	1433	356	348	408	2545
Заполнение листа опросника	1089	386	316	358	2149
Количество ОНМК	1575	395	373	420	2763

Объем оказания терапии больным с ОНМК на этапе скорой помощи

Таблица 8

Оказание помощи в соответствии со стандартом	2009-2013гг.	2014г	2015г.	2016г	Всего
Нейропротекторы: -семакс 1%р-р по 2 капли в носовые ходы -глицин по 1г (10таб.) под язык, если в сознании -магния сульфат 25% - 5 мл в/в	1225	395	373	327	2320
-р-р цитофлавина 10мл в/в	-	-	41	89	130
- р-р мексидола	-	-	-	7	-
Поддержание оптимального АД:	724	111	308	139	1282
-БАБ (эгилок 50-100 мг внутрь) по показаниям	139	14	18	14	185
-иАПФ (каптоприл, эналаприл, энап Р в инъекции)	162	36	34	42	274
-эбрантил в инъекции	4	1	8	4	17
-моксонидин	-	-	4	9	13
При артериальной гипотензии–р-р допамина в/в	14	8	3	6	31
При судорогах р-р реланиума в/в	152	15	12	15	184
Мембраностабилизатор р-р дексазона	46	7	3	6	62
Инсуфляция кислорода	476	87	84	140	787
Интубация трахеи и ИВЛ аппаратом «ТМТ»	17	7	4	8	36
Медпомощь не соответствует МР					
Спазмолитики (но-шпа, дибазол, папаверин, эуфиллин)	54	1	-	2	57
АД снижено более 15-20%	8	1	1	2	12
Клофелин	181	6	1	5	193
Фуросемид	6	-	-	1	7
При высоких цифрах АД – антагонисты Са	2	-	1	3	6
Феназепам	-	5	6	4	15

Полнота обследования и оказания неотложной терапии на этапе скорой помощи улучшается с каждым годом благодаря внедрению порядка оказания медпомощи больных с ОНМК. Значительно снизилось назначение спазмолитиков, фуросемида и клофелина при гипотензивной терапии.

Выводы:

1. К больным в МО город Норильск с поводом: потерял сознание, парализовало, кома, судороги, высокие цифры АД выезжают сразу специализированные бригады СМП (59%).
2. На долю ОНМК в структуре внезапных заболеваний приходится ежегодно 0,6% случаев.
3. Чаще болеют ОНМК женщины (51%). Большая часть больных приходится на возрастот 50 лет до 60 лет.

4. У 82,7% больных с ОНМК имелись сопутствующие заболевания, у 17,3% отсутствовали.

5. В 50,2% случаев больные с ОНМК вызывают СМП позднее 3-х часов с момента развития ОНМК, что не позволяет проводить тромболизис в условиях стационара.

6. Медицинская помощь больным с ОНМК на этапе скорой помощи оказывается строго в соответствии со стандартами с 2011 года.

7. Обеспечение бригад СМП медицинским оборудованием и медикаментами в полном объеме.

Использованная литература:

1. Неотложная помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения на догоспитальном этапе в Санкт-Петербурге. Методические рекомендации Санкт-Петербурга, 2008г.

2. Ведение больных с острым нарушением мозгового кровообращения на догоспитальном этапе. Методические рекомендации г. Москвы, 2005г.

3. Неотложная кардиологическая помощь при острых нарушениях кровообращения на догоспитальном этапе. Неотложные состояния в кардиологии. Учебное пособие для специалистов скорой и неотложной помощи. Красноярск, 2011г.

4. Организация помощи больным с инсультом в Красноярском крае. Министерство здравоохранения Красноярского края ГБОУ ВПО «КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона» Красноярск, 2015г.

5. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики под редакцией Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. ГЭОТАР-Медиа. Москва 2014г.

6. Клинические рекомендации по диагностике и тактике при инсультах в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику. Утверждены на IV Всероссийском съезде врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации 15 ноября 2013 года, г. Казань.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

С.А.Пономарева

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярск

Цель: Исследовать судорожный синдром у детей.

Задачи:

1. Определить общее понятие и установить основные причины судорожного синдрома.
2. Выявить наиболее значимые особенности судорожного синдрома у детей.
3. Определить методы лечения и дозы лекарственных препаратов, используемых для купирования судорожного синдрома у детей.

Общее понятие и основные причины судорожного синдрома

Судорожный синдром является неспецифической реакцией организма на внешние и внутренние раздражители, для которой характерны внезапные и непроизвольные приступы мышечных сокращений. Судороги появляются на фоне патологической синхронизированной активности группы нейронов и могут возникнуть, как у взрослого человека, так у новорожденного малыша. [1]

По данным сайта neurodoc.ru (Неврология – вопросы лечения, диагностики, реабилитации):

Схема патогенеза судорожного синдрома



Классификация судорожного синдрома по нескольким основным патогенетическим признакам:

- по механизму развития судорожных сокращений: эпилептические и неэпилептические;
- по длительности мышечного сокращения: миоклонические, клонические и тонические;
- по распространенности: генерализованные, односторонние и локальные (или, по-другому, – местные и общие). [2]

Основные причины судорожного синдрома:

1. Судороги, связанные с поражением головного мозга (генуинная или истинная эпилепсия, симптоматическая эпилепсия, Джексоновская эпилепсия).
2. Судороги, связанные с нарушением обмена кальция (гипопаратиреоз, энтерогенные судороги, связанные с нарушением всасывания Са в кишечнике, «почечные» судороги, связанные с повышенным выведением Са при почечной недостаточности).
3. Судороги, связанные с нарушением водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия (хлоропривная тетания, гипервентиляционная тетания).
4. Судороги, связанные с интоксикациями (отравления ФОС, алкоголем и т.п., токсикоз беременных).
5. Судороги, связанные с артериальной гипертензией (эклампсия, эпилептиформный вариант гипертонического криза).
6. Тяжелые инфекции (столбняк, бешенство, полиомиелит, холера).
7. «Профессиональные» судороги (стенографисток, доярок, музыкантов, гипертермические судороги у работников горячих цехов).
8. Истерические судороги.
9. Судороги при некоторых соматических заболеваниях (бронхолегочная патология, пороки сердца, заболевания крови и т.д. [2])

Общеклинические проявления судорожного синдрома

Судорожные движения могут носить распространенный характер и захватывать многие мышечные группы тела и конечностей (генерализованные судороги) или локализоваться в какой-либо отдельной группе мышц тела или конечности (локализованные судороги).

Генерализованные судорожные сокращения могут быть медленными и продолжающимися относительно длительный период времени (тонические судороги) или

быстрыми, часто сменяющимися периодами сокращения и расслабления (клонические судороги, – название происходит от лат. *klonos*– суматоха). Возможен и смешанный, тонико-клонический характер судорог.

Генерализованные тонические судороги захватывают мышцы верхних и нижних конечностей, туловища, шеи, лица. В наиболее опасных случаях генерализованные судороги распространяются на гладкую мускулатуру дыхательных путей (например, тетания при гипопаратиреозе). При этом, по принципу силового превалирования сгибателей или разгибателей, руки чаще находятся в состоянии сгибания, а ноги, как правило, разогнуты; все мышцы напряжены, туловище вытянуто (за счет сокращения мощной мускулатуры спины), голова откинута назад или слегка повернута в сторону, зубы крепко сжаты. Сознание может быть утрачено или сохранено, в зависимости от заболевания (нозологической формы, на фоне которой развились судороги). Генерализованные тонические судороги чаще всего бывают при эпилепсии, но могут наблюдаться и при бешенстве, столбняке, втором периоде эклампсии, длительной уремии, нарушениях мозгового кровообращения, спазмофилии, инфекциях и интоксикациях у детей, при отравлении некоторыми ядами (стрихнином).

Генерализованные клонические судороги представляют собой часто следующие друг за другом более или менее ритмичные сокращения мышц туловища и конечностей. Такие судороги – типичные проявления клонической фазы развернутого (большого) эпилептического припадка, но могут быть и результатом раздражения головного мозга (субарахноидальное кровоизлияние, третий период эклампсии, синдром МАС).

Локальные (местные) судороги тоже в свою очередь могут быть тоническими и клоническими. Они могут возникать при миотонии (наследственное нервно-мышечное заболевание); при врожденной мышечной кривошее (ВМК), при которой развивается односторонний спазм шейных мышц, в основном грудино-ключично-сосцевидной мышцы (ГКС); тоническом спазме мышц конечностей в результате сильного переутомления. [2]

Для патогенеза судорог прогностически большое значение имеет степень гипоксии, на фоне которой они развиваются и к которой могут приводить, вызывая нарушение дыхания из-за прикуса языка, рвоты, расстройства функции дыхательных мышц. Чем тяжелее гипоксия, тем больше в судорожном припадке преобладает тонический компонент и тем глубже и продолжительнее нарушение сознания, сопутствующее судорожному синдрому. [3]

Особенности судорожного синдрома в детском возрасте

Судорожный синдром у детей – неспецифическая реакция нервной системы на различные эндо- или экзогенные факторы, проявляется повторяющимися приступами

судорог или их эквивалентов (вздрагивания, подёргивания, непроизвольные движения, тремор и др.), часто сопровождаемые нарушением сознания. [4-6]

Возникновение судорог обусловлено возрастной предрасположенностью детского мозга к генерализованным реакциям (высокий тонус паллидарной системы, повышенная активность гиппокампа, гидролабильность нервной ткани, нестабильность гомеостаза, гидрофильность, незрелость церебральных ингибиторных систем у маленьких детей). [3]

Согласно статистическим исследованиям, судорожный синдром у детей встречается в 17–25 случаев из тысячи. У дошкольников это явление наблюдается в пять раз чаще, чем в общем в популяции. При этом большая часть припадков приходится на первые три года жизни ребенка. [1]

Судорожный синдром у новорожденных проявляется у 1,4% доношенных и 20% недоношенных детей. Это состояние протекает со срыгиванием, расстройством дыхания, рвотой, цианозом и чаще всего не превышает 20 минут. Возникновение данного синдрома у новорожденных детей требует немедленного обследования, так как оно может быть связано с родовыми травмами, наследственностью и другими факторами. [1]

Судорожный синдром у детей имеет неврогенное происхождение и, как и у взрослых, подразделяется, в основном, на эпилептический и неэпилептический (вторичный, симптоматический, эпилептиформный). И тот и другой должен вызывать серьезные опасения, учитывая то, что неэпилептические припадки могут в дальнейшем перейти в эпилептические. Вторичные, эпилептиформные припадки, чаще наблюдаются у новорожденных и детей младшего возраста. [2]

В зависимости от причины различают три основные группы судорожных состояний у детей:

1. Судороги как неспецифическая реакция головного мозга в ответ на различные повреждающие факторы (лихорадку, нейроинфекцию, травму, вакцинацию, интоксикации, метаболические нарушения), встречающиеся в возрасте до 4 лет:

- фебрильные (на фоне лихорадки) 30-40 % всех судорожных состояний у детей
- интоксикационные (после ожогов, при кишечной инфекции)
- гипоксические (при заболеваниях дыхательной системы, механической асфиксии и др.)
- аффективно-респираторные (при невропатиях, неврозах)
- обменные (синдром спазмофилии и гипервитаминоз витамина D при рахите и др.)
- вегетативно-сосудисто-дистонические

- при синкопальных состояниях
- 2. Симптоматические судороги при заболеваниях головного мозга (опухоли, абсцессы, врождённые аномалии головного мозга и сосудов, кровоизлияния, инсульты и др.)
- 3. Судороги при эпилепсии – являются основным проявлением заболевания. [4-6]

В возникновении эпилепсии у детей имеют значение генетическая предрасположенность и некоторые экзогенные факторы (перинатальное поражение нервной системы, инфекции, поствакцинальные осложнения и т.п.) Эпилептические припадки (с диагнозом эпилепсии) устанавливаются уже после тщательного обследования и в более позднем детском возрасте (как правило, в школьном возрасте). [2]

Симптоматика детских судорожных припадков имеет свои особенности. Аура может быть выражена в двух вариантах: это или выраженное двигательное беспокойство, или, наоборот, почти полная обездвиженность (замирание). Труднее всего диагностика в раннем детском возрасте, когда трудно собрать анамнез и выявить жалобы. Маленькие дети просятся на руки, потирают глаза, плачут. Сам припадок у детей протекает более длительно, в основном за счет преобладания тонической фазы. У детей раннего возраста часто наблюдаются малые припадки, или абсансы, – кратковременные приступы потери сознания, когда сам припадок остается незамеченным. [2]

Эпилептический статус (ЭС) представляет собой длительный эпилептический приступ или серию приступов продолжительностью более получаса. ЭС – это жизнеугрожающее состояние, свидетельствующее о катастрофическом течении эпилепсии. Встречаемость ЭС в педиатрической популяции составляет 41 на 100 000 детского населения, с максимальной частотой в младенческой популяции – 135-156 случаев на 100 000 случаев. [7]

Эпилептический статус может развиваться вследствие — отказа больного от приема лекарств

— резкого снижения дозы препарата

— присоединения острой инфекции

Лечение судорожного синдрома

Общие мероприятия

- обеспечение проходимости дыхательных путей
- ингаляция увлажненного кислорода
- профилактика травм головы, конечностей, предотвращение прикусывания языка, аспирации рвотными массами

- мониторинг гликемии
- термометрия
- при необходимости обеспечение венозного доступа

Медикаментозная терапия

- диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) по 0,3 – 0,5 мг/кг (0,05 – 0,1 мл/кг) 0,5% раствора внутривенно медленно или внутримышечно, но не более 2 мл однократно;
- при кратковременном эффекте или неполном купировании судорог ввести диазепам повторно в дозе, составляющей 2/3 от начальной, через 15-20 минут, суммарная доза диазепама не должна превышать 4 мл;
- или внутривенное введение вальпроата натрия (Депакин) в дозе 15 мг/кг в течение 5 минут, затем постоянная внутривенная инфузия со скоростью 1 мг/кг/ч, растворяя каждые 400 мг в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида (у детей на впервые возникшие судороги вводить нельзя, при повторных – можно, в том числе при фебрильных судорогах);
- для борьбы с судорогами возможно введение магния сульфата 25% в дозе 0,2 мл/кг массы тела;
- при отсутствии эффекта на введение диазепама - натрия-оксипропионат внутривенно медленно 20 % раствор в дозе 50-100 мг/кг в 30-50 мл 5 % раствора глюкозы; тиопентал натрия 1 % раствор внутривенно струйно медленно(!) в течение 3-5 минут однократно из расчета 3-5 мг/кг, гексенал 1 % раствор в дозе не более 15 мг/кг
При отсутствии эффекта: ингаляционный наркоз закисью азота в смеси с кислородом (2:1);
- при нарушении сознания для предупреждения отека мозга или при гидроцефалии либо гидроцефально-гипертензионном синдроме фуросемид (лазикс) в дозе 1-2 мг/кг и преднизолон в дозе 3-5 мг/кг внутривенно или внутримышечно;
- при фебрильных судорогах вводят 50 % раствор метамизола натрия (анальгин) в дозе 0,1 мл/год жизни (10 мг/кг) и 2 % раствор хлоропирамина (супрастин) в дозе 0,1- 0,15 мл/год жизни внутримышечно, но не более 0,5 мл детям до года и не более 1 мл детям старше 1 года;
- при гипогликемических судорогах внутривенно струйно вводят 20 % раствор декстрозы в дозе 2 мл/кг с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение;
- при гипокальциемических судорогах в/в медленно вводят 10 % раствор кальция глюконата в дозе 0,2 мл/кг (20 мг/кг) в разведении 20 % раствором декстрозы в 2 раза;

- при продолжающемся эпилептическом статусе в условиях работы специализированной бригады СМП – перевод на ИВЛ, инфузия кристаллоидных растворов с последующей госпитализацией в реанимационное отделение.

Следует отметить, что у детей грудного возраста противосудорожные аппараты могут вызвать остановку дыхания! При угрозе остановки дыхания в условиях некупирующихся судорог необходим перевод ребёнка на ИВЛ с последующей экстренной госпитализацией в реанимационное отделение стационара. [4-6, 8-10]

Исходя из личного опыта, могу сделать вывод о том, что основная масса судорог у детей на догоспитальном этапе купируется однократным введением диазепама в терапевтической дозе. Такие дети, как правило, находятся на постоянной противосудорожной терапии в таблетированной форме или в форме сиропа, имеют диагноз - эпилепсия. Небольшой процент приходится на повторное введение диазепама. Отсутствие эффекта или неполное купирование судорог, требующие введения других препаратов, наблюдается значительно реже, как и больные в эпилептическом статусе.

Показания для госпитализации

- дети 1-го года жизни
- впервые случившиеся судороги
- больные с судорогами неясного генеза
- больные с фебрильными судорогами на фоне отягощенного анамнеза.
- судороги при инфекционных заболеваниях [4-6]

Заключение

Раннее выявление и диагностика судорожного синдрома у детей и своевременная рациональная терапия способствуют снижению уровня детской смертности и процента детской инвалидизации, повышают степень социальной адаптации детей и улучшают качество жизни пациентов и их родителей.



Количественные показатели судорожного синдрома на протяжении указанного периода остаются практически на одинаковом уровне с незначительными колебаниями.

Список литературы

1. Сайт «Pro Sindrom»
2. Сайт «StudFiles», Методическая разработка лекционного занятия «Судорожный синдром»
ГОУ СПО Тольяттинский медицинский колледж, преподаватель Андрианов Б.А.
3. «Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь» Э. К. Цыбулькин (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)
4. «Скорая медицинская помощь. Национальное руководство» под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015) репринт «Судорожный синдром у детей»
5. «Скорая медицинская помощь: краткое руководство» под ред. А. Г. Мирошниченко, В. В. Руксина, В. М. Шайтор (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010)
6. «Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: краткое руководство для врачей» В. М. Шайтор (СПб: ИнформМед. 2013.-с 197-204)
7. «Педиатрическая фармакология» Научно-практический журнал Союза педиатров России (М.: 2012/том9/№3. -с 58-64)
8. «Неотложные состояния у детей» справочник, Ю. В. Вельтищев, В. Е. Шароборо (Бином Москва, 2014. –с 363- 376)

9. «Неотложная медицинская помощь» издание 13-е Т. В. Отвагина (Ростов-на-Дону, «Феникс», 2015г)
10. Министерство здравоохранения РФ, Приказ от 20. 12. 2012 г. № 1091 Н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи детям при судорогах»

ИБС. ОКС. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ КАРДИОВЕРСИЯ ПРИ ОСТРЫМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Л.А. Степанова, С.В. Алексеев, Т.В. Волкова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярск

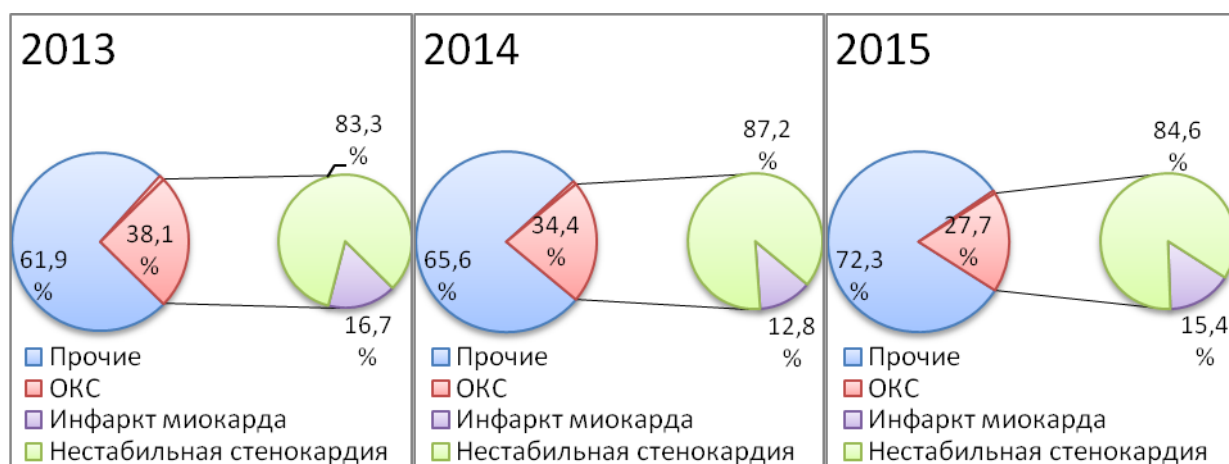
Цель работы: анализ осложнений острого периода инфаркта миокарда. Эффективность проведения электрической кардиоверсии пациентам с острым инфарктом миокарда, осложненным пароксизмальной желудочковой тахикардией.

Материалы: ретроспективный анализ 1450 карт вызовов специализированной кардиологической бригады подстанции №5 КГБУЗ «КССМП» г. Красноярска за 2013 – 2015 годы.

Острый коронарный синдром (ОКС) это собирательное понятие для описания состояний, вызванных острой прогрессирующей ишемией миокарда, таких как нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ) без подъёма сегмента ST и инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST. Термин «ОКС без подъёма сегмента ST» применяют для обозначения нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без подъёма сегмента ST (ИМ без зубца Q). Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST («трансмуральный») следует рассматривать отдельно.

Таблица №1. Структура вызовов к больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы специализированной кардиологической бригады подстанции №5.

	2013 год		2014 год		2015 год	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Всего больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	457	100	477	100	516	100
Прочие	283	61,9	313	65,6	373	72,3
ОКС:	174	38,1	164	34,4	143	27,7
• Инфаркт миокарда (с подъёмом сегмента ST и без подъёма сегмента ST)	29	16,7	21	12,8	22	15,4
• Нестабильная стенокардия	145	83,3	143	87,2	121	84,6



ОКС остается одной из частых причин вызова специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи в период с 2013 по 2015 годы.

Динамика количества вызовов по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (табл. №1.) отражает стабильно высокий процент количества вызовов кардиологической бригады к больным с острым коронарным синдромом на протяжении трех лет. С одной стороны остается постоянство соотношения острого инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии, с другой стороны наблюдается незначительная тенденция снижения процента вызовов к пациентам с инфарктом миокарда период с 2013 по 2015 годы, скорее всего за счет увеличения процента вызовов к хроническим больным (ХИБС, ГБ).

Всем пациентам с ОКС проведено медикаментозное лечение согласно стандартам, после чего они были доставлены в профильные стационары для дальнейшего лечения.

Инфаркт миокарда - неотложное клиническое состояние, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения.

В механизме развития инфаркта миокарда существенное значение имеют:

спазм артерий, в которых имеются атеросклеротические изменения, оказывающие раздражающее влияние на рецепторы сосудов, вызывающих спазматические сокращения артерий;

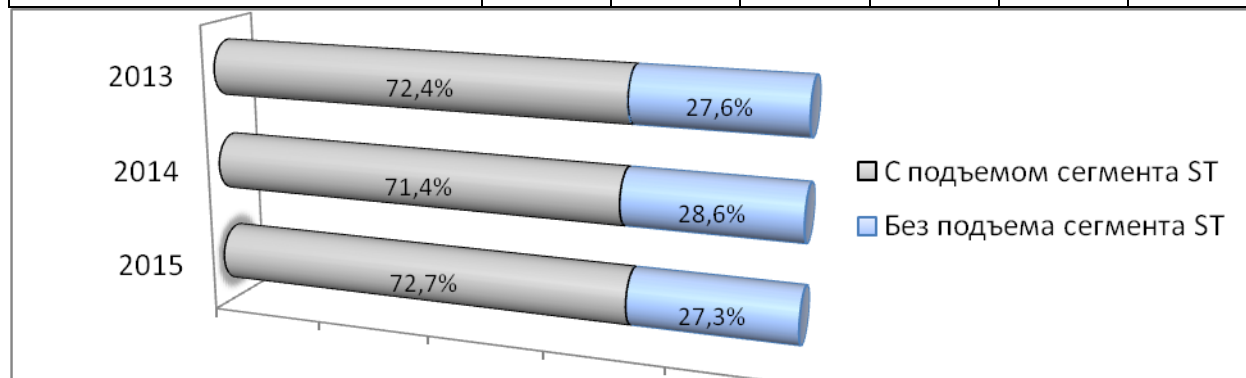
тромбоз артерии, измененной атеросклеротическим процессом, развивающийся нередко вслед за спазмом;

функциональное несоответствие между потребностью миокарда в крови и количеством притекающей крови, также возникающее вследствие атеросклеротических изменений артерий.

Таблица № 2 Клинические варианты инфаркта миокарда

	2013 год		2014 год		2015 год	
	абс	%	абс	%	абс	%

С подъемом сегмента ST	21	72,4	15	71,4	16	72,7
Без подъема сегмента ST	8	27,6	6	28,6	6	27,3
Всего	29	100	21	100	22	100



Из таблицы №2 следует, что преобладают инфаркты с подъемом сегмента ST – в среднем 72,2% от общего количества.

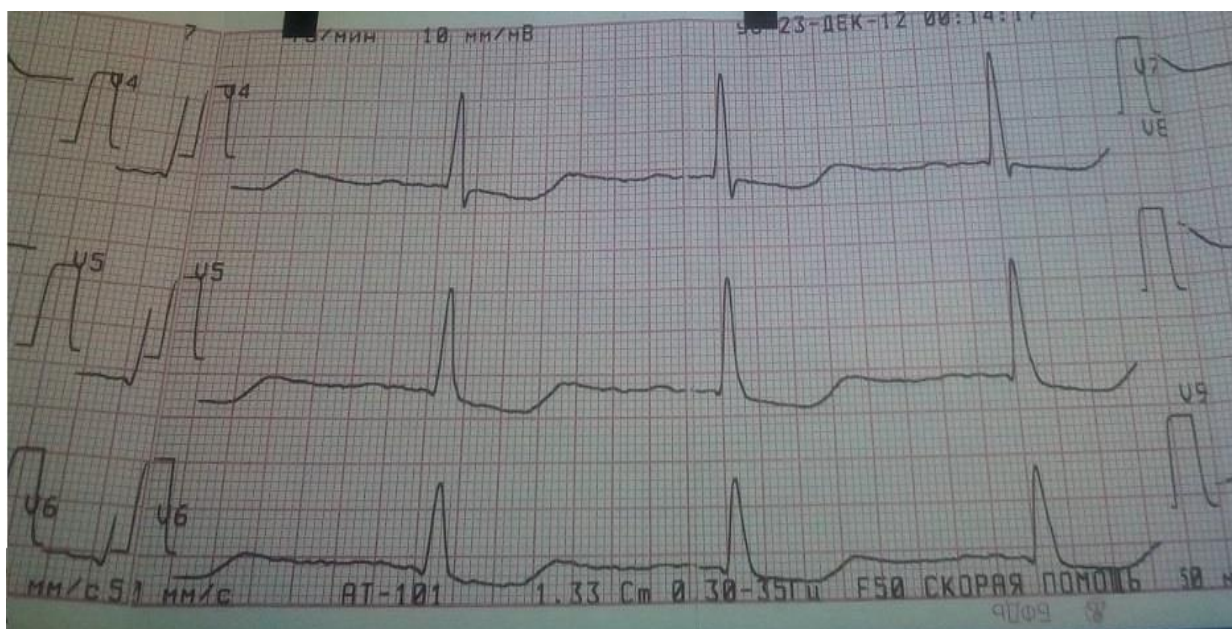
В большинстве случаев причиной ИМ как с подъемом, так и без подъема сегмента ST является полная или частичная окклюзия одного из крупных венечных сосудов.

Обычно это результат разрыва атеросклеротической бляшки и последующей закупорки артерии тромботическими массами, образовавшимися на поверхности такой бляшки. При этом имеют значение не столько размеры бляшки и степень стеноза сосуда, сколько уязвимость этой бляшки, ее тип, определяющий, стабильна бляшка или подвержена разрыву.

При полной окклюзии крупной коронарной артерии возникает трансмуральная ишемия, самым быстрым и наглядным показателем которой является элевация сегмента ST на ЭКГ.



Если подъем ST отсутствует, то кровоток, хотя бы частично, сохранен.



Так как динамика ST является самым простым и быстрым неинвазивным способом оценить состояние коронарного кровотока, то по современной классификации ИМ делится на острый инфаркт с подъемом сегмента ST и острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST.

Эта классификация вытеснила использовавшуюся ранее, основанную на наличии или отсутствии зубца Q. Зубец Q появляется слишком поздно и хуже коррелирует с состоянием коронарного кровотока.

Реперфузия, восстановление кровотока по инфаркт-связанной артерии, является основой современного лечения ОИМпST. На догоспитальном этапе она может быть проведена с помощью тромболитической терапии.

Использование тромболитической терапии (ТЛТ) позволяет добиться снижения осложнений у больных с острым инфарктом миокарда. Эффективность данного метода лечения зависит от времени начала введения препарата с момента появления болей, а конкретно в первые два часа.

Таблица № 3 Соотношение осложненного и не осложненного инфаркт миокарда

	2013 год		2014 год		2015 год	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Не осложнённый	18	62,1	14	66,7	15	68,2
Осложнённый	11	37,9	7	33,3	7	31,8
Всего	29	100	21	100	22	100

Из таблицы № 3 видим, что в процентном соотношении преобладают больные с не осложненными инфарктами миокарда, причем процент осложнений плавно снижается – с 37,9% в 2013 году до 31,8% в 2015 году.

Осложнений при нестабильной стенокардии не было. Однако у части пациентов острый период ИМ протекает с различными осложнениями.

В остром периоде заболевания возможно развитие следующих грозных осложнений:

Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).

Нарушения ритма сердца, особенно опасны все желудочковые аритмии (желудочковая форма пароксизмальной тахикардии, политропные желудочковые экстрасистолы и т.д.) Это может привести к фибрилляции желудочков (клиническая смерть), к остановке сердца. При этом необходимы срочные реабилитационные мероприятия, фибрилляция желудочков может произойти и в прединфарктный период.

Нарушения атриовентрикулярной проводимости: например, по типу истинной электро-механической диссоциации. Чаще возникает при передне- и заднеперегородочных формах инфаркта миокарда.

Кардиогенный шок:

а) Рефлекторный - происходит падение АД, больной вялый, заторможенный, кожа с сероватым оттенком, холодный профузный пот. Причина - болевое раздражение.

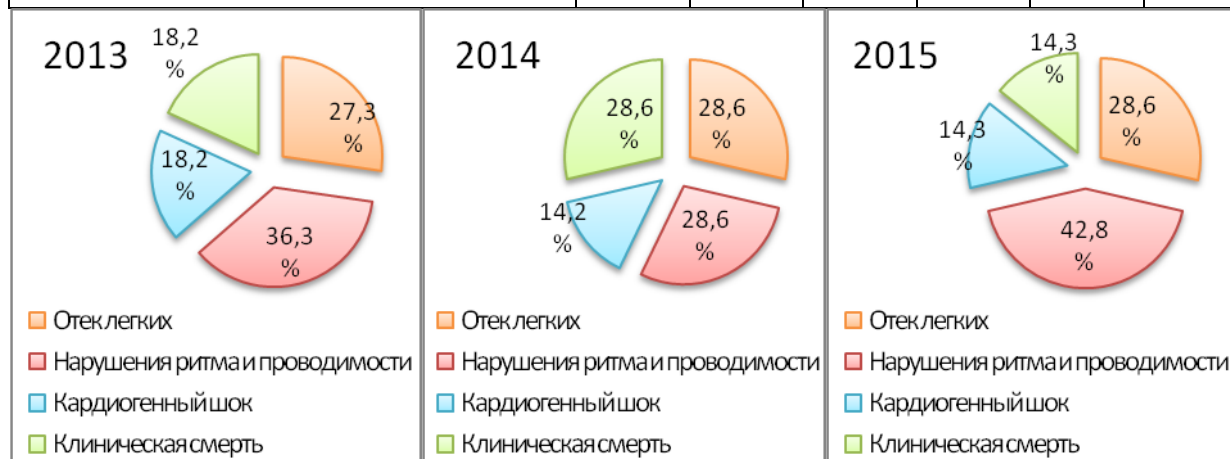
б) Аритмический - на фоне нарушения ритма.

в) Истинный - самый неблагоприятный, летальность при нем по статистике достигает 90%.

Клиническая смерть.

Таблица №3 Процентное соотношение осложнений инфаркта миокарда

	2013 год		2014 год		2015 год	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Острая левожелудочковая недостаточность	3	27,3	2	28,6	2	28,6
Различные нарушения сердечного ритма и проводимости	4	36,3	2	28,6	3	42,8
Кардиогенный шок	2	18,2	1	14,2	1	14,3
Клиническая смерть	2	18,2	2	28,6	1	14,3
Всего	11	100	7	100	7	100



Таким образом, наиболее частыми осложнениями, за период 2013 - 2015 годы, явились различные нарушения ритма сердца и острая левожелудочковая недостаточность.

Хотелось бы отметить, что наиболее частые и грозные осложнения у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Так за три года:

- Острая левожелудочковая недостаточность – 7 случаев.

- Различные нарушения сердечного ритма и проводимости – 7 случаев.
- Кардиогенный шок – 4 случая.
- Клиническая смерть – 5 случаев.

Тогда как у больных с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST наблюдалось всего 2 случая по типу нарушения ритма.

Таблица №4 Процентное соотношение нарушения сердечного ритма и проводимости

	2013 год		2014 год		2015 год	
	абс	%	абс	абс	%	абс
Пароксизмальная желудочковая тахикардия	2	50,0	1	50,0	1	33,3
Полиопная желудочковая экстрасистолия	1	25,0	1	50,0	2	66,7
AV - блокада III степени	1	25,0	-	-	-	-
Всего	4	100	2	100	3	100

Исходя из данных таблицы №4, желудочковые аритмии являются наиболее часто встречающимися нарушениями сердечного ритма при осложненном инфаркте миокарда.

При осложнении инфаркта миокарда пароксизмальной желудочковой тахикардией показано проведение электрической кардиоверсии.

Кардиоверсия - воздействие постоянного тока, синхронизированное с комплексом QRS. При правильном проведении имеет ряд преимуществ перед медикаментозным купированием желудочковой тахикардии. К ним относятся быстрота восстановления ритма, частота восстановления синусового ритма и отсутствие возможных серьезных побочных эффектов.

За период с 2013 по 2015 годы было проведено 4 кардиоверсии пациентам с острым инфарктом миокарда, осложненным пароксизмальной желудочковой тахикардией с положительной динамикой.

Приведу пример из своей практики электрической кардиоверсии при остром инфаркте миокарда, осложненном аритмогенным шоком, с положительной динамикой.

Больной «Н», 61 год.

Типичный ангинозный приступ в течении 40 минут с нарушением ритма впервые, нитраты не принимал, вызвал бригаду «скорой помощи».

Сознание – оглушение II по шкале Глазго (13 баллов), акроцианоз, ЧСЖ – 200 ударов в минуту. В легких – дыхание везикулярное хрипов нет, ЧДД – 24 в минуту. АД – 60/20 мм.рт.ст.

На ЭКГ – пароксизмальная желудочковая тахикардия, ЧСЖ – 200 уд.в мин.

Больному проведена кардиоверсия с электрическим разрядом 200 Дж, в\в: раствор Фентанила 0,005% - 2,0, раствор Реланиума 10 mg на 0,9% растворе Натрия хлорида. После проведения кардиоверсии состояние больного стабилизировалось, восстановлен синусовый ритм, АД – 100/70 мм.рт.ст. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСЖ – 78 ударов в минуту, во II, III, aVF – монофазный подъём ST, депрессия ST в I, aVL, V₁-V₄.

После проведения кардиоверсии продолжено медикаментозное лечение: в\в раствор Клексана 0,3 мл и 0,5 мл п/к; в\в капельно раствор Допамина 4%-5,0(15мкг/кг/мин) на 200 мл 0,9% раствора Натрия хлорида; Ацетилсалициловая кислота – 250 мг; Плавикс – 300 мг.

Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда нижней стенки от 05.06.15 г, осложненный аритмогенным шоком.

После стабилизации состояния больного, решено было провести тромболитическую терапию. Противопоказаний для проведения нет. Больному болюсно введено 50 мг Метализе через 90 минут от начала ангинозного приступа, осложненного аритмогенным шоком. При транспортировке болевой синдром купирован, состояние больного улучшилось, АД повысилось до 120/70 мм.рт.ст. Больному было прекращено введение раствора Допамина. На ЭКГ – отмечалось снижение сегмента ST к изолинии. Больной госпитализирован в ККБ.

Выводы:

1. ОКС остается одной из частых причин вызова специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи в период с 2013 по 2015 годы.
2. На протяжении трех лет прослеживается постоянство соотношения острого инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии.
3. Всем пациентам с ОКС проведено медикаментозное лечение согласно стандартам, после чего они были доставлены в профильные стационары для дальнейшего лечения.
4. Анализируя данные, мы видим:
 - наибольший процент инфарктов миокарда, это инфаркты с подъемом сегмента ST – в среднем 72,2% от общего количества;
 - преобладают не осложненные инфаркты миокарда, причем процент осложнений плавно снижается – с 37,9% в 2013 году до 31,8% в 2015 году;

- осложнений при нестабильной стенокардии, за анализируемый период не было.
- наиболее частые и грозные осложнения наблюдались у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST;
- из осложнений инфаркта миокарда, преобладают различные нарушения ритма сердца и острая левожелудочковая недостаточность;
- желудочковые аритмии являются наиболее часто встречающимися нарушениями сердечного ритма при осложненном инфаркте миокарда.
- при осложнении инфаркта миокарда пароксизмальной желудочковой тахикардией показано проведение электрической кардиоверсии;
- за период с 2013 по 2015 годы было проведено 4 кардиоверсии пациентам с острым инфарктом миокарда, осложненным пароксизмальной желудочковой тахикардией с положительной динамикой.

Литература:

1. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутии «Руководство по скорой медицинской помощи» г.Москва, 2012 г.
2. Е. А. Мартынова «Неотложные состояния в кардиологии».
3. В. В. Руксин «Неотложная кардиологическая помощь на догоспитальном этапе» г.Москва, 2010 г.
4. «Рекомендации по оказанию медицинской помощи больным с ОИМ и его осложнениями на догоспитальном этапе для бригад скорой помощи». 2009 год г.Красноярск.

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ - МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФАТАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Л.А. Степанова, С.В. Алексеев, Т.В. Волкова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярская станция скорой медицинской помощи» г.Красноярск

Применение метода электроимпульсной терапии (ЭИТ) для купирования желудочковых аритмий на догоспитальном этапе является самым эффективным или единственным методом лечения.

Метод кардиоверсии-дефибрилляции - это метод электроимпульсной терапии, представляющий собой чрезгрудное воздействие постоянного тока достаточной силы с целью вызвать деполяризацию всего миокарда, после чего синоатриальный узел, водитель ритма первого порядка, возобновляет контроль над сердечным ритмом. Эти два вида ЭИТ при всей их схожести имеют существенные различия.

Кардиоверсия – метод лечения желудочковых тахикардий кроме фибрилляции желудочков, основанный на прекращении циркуляции возбуждения в миокарде путем нанесения электрического разряда в определенную фазу сердечного цикла. Воздействие постоянного тока должно быть синхронизировано с комплексом QRS, т.к., в случае воздействия тока перед пиком зубца Т, может возникнуть фибрилляция желудочков.

В условиях СМП основным показанием к проведению экстренной кардиоверсии служит именно картина нестабильной гемодинамики при фатальных желудочковых аритмиях, резистентных к другим способам терапии. На догоспитальном этапе к кардиоверсии следует прибегать только в безвыходных ситуациях. Во всех остальных случаях эту манипуляцию лучше оставить для стационара.

Дефибрилляция представляет собой метод купирования фибрилляции желудочков посредством нанесения электрического разряда, воздействие прямого тока без синхронизации с комплексом QRS, когда нет необходимости и возможности в синхронизации воздействия постоянного тока. Необходимо применение разряда такой формы и величины, чтобы одновременно получить дефибриллирующий эффект (разряд слишком малой величины наоборот обладает аритмогенным эффектом) и при этом нанести как можно меньшее повреждение миокарду. Различают однофазный и бифазный импульсы.

Однофазный импульс - это монополярный импульс, ток имеет только одно направление. Он реализован в подавляющем большинстве старых моделей дефибрилляторов. Для получения должного эффекта при проведении дефибрилляции

монофазным импульсом требуется значительная энергия разряда, что увеличивает повреждение миокарда. С 2005 года выпуск монофазных дефибрилляторов прекращен.

Двухфазный импульс — это биполярный импульс, ток проходит через миокард, а затем меняет направление и проходит еще раз. При этом для прекращения циркуляции возбуждения оказываются достаточными меньшие значения энергии, что уменьшает повреждающее действие тока на миокард. Сейчас однозначно считается, что бифазная дефибрилляция относительно низкими разрядами (менее 200 Дж) безопасна и более эффективна для купирования фибрилляции желудочков, чем высокоэнергетические нарастающие однофазные разряды. Биполярный импульс производит не только де-, но и реполяризацию миокарда. В рекомендациях по СЛР Американской кардиологической ассоциации (АНА), Европейского совета по реанимации (ERC) и Международного комитета по координации в области реаниматологии отмечается, что энергия разряда для двухфазных импульсов должна быть от 120 до 200 Дж, а двухфазные импульсы более 200 Дж не используются. В биполярной волне, кроме собственно полярности, большое значение имеет также ее форма.

На догоспитальном этапе аритмии являются второй по частоте после острой сердечной недостаточности причиной летальных исходов больных с ОИМ, одним из самых частых осложнений инфаркта миокарда, частой причиной внезапной сердечной смерти. Половина летальных исходов при ОИМ связана с желудочковыми тахикардиями и происходит в первые 2 часа развития заболевания, в большинстве случаев вследствие фибрилляции желудочков. Нарушения ритма являются отражением обширного поражения миокарда и часто вызывают появление или усиление нарушений гемодинамики и клинических проявлений недостаточности кровообращения.

Желудочковыми называют аритмии, источник которых расположен в желудочках, ниже ствола пучка Гиса. В основе возникновения электрофизиологических механизмов желудочковых аритмий могут лежать любые электрофизиологические механизмы, включая нарушения автоматизма, как в анатомически обусловленных структурах миокарда, так и в функционально обусловленных структурах миокарда, механизм re-entry, триггерная активность в виде ранних и поздних постдеполяризаций и осцилляций.

Выделяют несколько основных вариантов желудочковых тахикардий, требующих немедленной терапии, направленной на восстановление ритма на догоспитальном этапе.

Устойчивая пароксизмальная мономорфная желудочковая тахикардия. - аритмия, длительностью более 30 секунд, возникающая в желудочках сердца. Ритм может быть как правильным, так и неправильным, с ЧСС от 100 до 250 в минуту. На стандартной ЭКГ комплексы QRS широкие (более 0,12 с), имеющие одинаковую морфологию.

Характерным признаком являются «захваты», т.е. проскакивающие «нормальные синусовые» комплексы QRS и «сливные комплексы» QRS, формирующиеся вследствие распространения возбуждения одновременно как из синусового узла, так и из источника возбуждения, располагающегося в желудочках.

Устойчивая пароксизмальная полиморфная желудочковая тахикардия (в т.ч. *torsades de pointes*, типа «пируэт» - аритмия длительностью более 30 секунд, возникающая в желудочках сердца. Ритм может быть как правильным, так и неправильным, с ЧСС от 100 до 250 в минуту. На стандартной ЭКГ комплексы QRS широкие (более 0,12 с), постоянно меняющие свою морфологию. Возникает чаще всего при синдроме удлинения интервала QT. Характерна синусоидальная картина - группы из двух и более желудочковых комплексов с одним направлением сменяются группами желудочковых комплексов с противоположным направлением. Частота возникновения устойчивой желудочковой тахикардии в остром периоде ИМ достигает 15%.

Неустойчивая желудочковая тахикардия в острейшей фазе инфаркта миокарда - аритмия, возникающая в желудочках сердца, при которой на стандартной ЭКГ выявляются три и более последовательных широких (более 0,12 с) комплекса QRS с частотой 100-250 в минуту, длительностью не более 30 секунд.

Фибрилляция желудочков - хаотическое, асинхронное возбуждение отдельных мышечных волокон или небольших групп волокон с остановкой сердца и прекращением кровообращения. На ЭКГ желудочковую фибрилляцию распознают по непрерывным волнам различной формы и амплитуды с частотой от 400 до 600 в 1 мин (мелковолновая ФЖ), в некоторых случаях регистрируется меньшее число столь же беспорядочных волн (150—300 в 1 мин), но большей амплитуды (крупноволновая ФЖ).

Примерно 60% всех случаев фибрилляции желудочков происходят в первые 4 часа от начала ОИМ. В основном это, так называемая, первичная фибрилляция желудочков. Для клинической картины фибрилляции желудочков характерны внезапное начало, потеря сознания через 15-20 секунд от ее начала, характерные судороги через 40-50 секунд в виде однократного тонического сокращения скелетных мышц, расширение зрачков в это же время, урежение дыхания и прекращение его на 2-ой минуте клинической смерти.

Показаниями к проведению электрической дефибрилляции являются фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия без пульса. Электрическая дефибрилляция является важнейшим компонентом сердечно-легочной реанимации. Фибрилляция желудочков является причиной остановки кровообращения примерно в 80% случаев. Успех реанимации в этом случае будет напрямую зависеть от того, как скоро будет произведена дефибрилляция желудочков. При отсутствии дефибриллятора

реанимационные мероприятия при фибрилляции желудочков практически всегда безуспешны, более того, с каждой минутой снижается вероятность успешной электрической дефибрилляции. Эффективность немедленной электрической дефибрилляции при ИМ составляет около 90%. Прогноз у больных, перенесших первичную фибрилляцию желудочков, как правило, вполне благоприятный, и по некоторым данным практически не отличается от прогноза у больных с неосложненным ИМ.

Устранение фибрилляции происходит при прохождении через область сердца тока достаточной силы. В связи с этим эффективность дефибрилляции во многом зависит от трансторакального импеданса пациента. Трансторакальный импеданс при его высоких значениях может снижать эффективность дефибрилляции вследствие уменьшения силы тока, проходящего через сердце. У взрослого человека среднего телосложения трансторакальный импеданс составляет в среднем 70-80 Ом. На этот показатель может влиять целый ряд факторов: значение величины заряда; размер грудной клетки и её волосистой покров; размер и расположение электродов, сила их прижатия к грудной клетке; токопроводящий (контактный) материал между электродами и кожей больного; фаза дыхания; количество наносимых разрядов; перенесенные ранее пациентом хирургические вмешательства на грудной клетке и т. д. В целом явление трансторакального импеданса имеет важное клиническое значение, так как именно оно объясняет разницу между набираемой на шкале аппарата энергией и энергией, реально получаемой миокардом. Если при ЭИТ имеют место факторы, существенно повышающие трансторакальный импеданс, то вполне вероятно, что при установленной на шкале дефибриллятора энергии 360 Дж её реальное значение может составить на миокарде, в лучшем случае, 10-20%, т.е. 30-60 Дж, а это уже существенно снизит успех дефибрилляции. Современные дефибрилляторы имеют опцию автоматической компенсации трансторакального импеданса, что позволяет нанести на область сердца разряд, близкий к заданному.

В настоящее время на догоспитальном этапе применяются аппараты ДКИ-Н-10 и ДКИ-Н-11. Портативный монофазный дефибриллятор – монитор ДКИ-Н-10 «АКСИОН» предназначен для лечебного воздействия на сердце человека одиночным биполярным электрическим импульсом посредством пары электродов трансторакально. Дефибриллятор – монитор ДКИ-Н-10 «АКСИОН» позволяет наблюдать и регистрировать: электрокардиограмму (ЭКГ) пациента, как от электродов дефибриллятора, так и от отдельных электродов монитора; измерение ЧСС; построение и регистрацию ритмограммы и скаттерграммы R-R интервалов; обеспечение тревожной

сигнализации при выходе параметров за установленные пределы. Дефибриллятор-монитор обеспечивает формирование биполярного импульса дефибрилляции энергией до 360 ДЖ. Время набора энергии 200 ДЖ - 6 секунд, 360 ДЖ – 10 секунд. Имеет в наличии взрослые и детские электроды. Прибор состоит из двух отдельных частей: зарядное устройство и блок дефибриллятора - носимая часть. Имеется речевое сопровождение действий оператора и процесса работы прибора. Время непрерывной работы прибора в режиме мониторингирования не менее 7 часов от сменных аккумуляторных батарей (2 шт.), не менее 168 часов от сети 220 В и от бортовой сети автомобиля (12-20) В. Возможен заряд одновременно двух батарей. Проводится отображение всей информации на ЖК-дисплее до и после дефибрилляции. Дополнительно на ЖК-дисплей и термопринтер выводятся импеданс пациента до воздействия и при воздействии дефибриллирующего импульса, значение установленной и фактической дозы импульса воздействия (ток и энергия).

Дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-11 «Аксион» является продолжением серии приборов ДКИ-Н-10. В модели добавлены две новые функции - каналы измерения SpO2 и НИАД. Наличие дополнительных каналов расширяет область применения данного прибора для проведения реанимационных мероприятий в экстренных случаях.

В дефибрилляторе-мониторе сохранены все технические параметры модели ДКИ-Н-10 „Аксион“, такие как формирование биполярного импульса воздействия до 360 ДЖ, взрослые и детские электроды, блокировка случайного набора энергии свыше 200 ДЖ. Он также состоит из двух частей – зарядного устройства и собственно дефибриллятора – носимой части. Сохранены режимы и продолжительность работы от сменных аккумуляторных батарей и сети бортового питания автомобиля, речевое сопровождение действий оператора и процесса работы прибора. Вся информация отображается на ЖК-дисплее и регистрируется на термопринтере. Добавлены новые параметры: канал пульсоксиметрии (SpO2), канал неинвазивного измерения артериального давления (НИАД) и канал электрокардиостимуляции (ЭКС). Информация с измерительных каналов отображается на ЖК-дисплее, в т.ч. кривые фотоплетизмограммы и давления, и может быть зарегистрирована на термопринтере. Дефибриллятор ДКИ-Н-11 Аксион позволяет наблюдать на встроенном TFT-дисплее и регистрировать на бумажной ленте:

электрокардиограмму пациента, как от электродов дефибриллятора, так и от отдельных электродов кабеля пациента, частоту сердечных сокращений, ритмограмму и скаттерграмму R-R интервалов, установленную и набранную энергию разряда, текущее время и дату. Полная комплектация: дефибриллятор + ЭКГ + НИАД + SpO2 + ЭКСН + карта памяти. Минимальная комплектация: дефибриллятор + ЭКГ + карта памяти.

Дефибрилляторами оснащены все бригады скорой медицинской помощи и все подразделения медицинских учреждений, а владеть этим методом реанимации должны все медработники.

Показания к проведению электроимпульсной терапии (ЭИТ):

1. Трепетание и фибрилляция желудочков.
2. Стойкая желудочковая тахикардия при наличии нарушенной гемодинамики: артериальной гипотензии, острой сердечной недостаточности, шоке или отеке легких.

Противопоказаний к применению экстренной кардиоверсии при критическом состоянии пациента не существует.

При проведении кардиоверсии - дефибрилляции необходимо иметь под рукой следующий набор: инструментарий для поддержания проходимости дыхательных путей, электрокардиограф, аппарат искусственной вентиляции легких, баллон с кислородом, лекарственные препараты и растворы, необходимые для процедуры.

При фибрилляции желудочков помощь сводится к немедленному проведению дефибрилляции. Важно учитывать, что счет времени в этом случае идет на секунды, метод дефибрилляции является составным компонентом комплекса сердечно-легочной реанимации и проводится на месте возникновения клинической смерти. Подготовка к работе дефибриллятора в экстренной ситуации не должна занимать более 10 секунд.

Пациент лежит на твердой поверхности. Передняя поверхность грудной клетки полностью обнажена. Больной должен находиться в положении, позволяющем при необходимости проводить интубацию трахеи и закрытый массаж сердца.

Обязателен надежный доступ к вене больного. Непосредственно перед нанесением разряда следует убедиться, что сохраняется тахикардия, по поводу которой проводится электроимпульсная терапия, но если клиническая картина не вызывает сомнений, пульс на сонных артериях не определяется, и есть возможность выполнить дефибрилляцию в течение 30 секунд, то ее проводят, не тратя время на проведение дополнительных диагностических мероприятий, «вслепую».

Из помещения, если это возможно, удаляются все посторонние.

Необходимо установить электроды на передней поверхности грудной клетки. При проведении дефибрилляции сейчас используется преимущественно переднее или стандартное расположение электродов: один электрод с маркировкой «Apex», или красного цвета (положительный заряд), располагают точно над верхушкой сердца или ниже левого соска, у женщин – снаружи от верхушки сердца, за пределами молочной железы; другой электрод с маркировкой «Sternum», или черного цвета (отрицательный заряд), располагают сразу под правой ключицей, а если электрод спинной, то под левой

лопаткой. Используют также переднезаднее расположение электродов — одна пластина электрода находится в правой подлопаточной области, другая — спереди над левым предсердием. Существует еще и заднее - правое подлопаточное расположение электродов. Выбор расположения электродов производят в зависимости от конкретной ситуации. Не доказана польза или вред какого-либо из описанных расположений. Удобнее работать с двумя ручными электродами. Электроды обязательно смазывают специальным токопроводящим гелем. Допускается использование салфеток, смоченных физиологическим раствором. Для максимального снижения электрического сопротивления при электроимпульсной терапии кожу под электродами обезжиривают спиртом или эфиром. Затем нужно включить электропитание, выключить переключатель синхронизации дефибриллятора. Установить по шкале требуемый заряд (приблизительно 3 Дж/кг для взрослых, 2 Дж/кг для детей). Набрать заряд. Рекомендациями ERC и АНА установлены рекомендуемые величины энергии для первого разряда при проведении дефибрилляции для взрослых при использовании монополярного импульса — 360 Дж; при использовании биполярного импульса — 120-150 Дж. Электроды прижимают к грудной клетке с силой около 8 - 10 кг. Перед проведением разряда убеждаются, что никто не прикасается к больному или к кровати, на которой он лежит. Современная контрольно-диагностическая аппаратура защищена от импульсов дефибриллятора, но лучше ее отключить. Необходима электроизоляция носилок, расположенных в салоне машины.

Затем наносят разряд - производят дефибрилляцию. Разряды наносят в момент полного выдоха больного, одиночно. После каждого разряда следует сразу продолжить СЛР в течение 2-х минут, и лишь затем оценить ритм и решить вопрос о необходимости второго разряда. Уровень энергии для всех последующих импульсов должен быть не ниже первого, а если возможно, то даже и выше (для биполярного импульса — 150-200 Дж). В момент нанесения разряда изменяются показания монитора и отмечается реакция пациента — сокращение мышц, вздрагивание, иногда вскрик.

После нанесения разряда сразу или через непродолжительный период может восстановиться сердечный ритм. Если 3 разряда с нарастающей энергией не восстановили сердечный ритм, то четвертый - максимальной энергии — наносят после внутривенно введения антиаритмического препарата: лидокаин - 1,5 мг/кг внутривенно, струйно. Если фибрилляция сохраняется, то введение лидокаина в той же дозе и максимальный разряд повторяют. При отсутствии результата дефибрилляцию повторяют через 1-2 минуты после введения амиодарона - 300 мг внутривенно за 2-3 мин. Если эффекта нет, через 3-5 минут можно повторить внутривенное введение еще 150 мг амиодарона и повторить

максимальный разряд. При отсутствии эффекта разряд максимальной энергии повторяют после введения прокаинамида - 100 мг внутривенно. При необходимости можно повторить введение указанной дозы через 5 мин, до общей дозы 17 мг/кг. Возможно введение сульфата магния - 1 - 2 г внутривенно в течение 5 мин. При необходимости введение можно повторить через 5-10 мин, особенно при тахикардии типа «пируэт». При некупируемых аритмиях или при внезапной сердечной смерти рекомендуется чередовать введение лекарств с электроимпульсной терапией по схеме: антиаритмический препарат - разряд 360 Дж - адреналин - разряд 360 Дж - антиаритмический препарат - разряд 360 Дж - адреналин и т. д. После введения лекарства в течение 30-60сек проводят общие реанимационные мероприятия, а затем повторяют электроимпульсную терапию. В настоящее время имеются рекомендации начать введение антиаритмических препаратов с амиодарона, а лидокаин не вводить вообще, но единого мнения по этому вопросу пока нет.

Кардиоверсия – метод лечения желудочковых тахиаритмий кроме фибрилляции желудочков, основанный на прекращении циркуляции возбуждения в миокарде путем нанесения электрического разряда в определенную фазу сердечного цикла. Воздействие постоянного тока должно быть синхронизировано с комплексом QRS, что возможно при использовании дефибриллятора с электронным синхронизатором. Это дает возможность подать разряд в определенную фазу электрической систолы желудочков, как правило, через 20–30сек после вершины зубца R. При устранении тахиаритмии существует опасность нанесения электроимпульса в наиболее уязвимую фазу сердечной деятельности, период реполяризации желудочков сердца, на ЭКГ соответствует вершине зубца T, что может вызвать фибрилляцию желудочков.

В условиях СМП основным показанием к проведению экстренной кардиоверсии служит именно картина нестабильной гемодинамики при указанных выше нарушениях ритма, резистентных к другим способам терапии, а также при т. н. желудочковой тахикардии без пульса. В последнем случае она проводится без синхронизации и тем самым приравнивается к дефибрилляции. Последняя клиническая ситуация приравнивается к остановке кровообращения и кардиоверсия в этом случае является жизнеспасающей манипуляцией. Перед проведением кардиоверсии обязательно получение согласия пациента на эту процедуру в тех ситуациях, когда он способен это сделать.

Ввиду болезненности процедуры и наличия страха у пациента возможно применение общей анестезии или внутривенной анальгезии и седации: фентанил в дозе 1 мкг/кг, и диазепам 5-10мг; пожилым или ослабленным больным – 10мг промедола. При

исходном угнетении дыхания используют ненаркотические анальгетики. Если пациент находится в сознании, то желательно проведение общей анестезии. Задачи общей анестезии при кардиоверсии: обеспечить выключение сознания на короткий промежуток времени и обеспечить амнезию на период проведения манипуляции. Как правило, ограничиваются использованием короткодействующих гипнотиков в небольших дозах, вводимых внутривенно быстро: тиопентал 100-250 мг или пропофол 50-100 мг. Указанные препараты вводятся после адекватной преоксигенации 100% O₂ в течение 3-5 минут. Нужно помнить об опасности полного желудка у экстренных пациентов. В исключительных случаях, при отсутствии указанных препаратов или навыков работы с ними, допустимо использование бензодиазепинов - диазепам 5-20 мг или кетамина (0,5-1 мг/кг., последний целесообразно также использовать при окончательно дестабилизированной гемодинамике. Непосредственно перед нанесением разряда следует убедиться, что сохраняется тахикардия, по поводу которой проводится электроимпульсная терапия.

При желудочковой тахикардии для первого воздействия необходим разряд в 100 Дж. В случае полиморфной желудочковой тахикардии для первого воздействия используется разряд в 200 Дж. Разряд подаётся после синхронизации с комплексом QRS на мониторе. Синхронный режим возможен только при приеме ЭКГ от кабеля отведений монитора. Для организации синхронного режима необходимо подключить кабель отведений к разъему ЭКГ передней панели аппарата и нажатием кнопки установить нужное отведение, затем нажать кнопку синхронизации. В синхронном режиме аппарат выдает дефибриллирующий импульс по первому R- зубцу комплекса QRS после одновременного нажатия кнопок разряда на электродах. При проведении кардиоверсии необходимо проверить по экрану дисплея четкое отнесение меток кардиоверсии к R-зубцам комплекса QRS. В случае, если у больного развилась фибрилляция желудочков, режим синхронизации отключают. Режим синхронизации отключается после разряда и при переходе на прием сигнала ЭКГ от электродов дефибриллятора.

Определение центрального пульса производят, если после разряда через две минуты реанимации на мониторе регистрируется организованный ритм. После успешного восстановления ритма обязательно регистрируется ЭКГ.

Правила техники безопасности при работе с дефибриллятором: никогда не держать оба электрода в одной руке; заряд производить только тогда, когда оба электрода размещены на груди у пострадавшего; избегать прямого или непрямого контакта с пострадавшим при проведении разряда; вытереть насухо грудь больного; убрать кислород из зоны дефибрилляции; исключить возможность заземления персонала; исключить

возможность прикосновения окружающих к больному во время нанесения разряда; следить, чтобы изолирующая часть электродов и руки были сухими.

Проведение ЭИТ у пациентов с имплантированным кардиостимулятором-кардиовертером несколько изменяет технику процедуры. Следует немного изменить положение электродов, не стоит располагать электроды прямо над этим устройством, а сместить их в сторону как минимум сантиметра на три от сомнительного места. При наружной дефибрилляции имплантированный кардиовертер как бы «тянет» ток на себя, поэтому величина реального разряда, приходящегося на миокард, будет ниже. В связи с этим, чтобы определить, дает ли разряды имплантированный кардиовертер, необходимо понаблюдать за мышцами грудной клетки больного. Если кардиовертер работает, то они будут периодически сокращаться, но не так резко, как при закрытой дефибрилляции, так как на внутренний электрод подается гораздо меньший разряд. Если кардиовертер работает, разумно подождать около минуты – вполне возможно, что аритмия будет прекращена. Иногда возникает необходимость выключить имплантированный кардиовертер. Это происходит в ситуациях, когда он вновь запускает фибрилляцию желудочков после успешной дефибрилляции наружным дефибриллятором. Для этого необходимо на область кардиовертера положить магнит и прибор будет остановлен. После успешной дефибрилляции кардиостимулятор-кардиовертер должен быть обязательно проверен специалистом.

Осложнения кардиоверсии-дефибрилляции:

1. Постконверсионные аритмии, и прежде всего – фибрилляция желудочков.

Фибрилляция желудочков обычно развивается в случаях нанесения разряда в раннюю фазу сердечного цикла. Вероятность этого невысока (около 0.4%), однако, если позволяет состояние больного, вид аритмии и технические возможности, следует использовать синхронизацию разряда с зубцом R на ЭКГ. При возникновении фибрилляции желудочков немедленно наносят повторный разряд энергией 200Дж.

Другие постконверсионные аритмии, например, предсердные и желудочковые экстрасистолы, обычно кратковременны и не требуют специального лечения.

2. Тромбозы легочной артерии и большого круга кровообращения чаще развиваются у больных с тромбоэндокардитом и при длительно существующем мерцании предсердий в отсутствии адекватной подготовки антикоагулянтами.

3. Нарушения дыхания являются следствием неадекватной премедикации и анальгезии. Для предупреждения развития нарушений дыхания следует проводить полноценную оксигенотерапию. Нельзя пытаться стимулировать дыхание дыхательными analeptиками. При серьезных нарушениях дыхания показана интубация.

4. Ожоги кожи возникают вследствие плохого контакта электродов с кожей, использования повторных разрядов с большой энергией.

5. Артериальная гипотензия после проведения кардиоверсии-дефибрилляции развивается редко. Обычно гипотензия не выражена и сохраняется недолго.

6. Отек легких изредка возникает через 1-3 часа после восстановления синусового ритма, особенно у больных с длительно существовавшим мерцанием предсердий.

7. Изменения реполяризации на ЭКГ после проведения кардиоверсии-дефибрилляции разнонаправлены, неспецифичны и могут сохраняться несколько часов.

8. Аспирация желудочного содержимого;

9. Ларингоспазм;

10. Поражение медперсонала электрическим током.

Вероятность выжить у больных с фибрилляцией желудочков, по современным литературным данным, снижается на 7–10 % в каждую последующую минуту от ее начала. Первичные реанимационные мероприятия (АВС) не могут перевести у таких больных фибрилляцию в гемодинамически эффективные сокращения сердца без проведения электроимпульсной терапии (ЭИТ). Поэтому немедленное проведение дефибрилляции в таких ситуациях в условиях догоспитального этапа бригадами СМП— это шанс восстановить эффективный сердечный ритм, т.е. спасти жизнь пациента.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г. М.Ш. Хубутя. Руководство по скорой медицинской помощи. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015г. .24-25, 33,78-101.

2. Петер Сафар, Николас Дж.Бичер Сердечно-легочная и церебральная реанимация; перевод с англ. М.Медицина,2003 г. 240-252.

3. Усенко Л.В.,Царев А.В.,Кобеляцкий Ю.Ю. Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии Днепропетровской государственной медицинкой академии. Сердечно – легочная и церебральная реанимация: новые рекомендации Европейского совета по реанимации 2010 г.

4. А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксин. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия. 2014 г. «Протоколы лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе».

5. Обзор рекомендаций Американской Ассоциации сердечных заболеваний по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2010 года. www.heart.org/cpr

6. Голдовский Б.М., Поталов С.А., Сериков К.В., Левкин О.А., Сидь Е.В., Машко А.П. Сб.стат. ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Изд.2010г. г. Технология электроимпульсной терапии в системе неотложных мероприятий при фатальных нарушениях сердечного ритма. 18-22.
7. Аппарат ДКИ–Н–10. Инструкция по эксплуатации.2014 г.
8. Аппарат ДКИ-Н-11. Инструкция по эксплуатации. 2016 г.
9. http://smed.ru/guides/67158/#Pokazaniya_k_provedeniju_kardioversii-defibrillyacii.
10. Востриков В.А., Богушевич М.С. Эффективность дефибрилляции желудочков сердца импульсами тока монополярной и биполярной синусоидальной форм. Анестезиология и реаниматология. 2000; 6: 51 – 54.
11. Берман М.В., Батунова М.А., Гордеева М.В., Медведев М.М. Северо-западный центр диагностики и лечения аритмий при СПбГМА им. И.И. Мечникова, Россия. Современные стратегии реанимационного пособия больным с жизнеугрожающими тахиаритмиями. Журнал «Медицина неотложных состояний»,1(40),2012 г. 23.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.И. Шотина, В.И. Асакалов

ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Проблема взаимоотношений службы скорой и неотложной медицинской помощи существовала еще с советских времен и была отражена в приказе Минздрава СССР от 20.05.1998г. № 404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению». К сожалению, повсеместно исполнить этот приказ не получилось. И сейчас мы снова возвращаемся к разделению полномочий скорой и неотложной медицинской помощи. Служба скорой медицинской помощи является зеркалом всей системы здравоохранения. Практика показывает, что при недоработках в системе первичной медико-санитарной помощи люди в подавляющем большинстве обращаются на «скорую помощь». В целом по стране, и в Республике Хакасия в частности, скорая медицинская помощь зачастую подменяет деятельность первичного звена здравоохранения. И одна из задач модернизации службы - возвращение этих несвойственных скорой помощи функций в первичное звено. Участковая служба должна быть заинтересована в конечном результате своей работы. Ведь если лечебные и профилактические мероприятия проводятся правильно, меньше обращений у хронических больных на скорую помощь. Поликлинические подразделения должны принимать на себя часть объемов медицинской помощи, ранее приходящиеся на скорую медицинскую помощь, развивая у себя отделения неотложной помощи. В результате службой скорой медицинской помощи должны совершаться выезды на вызов преимущественно в экстренной форме, что позволит не только разгрузить скорую медицинскую помощь, но и повысит эффективность работы самой службы.

Для выполнения указанных задач в г. Абакане на базе амбулаторно-поликлинических учреждений созданы отделения неотложной медицинской помощи. Прием вызовов осуществляется до 18.00 через регистратуру амбулаторно-поликлинических учреждений и оперативный отдел ССМП. То есть вызовы в неотложной форме, поступившие на ССМП, фельдшером по приему и передаче вызовов передаются на исполнение в службу неотложной медицинской помощи поликлиник. Бригады неотложной медицинской помощи состоит из фельдшера (врача-педиатра) и водителя. Фельдшеры неотложной медицинской помощи имеют сертификат по специальности «скорая и неотложная медицинская помощь». Вызова обслуживаются на легковых автомобилях марки ВАЗ.

С бригадами неотложной медицинской помощи налажено тесное взаимодействие. При поступлении вызова «на себя» от фельдшера бригады неотложной медицинской помощи, в случаях возникновения у больных состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства, незамедлительно направляется бригада скорой медицинской помощи. Кроме того, в службу неотложной медицинской помощи передаются активные вызовы к больным, отказавшимся от госпитализации при обслуживании бригадой скорой медицинской помощи.

Создание службы неотложной медицинской помощи снизило количество выездов бригад скорой медицинской помощи на 14,8% в 2016г. Всего в 2016 г. передано на неотложную помощь 10159 вызовов, из них 82% к взрослому населению, 18% - к детям. В сезонные подъемы заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями количество переданных вызовов доходило до 25% в сутки. Основные поводы для передачи вызова на неотложную помощь связаны с повышением температуры тела без сыпи и судорог (48%), артериальной гипертензией (18%), дорсалгией (15%), симптоматической помощью онкобольным (15%).

За пять лет существования «неотложки» накоплен положительный опыт. Случаи вызовов «на себя» бригады скорой медицинской помощи бригадой неотложной медицинской помощи сведены до минимума.

Очередной этап сотрудничества служб видится в увеличении часов работы неотложной медицинской помощи, а в дальнейшем, возможно, и переход на круглосуточный режим.

ПОЧЕМУ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫЕ, КОТОРЫМ ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ?

О.А. Штегман, Ю.И. Мелешко, А.М. Ильина, Н.С. Куликова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС) является состоянием требующим обязательной госпитализации в связи с высокой вероятностью развития жизнеугрожающих осложнений. В России количество вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу подозрения на ОКС достигает 25000 за сутки [1]. Больные часто имеют свои взгляды на своё состояние и способы его коррекции. Так, приблизительно в 14% отказы больных от выполнения рекомендаций врача связаны с несогласием больного с тактикой врача [2]. Разработан алгоритм действия медицинского работника при отказе пациента от госпитализации [3].

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства, в том числе и от госпитализации. Врач должен разъяснить риски, а что конкретно он скажет зависит от конкретной ситуации и опыта врача.

В доступной нам литературе не встретилось серьёзных научных исследований, посвящённых анализу причин отказов больных от госпитализации, что и послужило поводом для проведения данного исследования.

Материал и методы

В исследование было включено 56 пациентов с подозрением на ОКС, которые, по данным станции СМП г.Красноярска, вызывали СМП, но подписали информированный отказ от госпитализации. С пациентами проводилась беседа, в ходе которой оценивались симптомы, послужившие причиной вызова СМП, выяснялись причины отказа от госпитализации. Для анализа типа отношения к болезни была использована тестовая методика ТОБОЛ [4]. Оценивались факты госпитализации и смерти в течение 30 дней с момента первого вызова СМП. У всех больных проводился анализ данных указанных в форме №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи».

Результаты и их обсуждение

Среди 56 пациентов – 15 человек были мужчины (27%) и 41 (73%) – женщины. Средний возраст пациентов составил 66 ± 2 года, от 34 до 93 лет.

Из 56 пациентов 53 (95%) имели подозрение на ОКС без подъёма сегмента ST и 3 (5%) пациента – подозрение на ОКС с подъёмом ST. С шестью (11%) пациентами, отказавшимися от госпитализации, не удалось выйти на связь и узнать их дальнейшую судьбу (см. Рис.1), ещё пять пациентов (9%) отказались отвечать на вопросы. Установлено, что в течении 30 дней одна больная с ОКС с подъёмом ST после отказа от госпитализации скончалась (2%). 19 из 45 пациентов (42%), с которыми была проведена беседа, были госпитализированы в течении 30 дней после первого вызова СМП.

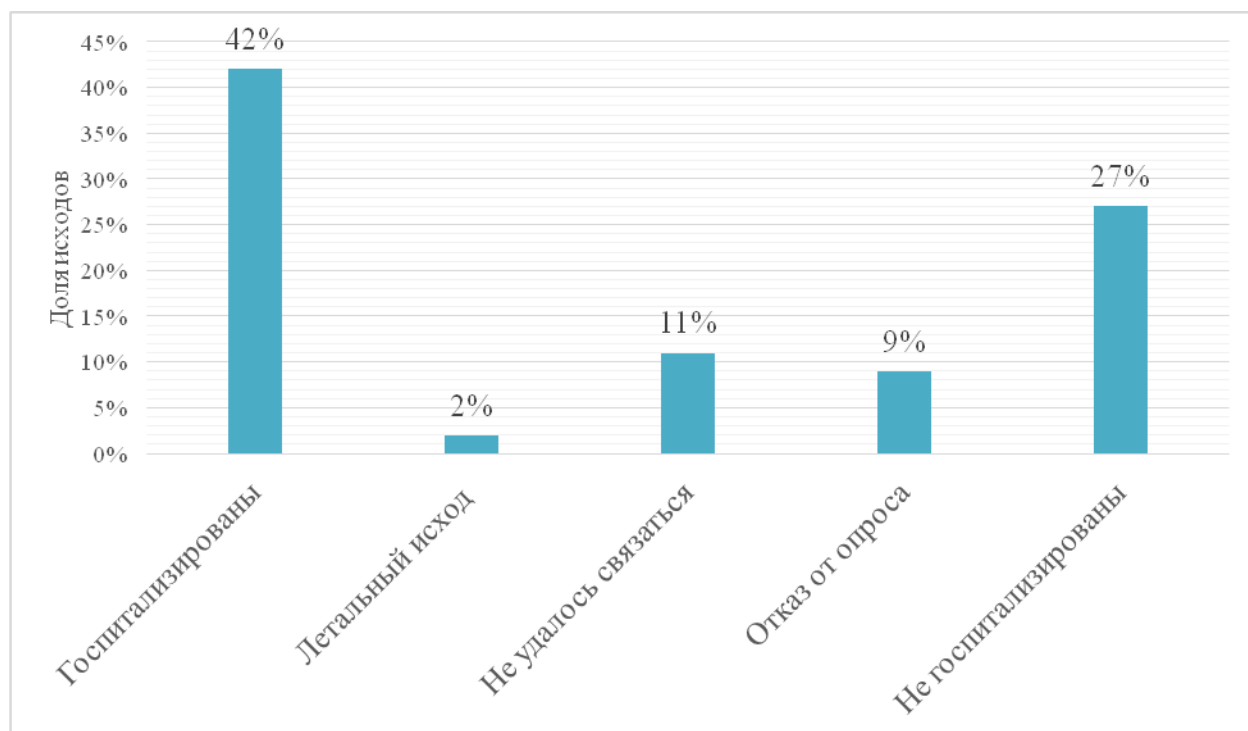


Рис.1. Распределение частоты исходов в течение 30 дней после отказа от предложенной госпитализации

Основная причина отказа от госпитализации у 7 (16%) опрошенных была наличие важных дел, которые нельзя отложить (см. Рис.2), у 7 (16%) - улучшение самочувствия, 11 (25%) - не доверяют врачам стационара, 10 (23%) считают, что заболевание можно лечить дома и 9 (20%) указали другую причину отказа, среди которых встречались такие причины, как: «становится лучше только в домашней обстановке», «боюсь оказаться никому ненужным», сомнения в качестве медицинской помощи на этапе стационара.

У 3,3-24% больных с подозрением на ОКС, которым было отказано в госпитализации, в дальнейшем подтверждается наличие острого инфаркта миокарда [5, 6].



Рис.2. Распределение частоты причин отказа от госпитализации больных с подозрением на ОКС

Подозрение на ОКС у пациентов были действительно обоснованы, т.к. на одного больного приходилось в среднем 2,2 фактора риска развития ОКС. Ишемическая болезнь сердца наблюдалась в анамнезе у 33 (59%) пациентов, 20 (36%) имели отягощенную наследственность, 13 (23%) являлись курильщиками. В качестве сопутствующей патологии артериальная гипертензия выявлена у 40 (72%) пациентов, сахарный диабет – у 3 (5%) больных.

Кроме того, клиника явно указывала на возможность ОКС. Приступ купирован приемом нитроглицерина у 16 (28%) больных, отсутствие эффекта наблюдалось у 5 (9%). 40 (72%) пациентов предъявляли жалобы на давящие боли за грудиной, жгучие боли наблюдались у 10 (18%) пациентов. Усиление одышки в течение последних двух месяцев отмечали 12 пациентов (21%), эпизоды холодного пота – 18 (32%) больных, 23 (41%) пациента связывали появление болей с физической нагрузкой.

Продолжительность приступа болей у пациентов варьировала от 5 до 30 минут. Время от начала болей до первого медицинского контакта составило до 30 минут у 16 опрошенных (28%), более часа – у 30 пациентов (54%), у 4 (7%) пациентов точно время начала болей оказалось невозможно установить.

18 (32%) пациентов получали постоянную терапию в виде статинов, 24 (43%) больных получали в-блокаторы, 6 (10%) пациентов – антиагреганты.

Изменения на ЭКГ в виде полной блокады левой ножки пучка Гиса обнаружены у 1 пациента (2%), подъёма сегмента ST – у 1 пациента (2%), желудочковых экстрасистол – 3 (5%), пароксизмальных нарушений ритма – у 7 (12%) пациентов.

Помощь была оказана фельдшерской бригадой СМП 27 пациентам (48%), общеврачебной – 29 (52%).

Морфин бригадой СМП был введен 1 больному (2%), клопидогрель был дан 48 (86%) больным, аспирин – 48 (86%) пациентам, гепарин введен 50 (90%) пациентам, нитраты были использованы при оказании помощи у 49 (88%) пациентов. Большая часть пациентов 42 (75%) остались довольны действиями бригады СМП.

При оценке типа отношения к болезни из 26 опрошенных у 1 (4%) установлен "чистый" гармоничный тип отношения к болезни, у 13 (50%) – смешанный, у 4 (15%) – диффузный (сочетание более трех типов), у 8 (31%) – анозогнозический тип в чистом варианте и у 3 (12%) в составе смешанного. (см. Рис.3). То есть, недооценка ситуации в виде анозогнозического типа встречалась у каждого пятого пациента.

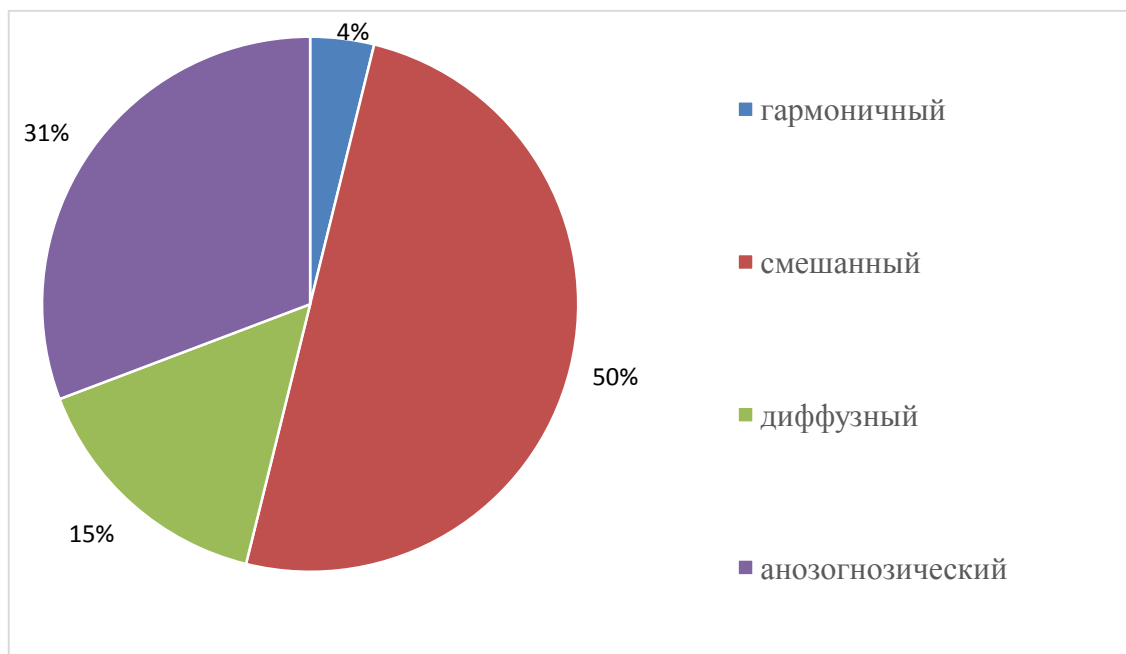


Рис.3. Распределение типа отношения к болезни у больных с подозрением на ОКС

Выводы:

1. Среди пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации, три четверти составляют женщины.
2. Среди пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации, ОКС без подъема сегмента ST регистрируется гораздо чаще, чем ОКС с подъемом сегмента ST.
3. 42% пациентов с подозрением на ОКС, первоначально отказавшихся от госпитализации, госпитализируются после повторных вызовов СМП.
4. Каждый четвёртый пациент с подозрением на ОКС отказывается от госпитализации из-за недоверия врачам стационара.
5. Анозогнозический тип отношения к болезни встречается почти у каждого второго пациента с подозрением на ОКС, отказывающегося от госпитализации.

Список литературы

1. Верткин А.Л., Мошина В. А. Лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 13, № 2. – С. 89–91.
2. Кицул И.С., Абашин Н.Н. Результаты социологического изучения причин отказа от выполнения больными назначений врача // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1998. – Т. 12, № 1. – С. 45-47.
3. Александрова О.Ю. Алгоритм действий медицинских работников при отказе пациента от медицинского вмешательства (госпитализации) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 5-6. – С. 3-7.
4. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни / Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. // Метод. рекомендации. Л., 1987. – 28с.
5. Брезгина М.Ф., Зайцев В.Г., Островский О.В. Влияние ложных диагностических заключений на эффективность оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на острый инфаркт миокарда // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2009. – №3(23). – С.12-14.
6. Rosamond WD, Chambless LE, Sorlie PD, et al. Trends in the sensitivity, positive predictive value, false-positive rate, and comparability ratio of hospital discharge diagnosis codes for acute myocardial infarction in four US communities, 1987–2000 // Am J Epidemiol. – 2004. – V.160. – P.1137–1146.

СОДЕРЖАНИЕ

РАННЯЯ РЕПЕРFUЗИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОКС В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. АБАКАНА. В.И. Асакалов, О.И. Шотина	3
ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ М.Н. Астапенко	7
ОСТРЫЕ БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ. ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ПРИМЕРЕ ПС №2 В КИРОВСКОМ РАЙОНЕ г.КРАСНОЯРСКА. Г.Н.Владимирова	10
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПОДСТАНЦИИ № 2 СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.2016г.-01.01.2017г. М.В.Врублевский, В.В.Вербицкая, Е.А.Дорогайкина, Т.А.Кучеренко	14
СОСТОЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ С.Е. Головенкин, С.А. Устюгов, К.В. Злодеев, И.Е. Розовская, Е.М. Малыхина, С.Ю. Никулина	18
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ С.Е. Головенкин, А.А. Терлеев, А.А. Сучков, А.В. Шишонков, А.Ю. Савельев, В.В. Радионов, Е.Ю. Пелипецкая	21
СТАТИСТИКА ОСТРЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА. СЛУЧАИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В 19 ЛЕТ И 16 ЛЕТ В 2016 ГОДУ ИЗ ПРАКТИКИ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД НОРИЛЬСКОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Т.В.Гусарова, И.А.Кулешова, В.В.Мороз, З.А.Мусакиева, Г.А.Чикишева	23
ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Е.В. Деревянных	36
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ (МНОЖЕСТВЕННОЙ, СОЧЕТАННОЙ, ИЗОЛИРОВАННОЙ) БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. НОРИЛЬСКА Л.В. Дудко, В.В. Илугина, А.Р. Иванов, С.Л. Колодко, П.А.Михеев, В.В. Мороз, З.А. Мусакиева, В.И. Школьников	38

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК НА ЭТАПЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ КГБУЗ «НОРИЛЬСКАЯ ССМП» В.А. Иванова, А.Е. Лесенко, П.П. Лесенко, В.В. Мороз, З.А. Мусакиева, И.М. Третьак	46
СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С.А.Пономарева	55
ИБС. ОКС. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ КАРДИОВЕРСИЯ ПРИ ОСТРЫМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ Л.А. Степанова, С.В. Алексеев, Т.В. Волкова	64
ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ - МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФАТАЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Л.А. Степанова, С.В. Алексеев, Т.В.Волкова	73
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ О.И. Шотина, В.И. Асакалов	85
ПОЧЕМУ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫЕ, КОТОРЫМ ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ? О.А. Штегман, Ю.И. Мелешко, А.М. Ильина, Н.С. Куликова	87