

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ГОРОДА КУВАНДЫКА»**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ,  
ПОСВЯЩЕННЫХ 70-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУВАНДЫКЕ  
«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ»**

**г. Кувандык, 2018 г.**

***Редакционный совет:***

**А.А. Мельман** – главный врач ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»

**А.Н. Бочаров** – программист ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»

## Содержание

<p><b>История создания и развития станции скорой медицинской помощи в городе Кувандыке</b>  <i>Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»</i></p>	<b>5</b>
<p><b>Проблемы скорой медицинской помощи и пути их решения</b>  <i>Иванов В.Б., главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Оренбургской области, главный врач ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» города Оренбурга</i></p>	<b>8</b>
<p><b>Новое в работе станции скорой медицинской помощи города Орска</b>  <i>Кумзин К.А., ГАУЗ «ССМП» г.Орска</i></p>	<b>9</b>
<p><b>Опыт организации пунктов временного пребывания с выполнением функций выездных бригад трассовых пунктов в службе СМП и работа СМП в сельской местности</b>  <i>Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»</i></p>	<b>10</b>
<p><b>Обострение гипертонической болезни. Эффективное лечение с плохим прогнозом</b>  <i>Манойлов А.Е., ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г.Челябинск, Файзуллин К.Р., ФГБУЗ "Центральная медико-санитарная часть №15 федерального медико-биологического агентства" отделение скорой медицинской помощи г. Снежинск, Лазарев К.В., МБУЗ «ССМП» г. Челябинск, Нетребко А.И, ГАУЗ «ССМП» г. Новотроицка, Кречетников В.И., ГАУЗ «ССМП» г. Орска</i></p>	<b>11</b>
<p><b>Первый опыт организации единой межмуниципальной диспетчерской службы скорой медицинской помощи в Оренбургской области</b>  <i>Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»</i></p>	<b>18</b>
<p><b>Организация помощи пациентам с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в Оренбургской области</b>  <i>Захаров С.А., Виноградова О.В., региональный сосудистый центр, ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»</i></p>	<b>21</b>
<p><b>Скорая медицинская помощь и участковая служба поликлиники. Эффективное взаимодействие</b>  <i>Мельман А.А., главный врач ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка», Кирьянова О.Б., зам. главного врача ГБУЗ «ГБ» г.Кувандыка</i></p>	<b>40</b>

<p><b>Тактические ошибки медицинского персонала скорой и неотложной помощи</b>  <i>Журнал "Врач скорой помощи" 11/2017 (стр. 62-74)</i></p>	<p><b>41</b></p>
<p><b>Опыт применения небулайзерной терапии на этапах оказания медицинской помощи больным с бронхообструктивными заболеваниями</b></p> <p><i>Мельман А.А., ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка</i>  <i>Рязанов Н.П., Кирьянова О.Б., Стинич И.Я., Рязанов В.Н. ГБУЗ «Городская больница» города Кувандыка</i></p>	<p><b>51</b></p>

## **История создания и развития станции скорой медицинской помощи в городе Кувандыке**

*Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»*

*E-mail: kuvandyk.ssmf@mail.ru*

В начале прошлого века Оренбургская область являлась далекой провинцией России.

Создание службы скорой помощи связано было с индустриализацией и строительством промышленных предприятий, развитием сети железных дорог.

Необходимость в создании службы скорой медицинской помощи возникла при развитии промышленности в г. Кувандыке, строительства заводов механических прессов и криолитового.



*фото: Бригада СМП. Водители: Дильмухаметов М., Носов В., Горбань Т.,  
фельдшер Мочалина Е.И.*

Главным врачом Кувандыкской районной больницы Львом Рудольфовичем Пиддэ был издан 1.06.1948 г. Приказ №42 по обеспечению дежурств медицинских сестер по амбулатории в ночное время с возложением на них обязанностей по оказанию первой помощи больным, с записью вызова и, при необходимости, вызова фельдшера для выезда на дом, на предприятие, улицу, к больным и пострадавшим.

Первыми медицинскими сестрами, заступившими на дежурство, были: Карнаух, Куликова, Дурасова, фельдшер Карачаева.

Служба, созданная в амбулатории районной больнице, именовалась в приказах как Пункт скорой медицинской помощи, Кабинет неотложной помощи.

В период с 1948 по 1953 года вызова обслуживались на гужевом транспорте.

В 1953 году был получен автомобиль медицинской скорой помощи (АМСП) на котором в вечернее и ночное время производились выезды к больным.

В 50-е годы прошлого века выездными фельдшерами работали Данькина Н.И., Журавлева О.С., Хаустова К., Маврин Н.М., а первым водителем скорой помощи был Кадигроб Н.Г.

В 1954 году была принята в скорую медицинскую помощь фельдшер Верхошинская Антонина Александровна.

В 1956 году в связи с получением автомобилей скорой медицинской помощи кабинет неотложной медицинской помощи преобразован в кабинет скорой медицинской помощи, Приказом главного врача по Кувандыкской районной больнице были определены функциональные обязанности фельдшера, водителя.

Вызовы должны были быть обслужены в течении одного часа с момента поступления при этом запрещалось скапливать вызовы с целью одновременного их обслуживания.

В приказах отмечалась необходимость соблюдения строгого санитарного режима так как в кабинете проводились «Манипуляции и вливания», руководителем кабинета скорой помощи в это время был фельдшер Маврин Н.М., выезды в зимнее время из-за невозможности использования автомобиля обслуживались с помощью гужевого транспорта которым управляли водители автомобилей скорой медицинской помощи Кадигроб Н.Г., Носов П.В, Архипов Л.Б.

В 1963 году в связи с ростом населения города Кувандыка приказом Главного врача №255 по Кувандыкской головной больницы от 8.08.1963 г. Чулковым В.С., кабинет был преобразован в отделение скорой медицинской помощи, в том же месяце был издан Приказ №277 от 28.08.1963 г.: отделение преобразовано в станцию скорой медицинской помощи со штатом 20 человек.

В 1948 году скорая помощь находилась в амбулатории районной больницы по ул. Северная. С 1953 года служба скорой помощи располагалась в новых корпусах по ул. Мичурина, кабинет располагался в здании поликлиники с отдельным входом.

С 1959 года кабинет скорой медицинской помощи стал располагался в отдельном здании (ныне бухгалтерия).

В 1963 году ССМП было выделено отдельное здание по ул. Чапаева (бывшее здание конторы совхоза «Горный»).

В 1986 году было построено и введено в эксплуатацию новое типовое здание станции скорой медицинской помощи, штат сотрудников с 20 человек возрос до 52 человек.

В 60-х годах на станции работали врачи районной больницы в качестве совместителей.

Первый штатный врач Т.И. Дащенко.

В период, начиная с 1963 г., станцию возглавляли:

с 1963 по 1972 г.г. - главный врач Онищенко М.Е.,

с 1972 по 1973 г.г. - фельдшер Дюндик В.Н.,

с 1973 по 1977 г.г. - главный врач Астафьев И.В.,

с 1977 по 1979 г.г. - главный врач Филатова Т.В.,

с 1979 по 1987 г.г. - главный врач Рубцов В.Ф.,

с 1987 г. - главный врач Мельман А.А.

С 1987 г. проводились внедрения медицинской техники: ЭКГ аппарат «Малыш», кислородные подушки заменены на кислородные ингаляторы, появились дефибрилляторы, воздуховоды.

Долгие годы проработали на станции Онищенко М.Е., Верхошинская А.А., Дубинина В.Ф., Челнова А.Н., Гринченко М.Ф., Чересова А.А., Милова З.Ф., Морозова Н.Ф., Илларионов В.А., Напольнов А.В., Колотинский И.В., Ширяева Н.П., Иванова Г.П.

С 60-х годов прошлого столетия находились в эксплуатации машины скорой помощи УАЗ оборудованные радиостанциями «ЛЕН» в связи с чем повысилась оперативность, по национальной программе «ЗДОРОВЬЕ» получены новые автомобили ГАЗель и УАЗ, оборудованные современными средствами медицинской техники и системами светозвуковой сигнализации, радиостанциям «КЕНВУД».

Более 20 лет регулярно проводятся курсы повышения квалификации врачей, фельдшеров (фельдшерские курсы на базе Кувандыкской станции скорой медицинской помощи).

Коллектив станции активно участвует в работе Национального научно-практического общества скорой помощи.

С 2001 года внедрена небулайзеровая терапия бронхиальной астмы берудуалом и пульмикортом, новые гипотензивные препараты - нифедипин, инап-Р, анальгетики – кетарол, диклофенак.

Широко используется ЭКГ-диагностика, экспресс диагностика сахара крови, тесты на алкоголь, наркотики, тропотесты.

Служба СМП в 1986 г. вышла за пределы города, приказом Главного врача Центральной Районной Больницы Чулковым В.С. была создана подстанции скорой медицинской помощи в пос. Зиянчурино для обслуживания сельского населения Зиянчуринского врачебного участка.

Работа Зиянчуринской подстанции СМП показала необходимость создания сети подстанций СМП в районе, так как улучшилось своевременность и доступность медицинской помощи сельскому населению.

С 01.04.2013 для обслуживания населения восточной части района и трассы Оренбург-Орск открыт пункт временного пребывания бригад скорой медицинской помощи с дислокацией в п.Новосаринский.

В 2012 году приобретены дефибрилляторы фирмы "Philips", что позволило проводить дефибрилляцию фельдшерами и внедрить тромболизис.

В 2013 году перешли на финансирование через фонд ОМС. За последующие полтора года полностью отремонтировано здание скорой медицинской помощи, приобретено новое медицинское оборудование, оргтехника, мебель.

С 01.07.2013 года учреждением получен статус Государственного бюджетного учреждения здравоохранения, приобретены и получены 6 автомобилей класса «В», из них: 4 марки «УАЗ», 2 автомобиля марки ГАЗ

(Луидор, Соболев). На автомобилях установлена навигационная система спутникового слежения «ГЛОНАСС».

В 2016 году открыт пункт временного пребывания бригад скорой медицинской помощи в с. Краснощеково.

В 2017 году создана единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи с г. Медногорском.

Опыт работы Кувандыкской станции скорой медицинской помощи в оказании неотложной помощи больным на догоспитальном этапе в настоящее время становится особенно ценным.

В настоящее время станция скорой медицинской помощи — достаточно мощное, для малых городов и районов России, государственное учреждение, выполняющее около 18 000 выездов в год.

Перед коллективом ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка стоят задачи повышения качества оказания медицинской помощи, внедрение современных стандартов оказания медицинской помощи, развитие сети подстанций скорой медицинской помощи в сельской местности.

### **Проблемы скорой медицинской помощи и пути их решения**

*Иванов В.Б., главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Оренбургской области, главный врач ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» города Оренбурга*

*E-mail: smp.oren@yandex.ru*

В настоящее время работе скорой медицинской помощи уделяется огромное внимание со стороны как Правительства, так и общественности. Ежегодно служба получает новые автомобили, улучшается благосостояние медицинских работников благодаря «майским указам» Президента Российской Федерации В.В. Путина.

Для улучшения качества и условий работы наших сотрудников появилась возможность укомплектовывать выездные бригады медицинскими сестрами – помощниками врачей и фельдшеров. Соответственно время оказания помощи на месте вызова должно быть меньше, помощь – качественнее, время ожидания пациентами – меньше.

Стандарты и порядки оказания скорой медицинской помощи должны выполняться безукоризненно! Пересмотр стандартов в 2016 году должен быть в каждой укладке, равно как и все регламентирующие документы и приказы для постоянного пересмотра сотрудниками.

Очень важно иметь работоспособную аппаратуру. В любое время дня и ночи, в любую погоду. С ноября 2017 года на клинической станции скорой медицинской помощи города Оренбурга одним из видов контроля стал контроль за температурным режимом в салоне автомобиля. Оперативный отдел станции активно передает вызова в кабинеты неотложной помощи как для разгрузки скорой медицинской помощи, так и для улучшения времени доезда до вызовов в экстренной форме.



Ежеквартально проводятся занятия с медицинскими работниками по реанимации, десмургии, чтению ЭКГ, постановке систем.

С апреля 2018 года в ночные часы на станции дежурят два старших врача – один следит за оперативной обстановкой, второй консультирует выездные бригады пациентов по телефону, проводится консультирование фельдшеров по присылаемым по интернету ЭКГ.

Особая тема – работа со страховыми медицинскими организациями. К сожалению, увеличилось количество штрафных санкций по отношению к СМП – доезд до 20 минут к пациенту с экстренным поводом, обоснованный повторный вызов. Для избежания штрафов необходимо четко следить за работой бригад как в оперативном режиме, так и при проведении первичной экспертизы качества медицинской помощи.

### **Новое в работе станции скорой медицинской помощи города Орска**

*Кумзин К.А., ГАУЗ «ССМП» г.Орска  
E-mail: ssmpp\_orisk@mail.ru*

В 2016 году на станции скорой медицинской помощи города Орска были закуплены ЭКГ-аппараты согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Данные электрокардиографы работают в автоматическом режиме с последующей дополнительной обработкой сигнала с возможностью подключения компьютера, передачи ЭКГ на отдаленный кардиопульт.

В диспетчерской станции скорой медицинской помощи установлен компьютер, куда автоматически поступают все кардиограммы, записанные на вызовах, где старший врач смены просматривает и консультирует бригады, передавшие данную ЭКГ, с последующей их архивацией что позволяет быстро и качественно поставить диагноз пациенту, назначить необходимую помощь или лечение, решении вопроса о медицинской эвакуации данного больного.

В связи с высокой криминогенной ситуацией участились случаи нападения на медицинских работников во время оказания помощи.

Для экстренного вызова сотрудников полиции были закуплены на каждую бригаду по две носимые радиостанции. Одна радиостанция находится у медицинского работника, оказывающего медицинскую помощь, другая у водителя.

При возникновении таких ситуаций медицинский работник незаметно нажимает на кнопку радиостанции и сигнал приходит к водителю, где водитель через диспетчера сообщает в полицию.

## **Опыт организации пунктов временного пребывания с выполнением функций выездных бригад трассовых пунктов в службе СМП и работа СМП в сельской местности**

*Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»  
E-mail: kuvandyk.ssmpr@mail.ru*

Вопрос об обслуживании федеральной и областных трасс бригадами скорой медицинской помощи обсуждается давно на уровне Правительства РФ и области.

Через наш район проходит областная трасса «Оренбург-Орск». Кувандыкской ССМП обслуживается участок - 85 км от п. Вьюжный до границы с Беляевским районом. Расстояние от ССМП до трассы 25 км. Саринский участок является самым сложным из-за рельефа местности и погодно-климатических условий (туманы, заносы, гололедица). Время доезда до трассы 35-40 мин., столько же – обратный путь. Поэтому встал вопрос о приближении медицинской помощи пострадавшим в ДТП на трассе. К тому же в восточной части Кувандыкского района в связи с уменьшением количества населения закрыто 3 (три) фельдшерско-акушерских пункта (ФАП), Новопокровская участковая больница реорганизована в амбулаторию. В течение последних 5 (пяти) лет неоднократно перед руководством районной администрации ставился вопрос об открытии подстанции скорой медицинской помощи на этой территории. Но ответ был отрицательным – нет финансирования.

С переходом в 2013 году на финансирование из фонда обязательного медицинского страхования появилась возможность создать пункт временного пребывания бригад скорой медицинской помощи. Он был открыт 1 апреля 2013 года в п.Новосаринский на базе ФАП в 7 км от трассы «Оренбург-Орск» и начал обслуживать участок дороги от п.Вьюжный до поворота на г. Медногорск (29 км) и восточную часть района (16 населенных пунктов) с населением 3,5 тыс. человек.

В 2016 году был открыт пункт временного пребывания бригад скорой медицинской помощи в с. Краснощеково Кувандыкского городского округа, обслуживающий участок трассы «Оренбург-Орск» (с 145 км по 207 км) и население (3,9 тыс. чел.). Резко уменьшилось время доезда и полностью решен вопрос охвата скорой медицинской помощью населения района.

Бригада выезжает на службу из станции скорой медицинской помощи города Кувандыка. Вызова поступают на централизованную диспетчерскую «03» и передаются дежурной бригаде по рации или на мобильный корпоративный телефон. Поэтому:

- не нужно содержать медицинских сестер по приёму и передаче вызовов (экономия составляет 49 915 рублей в месяц, с учетом затрат на бензин);
- не нужно проводить лицензирование помещения;

- не нужно проводить аттестацию рабочих мест, так как аттестация уже проведена.

Появилась возможность применять наркотики и реланиум у сельчан. Эти препараты отсутствуют на ФАПах и врачебных амбулаториях.

Нагрузка на бригаду: 7 вызовов за смену.

Радиус обслуживания: 30 км.

Кроме ПВП в Кувандыкском районе работает подстанция в с.Зиянчурино. Обслуживает 9 населенных пунктов, с населением 4,6 тыс. человек.

Работа скорой медицинской помощи в сельской местности имеет свои особенности:

- большие расстояния между населенными пунктами;
- плохие дороги;
- кадровые проблемы;

Для решения кадровых проблем сотрудничаем с Медногорским медицинским колледжем и Медакадемией. Постоянно занимаемся повышением квалификации кадров, проводим семинары, занятия, тренинги на аппаратах «Максим», аппарате для обучения интубации и зондирования «АМБУ». Ежеквартально проводим клиничко-анатомические конференции, участвуем в конференциях, проводимых Министерством здравоохранения Оренбургской области и Оренбургской медицинской академией. Активно используем внедрение нового оборудования и технологий. Закуплены дефибрилляторы «Philips», которые имеют право использовать и фельдшера. Активно используется небулайзерная терапия. С 2012 г. при ОИМ применяется тромболитическая терапия (используем пулолазу).

Налажено взаимодействие с поликлиникой, ФАПами и врачебными амбулаториями.

### **Обострение гипертонической болезни. Эффективное лечение с плохим прогнозом**

*Манойлов А.Е., ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск,  
Файзуллин К.Р., ФГБУЗ "Центральная медико-санитарная часть №15  
федерального медико-биологического агентства" отделение скорой  
медицинской помощи г. Снежинск*

*Лазарев К.В., МБУЗ «ССМП» г. Челябинск*

*Нетребко А.И., ГАУЗ «ССМП» г. Новотроицка*

*Кречетников В.И., ГАУЗ «ССМП» г. Орска*

*Контактное лицо: Манойлов Александр Егорович*

*E-mail: a.e.manoylov@mail.ru*

Большое количество вызовов скорой медицинской помощи (СМП) к лицам с заболеваниями, которые может эффективно вести врач поликлиники (общей практики), а также повышенная обращаемость в отделения

неотложной помощи (ОНП) (Emergency department) становятся общемировой проблемой. Использование ургентных медицинских служб пациентами с быстрой утратой медикаментозного контроля над артериальным давлением (АД) очевидно избыточно и порой превышает их посещаемость поликлинического врача. Примерно у 1/2-2/3 обратившихся за экстренной помощью выявляется повышение АД без непосредственной угрозы для жизни, то есть нет симптомов острого поражения органов-мишеней (ПОМ). Возникла противоречивая, отчасти тупиковая ситуация, когда специалисты интенсивной терапии (в первую очередь ОНП) вынуждены на постоянной основе лечить хронических больных. В современных рекомендациях предлагается ряд мер, направленных не только на оптимизацию лечения острых декомпенсаций эссенциальной гипертензии (ЭГ), но и на профилактику обращаемости лиц с ЭГ в службы скорой и неотложной медицинской помощи. В ОНП у всех обратившихся рутинно выясняется «гипертензивный» лекарственный анамнез. Осуществляются дифференциальная диагностика и срочная терапия осложненного гипертонического криза. При этом пациентам без острого ПОМ (ухудшение течения заболевания, неосложненный криз) экстренного и обязательного во всех случаях лечения быстродействующими средствами не проводится.

Подобных лиц наблюдают в течение нескольких часов, разясняют причины случившегося. Некоторым пациентам возобновляют или усиливают прежнюю антигипертензивную терапию, купируют острую тревогу. Значительно реже плохо леченым пациентам назначают быстродействующие препараты и/или начинают антигипертензивную плановую терапию. Стандартным образом всех стабилизированных больных направляют под амбулаторное наблюдение. Система ведения больных с обострениями ЭГ в Российской Федерации (РФ) имеет свои особенности. В частности, в РФ узаконена практика, когда население при повышении АД вызывает безотказную СМП (в последнее время неотложную помощь) на дом. Практически обязательно при обострениях уже непосредственно самими пациентами используются быстродействующие антигипертензивные средства. По прибытии на дом бригады СМП часто продолжают начатое больными самолечение каптоприлом, нифедипином, моксонидином, нитроглицерином или комбинациями указанных препаратов. Пациенты во время коррекции АД на дому менее одного часа наблюдаются СМП, затем (на следующий день) их обслуживает специалист амбулаторно-поликлинической службы. Подобная политика здравоохранения давно сложилась в большинстве регионов РФ. Так, количество обращений населения г. Челябинска за СМП по поводу обострений ЭГ не изменяется последние 15 лет и составляет 5-6% в год от общего числа поступивших вызовов.

В связи с этим нами выдвинуто предположение, что сотрудники СМП в РФ не выполняют в полном объеме рекомендации по ведению пациентов с острыми декомпенсациями ЭГ и, как следствие, страдает профилактика обострений потенциально контролируемого заболевания.

Цель и задачи исследования: оценить практическое использование и эффективность существующих рекомендаций по предупреждению и лечению обострений ЭГ.

Материалы и методы исследования: Использован многоцентровой ретроспективный анализ вызовов больных, обслуженных на дому в 2014 году четырьмя станциями СМП городов РФ: Орск и Новотроицк Оренбургской области, Магнитогорск и Челябинск Челябинской области. Отобрано 400 карт вызовов, минимальное количество которых рассчитывалось по формуле для случайной выборки:  $n = (Z_{1-\alpha/2} \times \sqrt{p(1-p)}) / \Delta$  Доп, где  $p$  – вероятность (доля) положительных ответов по генеральной совокупности,  $p(1-p)$  – дисперсия дихотомической переменной по генеральной совокупности,  $Z_{1-\alpha/2}$  – доверительный коэффициент соответствующей доверительной вероятности  $(1-\alpha)$ ,  $\Delta$  Доп – предельно допустимое значение ошибки выборки. Было проанализировано 59 вызовов к мужчинам, средний возраст 60,32 (Me - 61; SD - 13,76; Min - 20; Max - 82; 25th% - 57; 75th% - 71) и 341 вызов к женщинам, средний возраст 66,57 (Me - 67; SD - 12,42; Min - 26; Max - 92; 25th% - 57; 75th% - 76). Для сбора данных была сформирована база данных на основе программы Microsoft Excel. Критерии включения в исследование: пациенты с осложненной гипертонической болезнью (II-III стадии), имеющие жалобы на момент вызова, обусловленные предположительно повышением АД, осведомленные о наличии у них ЭГ, знающие достигнутый и поддерживаемый уровень АД, оставленные на месте оказания СМП, с ухудшением течения ЭГ и с неосложненными кризами (urgency). Стадия заболевания учитывалась на основании диагнозов амбулаторных карт больных. Исключены случаи, при которых вообще не было необходимости снижения АД, вызова к лицам с выраженными когнитивными нарушениями, с осложненными кризами (emergency), с впервые выявленным повышением АД.

Декомпенсации ЭГ (быстрая утрата контроля, обострение, дестабилизация) были разделены на подгруппы «ухудшение течения ЭГ» и неосложненные гипертонические кризы «НГК». За НГК (urgency) принято быстрое повышение систолического и/или диастолического АД (>180 мм рт. ст. или >120 мм рт. ст. соответственно), сопровождающееся угрозой для ПОМ [10]. Действия профессиональных работников СМП в случае обострения ЭГ оценены по общепринятым клиническим рекомендациям. Причины обострения были сопоставлены с кодами для статистической обработки согласно Классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ10). Для описания относительной частоты бинарного признака и сравнения относительных частот внутри одной группы приведен доверительный интервал (95% ДИ) по методу Клоппера-Пирсона при помощи статистической программы «STATISTIKA 6.0» Copyright© StatSoft, Inc. 1984-2001, USA. Статистически значимыми различия приняты в том случае, когда границы доверительных интервалов не перекрывались.

Результаты и их обсуждение. Среднее время от появления у пациентов жалоб до вызова СМП составило 4,21 часа (Me - 3; SD - 3,58; Min - 0,4; Max -

17; 25th% - 1;75th% - 6). Согласно картам вызовов «ухудшение течения ЭГ» диагностировано у 355 обслуженных лиц, «НГК» - у 45. Сотрудники СМП успешно достигали облегчения симптомов и требуемого уровня АД. Можно расценить работу СМП эффективной на 100%, поскольку повторных вызовов не зафиксировано. Ближайший прогноз расценен сотрудниками СМП как благоприятный, поскольку пациенты не были госпитализированы для наблюдения. В результате сопоставления анамнеза, жалоб больных и цифр АД с клиническими рекомендациями диагноз «НГК» установлен еще дополнительно у 135 пациентов. Гиподиагностика «НГК» составила 38,01%. Даже при использовании более высоких критериев криза (АД  $\geq$ 220/120) их число все равно было больше установленных почти в два раза (25,07%; n=89). Дифференциальная диагностика НГК, выбор подходящего статистического кода вызывают затруднения у профессиональных медработников не только в РФ, но и во всем мире. Гиподиагностика НГК неблагоприятна для жизни больного. В работах западных и отечественных исследователей выявлено неблагоприятное прогностическое значение НГК.

«Гипертонический анамнез» собран у 60,00% (n=27) лиц с диагнозом «НГК» и у 48,45% (n=172) с «ухудшением течения ЭГ». Последствия недокументированного медицинскими работниками лекарственного анамнеза гипотензивной терапии могут быть во многих отношениях неблагоприятные: СМП на вызове апробирует гипотензивные препараты, остаются невыясненными заблуждения пациента и недочеты поликлинического врача. Отсутствие у СМП клинического интереса к плановому лечению, возможно, объясняется существующими квалификационными характеристиками, клиническими рекомендациями, согласно которым сотрудники службы СМП РФ не назначают и не модифицируют плановый антигипертензивный лекарственный режим, не дают долговременных инструкций. В угрожающей ситуации перед лицом проблемы специалист СМП имеет уникальную возможность провести эффективное мотивационное консультирование. Санитарно-просветительская работа проведена у 17,78% (n=8) в подгруппе «НГК» и у 26,48% (n=94) в подгруппе «ухудшение течения ЭГ». Содержание даваемых советов в картах вызовов обычно не раскрывалось. Следует отметить, что в клинических рекомендациях для СМП вопросы консультирования пациентов на вызовах, содержание передаваемой необходимой информации вообще не рассматриваются. Таким образом, в ситуации обслуживания клиента на дому специалисту интенсивной терапии отводится роль техника по срочному снижению АД. В плане хронического лечения заболевания пациент будет предоставлен сам себе.

Результаты выполнения рекомендаций по лечению обострений ЭГ на практике представлены в табл.1. Далеко не все пациенты были направлены СМП на амбулаторное лечение. Посещение врачом назначено в подгруппе «НГК» у 48,89% (n=22) обслуженных лиц, а в подгруппе «ухудшение течения ЭГ» у 22,54% (n=80). Особенно прогностически неблагоприятным для пациента может быть их отказ от посещения врачом.

Таблица 1. Выполнение рекомендаций по лечению обострений эссенциальной гипертонии

Клиническая ситуация	Неосложненный гипертонический криз (критерий АД>180/120) (N=45) n (%) [95% ДИ]	Ухудшение течения ЭГ (N=355) n (%) [95% ДИ]
Документированный лекарственный анамнез больного	27 (60,00%) [44,33-74,30]	172 (48,45%) [43,14-53,78]
Консультирование больного на вызове	8 (17,78%) [8,00-32,05]	94 (26,48%) [21,96-31,39]
Назначено посещение врачом на дому	22 (48,89%) [33,70-64,23]	80 (22,54%) [18,29-27,24]
Отказ больного от посещения врачом на дому	9 (20,00%) [9,58-34,60]	52 (14,65%) [11,14-18,76]
Использование быстродействующих средств пациентами	27 (60,00%) [44,33-74,30]	208 (58,59%) [53,27-63,77]
Использование быстродействующих средств бригадой СМП	45 (100%) [92,13-100,00]	355 (100%) [98,97-100,00]

В нашем исследовании данный факт имел место у 20,00% (n=9) больных с диагнозом «криз» и у 14,65% (n=52) с диагнозом «ухудшение течения заболевания». Таким образом, ответственность за лечение ЭГ невольно перекладывается на больного, что будет способствовать рецидивирующей обращаемости за скорой и неотложной медицинской помощью.

Активное участие больных в процессе экстренной гипотензивной терапии (до 60,00% в группе «НГК» и 58,59% в группе «ухудшение течения ЭГ») не привело к купированию обострения заболевания. СМП вынуждена была продолжать, заканчивать лечение, безуспешно начатое больным. С нашей точки зрения, использование быстродействующих средств малоэффективно в плане лечения и профилактики декомпенсации ЭГ. Самостоятельный прием пациентами быстро- и короткодействующих средств вообще не следует рекомендовать и необходимо постепенно прекращать. Это одна из причин опасной variability АД («лабильно-кризовое течение»), которая является дополнительным фактором риска осложнений гипертонии. В большинстве случаев «ухудшения течения ЭГ» СМП также может безопасным образом отказаться от подобного лечения, заменив его рекомендациями по немедленному возобновлению прежней эффективной гипотензивной терапии.

Этиологические факторы острых гипертензивных состояний относительно хорошо изучены, однако редко присутствовали в окончательных диагнозах. Согласно табл. 2 в тексте карт вызовов обнаружен целый ряд

причинных факторов обострения ЭГ, не вынесенных никаким образом в диагноз. Некомпенсированная ЭГ (АД постоянно  $\geq 140/90$ ) выявлена у 26,67% (n=12) лиц с «НГК» и у 45,35% (n=161) с «ухудшением течения ЭГ». Синдром отмены препаратов (рикошетная АГ) зафиксирован у 42,22% (n=19) в подгруппе лиц с «НГК» и у 14,08% (n=50) пациентов с «ухудшением течения заболевания».

*Таблица 2. Вероятные причины обострения эссенциальной гипертензии, выявленные при анализе карт вызовов*

Причина	Неосложненный гипертонический криз (N=45) n (%) [95% ДИ]	Ухудшение течения ЭГ (N=355) n (%) [95% ДИ]
Некомпенсированная ЭГ	12 (26,67%) [14,60-41,94]	161 (45,35%) [40,09-50,69]
Рикошетная АГ:		
1. Всего	19 (42,22%) [27,66-57,85]	50 (14,08%) [10,64-18,14]
2. В подгруппе с документированным лекарственным анамнезом	27 (60,00%) [44,33-74,30]	172 (48,45%) [43,14-53,78]
Лабильная АГ	10 (22,22%) [11,20-37,09]	61 (17,18%) [13,41-21,52]
Ятрогенная АГ	4 (8,89%) [2,48-21,22]	53 (14,93%) [11,39-19,07]
Резистентная ЭГ	-	20 (5,63%) [3,47-8,57]

От всех лиц с выясненным анамнезом эти показатели еще больше: в подгруппе «криз» 60,00%, в подгруппе «ухудшение течения ЭГ» - 48,45%. Феномен отмены препаратов развивается через 24-72 часа после отмены почти всех типов антигипертензивных средств, в особенности бета-блокаторов, диуретиков, препаратов центрального действия (клонидин, моксонидин) [20, 21]. Лабильная гипертензия (рецидивы обострений) выявлена в подгруппе «НГК» у 22,22% (n=10) лиц, с «ухудшением течения ЭГ» у 17,18% (n=61). Клинический вариант обострения ЭГ, наблюдаемый у больных с монотерапией и названный нами «ятрогенная АГ», установлен у 8,89% (n=4) пациентов с «кризом» и у 14,93% (n=53) больных с «ухудшением течения ЭГ». Как правило, прием препаратов одной группы у больных II-III стадии ЭГ не обеспечивает должной реакции на лечение. В конечном итоге, монотерапия приводит к развитию псевдорезистентности, обострению ЭГ. Другая причина обострения - резистентная АГ (безуспешный прием трех препаратов разных групп) также не указана в разделе «Диагноз» карт вызовов, хотя критерии рефрактерности к лечению имелись у 5,63% (n=20) лиц с «ухудшением течения ЭГ».

Криз и ухудшение течения ЭГ - гетерогенные патологические состояния, которые не могут иметь одного статистического кода. Вместо различных экстренных диагнозов, специалисты СМП используют для



шифрования преимущественно диагнозы хронической АГ. В проведенном исследовании клинические ситуации «НГК» и «ухудшение течения ЭГ» в соответствии с требованиями ФОМС в разных регионах оценивались различным образом: код I 10 (ЭГ) - 174 больных, код I 11.9 (ЭГ с поражением сердца без сердечной недостаточности) – 135 больных, код I 15.9 (вторичная гипертензия неуточненная) - 91 больной.

Быстрая утрата контроля компенсированного хронического заболевания обычно имеет свою устранимую причину. Следовательно, большинство случаев обострений ЭГ является, по сути дела, вторичной гипертензией, то есть может обозначаться I 15 (с указанием этиологии). Диагнозы “обострение ЭГ”, криз, ухудшение течения заболевания не точны, так как смешивают множество причин декомпенсации АГ, снимают ответственность за лечение и с пациента, и с профессионального медицинского работника. В настоящей работе только у 9,50% (n=38) пациентов СМП вместе с основным диагнозом указала причину обострения заболевания: боль - 19, стресс/тревога -14, употребление алкоголя – 5, а в 10 случаях этиологию обострения медицинские работники связывали с особенностями ЭГ – кризовым течением (данные не приведены в таблицах). Это снижает вероятность того, что устранимые факторы риска, триггеры рецидива ЭГ станут известны пациенту и поликлиническому врачу.

Выводы. При ведении обострений ЭГ в условиях СМП клинические рекомендации не выполняются в полном объеме. Не выясняются потенциальные причины случившегося, неудовлетворительно информируется лечащий врач больного, не проводится эффективное проблемно-ориентированное консультирование пациента на вызове, что может способствовать рецидивам заболевания и ухудшать прогноз больных.

Самостоятельный, без предварительного консультирования с медицинским работником прием пациентами быстродействующих средств по аналогии с ИБС, бронхиальной астмой у лиц с ЭГ необходимо постепенно прекращать. Вместо использования короткодействующих препаратов для больных с ухудшением течения ЭГ рационально возобновление терапии ранее принимаемыми медикаментами.

Диагнозы СМП должны отражать устранимый характер обострения ЭГ, по сути дела, ее трансформацию во вторичную артериальную гипертонию. Пример возможного диагноза в условиях СМП: Артериальная гипертензия (гипертония). Некомпенсированная. Синдром отмены гипертензивных препаратов. Неосложненный гипертонический криз. Кодирование - I 15.8 (Другая вторичная гипертензия).

## **Первый опыт организации единой межмуниципальной диспетчерской службы скорой медицинской помощи в Оренбургской области**

*Мельман А.А., ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка»  
E-mail: kuvandyk.ssmp@mail.ru*

Во исполнение распоряжения Министерства здравоохранения Оренбургской области от 07.10.2016 № 2366 «О совершенствовании оказания скорой медицинской помощи в Оренбургской области», а также в целях повышения доступности работы службы скорой медицинской помощи, обеспечения 20-ти минутного доезда до пациентов на базе ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка была создана первая в Оренбургской области единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи в ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка и ГБУЗ «Городская больница» города Медногорска.

Вся рабочая деятельность созданной единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Первой значимой задачей при создании единой диспетчерской службы стала переадресация звонков пациентов муниципального образования город Медногорск по телефонному номеру «03» в созданный единый диспетчерский центр на базе ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка.

Для решения данной задачи оператору услуг телефонной связи, оказывающему услуги для муниципальных образований Кувандыкский городской округ и город Медногорск ПАО «Ростелеком» было направлено соответствующее обращение в целях реализации переадресации вызовов с оперативного номера «03» из муниципального образования город Медногорск на оперативный номер «03» муниципального образования Кувандыкский городской округ.

Оператором услуг телефонной связи было предложено решение о выделении двух телефонных линий по технологии SIP в городе Медногорске и двух аналогичных линий в городе Кувандыке. Благодаря чему, прием вызовов единой диспетчерской службы осуществляется сразу, без каких-либо задержек.

Второй поставленной задачей встал вопрос о взаимодействии двух учреждений (юридических лиц), обменом необходимой информации для оказания скорой медицинской помощи населению. В целях предотвращения конфликтных ситуаций руководителями учреждений был согласован регламент взаимодействия единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи города Кувандыка и города Медногорска.

В соответствии с данным регламентом прием вызовов осуществляется фельдшером по приему вызовов скорой медицинской помощи и передачи их выездным бригадам скорой медицинской помощи ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка – диспетчером единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи.

По окончании приема вызова диспетчер единой диспетчерской службы передает вызов по мобильному телефону дежурным бригадам скорой медицинской помощи ГБУЗ «Городская больница» города Медногорска.

Для осуществления данной функции ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка» - местом дислокации единой диспетчерской службы, был приобретен смартфон на базе ОС Android, на который было установлено программное обеспечение для осуществления записи входящих и исходящих вызовов. Что позволяет осуществлять контроль за деятельностью работы единой диспетчерской службы, в частности за обмен информацией о вызове скорой медицинской помощи между диспетчером единой диспетчерской службы и бригадами скорой медицинской помощи города Медногорска, а также использовать данные записи телефонных звонков при разрешении конфликтных ситуаций.

По рекомендации главного врача ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка руководством ГБУЗ «Городская больница» города Медногорска были приобретены мобильные телефоны для каждой выездной бригады скорой медицинской помощи. Оператором мобильной связи был выбран оператор, аналогичный обслуживающему оператору Кувандыкской станции скорой медицинской помощи, с корпоративным тарифным планом, что позволяет существенно экономить учреждениям расходы на оказание услуг связи.

Так как выездные бригады скорой медицинской помощи, обслуживающие население Муниципального образования города Медногорск, остались в штате ГБУЗ «Городская больница» города Медногорска, то, следовательно, медицинская документация, в частности учетная форма №110/у, утвержденная приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 №942, - карта вызова скорой медицинской помощи, ведется в учреждении города Медногорска.

Согласованным регламентом запрещены вопросы обмена информацией между диспетчером ЕДС и бригадой скорой медицинской помощи о времени принятия вызова и о времени окончания вызова.

Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи, утвержденная №109/у форма приказом №942, ведется в ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка диспетчером единой диспетчерской службы.

Также регламентом взаимодействия предусмотрены действия бригады скорой медицинской помощи при принятии вызова от диспетчера ЕДС во время обслуживания вызова; невозможности передать вызов дежурной бригаде, дислоцированной в микрорайон Машиностроитель (с.Никитино) города Медногорска по причине отсутствия мобильной связи. В данном

случае вызов принимает бригада, дислоцированная в городе Медногорске и передает его по рации бригаде, дислоцированной в микрорайон Машиностроитель.

В случае изменения контактных телефонов одна сторона регламента обязана незамедлительно уведомить об этом другую сторону.

Так как все современные автомобили скорой медицинской помощи оснащены системой спутниковой навигации «ГЛОНАСС», то это позволяет диспетчеру единой диспетчерской службы отслеживать выезд бригады скорой медицинской помощи, а также ее местонахождение.

Дополнительно диспетчером единой диспетчерской службы, дислоцированном в городе Кувандыке пришлось изучить карту-схему города Медногорска для более точного ориентирования бригад скорой медицинской помощи в целях выполнения двадцатиминутного доезда. Карта – схема улиц города Медногорска имеется в распоряжении диспетчера ЕДС как в печатном, так и в электронном видах.

В состав единой диспетчерской службы ежедневно входят шесть выездных бригад скорой медицинской помощи ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка и три выездные бригады ГБУЗ «Городская больница» города Медногорска.

Согласно сведений территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Оренбургской области численность населения по состоянию на 1 января 2018 года составляет:

- в муниципальном образовании Кувандыкский городской округ – 40 705 человек, из них 23 763 – городское население, 16 942- сельское;
- в муниципальном образовании город Медногорск – 26 750 человек, из них 25 272 – городское население, 1 478 – сельское население.

Следовательно, единая диспетчерская служба обслуживает территорию с населением 67 455 человек.

Прием вызовов единой диспетчерской службой осуществляется по единому телефонному номеру «03» по телефонной (междугородней) связи автоматически и бесплатно для населения муниципальных образований Кувандыкский городской округ и город Медногорск.

Скорую медицинскую помощь также можно вызвать по единому номеру «103», мобильному телефону диспетчера единой диспетчерской службы по номеру 8-987-788-69-74, круглосуточно.

Также вызов можно осуществлять по номеру Единой дежурно-диспетчерской службы по номеру 112.

В целях информирования населения данная информация была опубликована в средствах массовой информации города Медногорска (печатное издание «Медногорский рабочий»), а также на официальном сайте ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка ([www.ssmprkuv.ru](http://www.ssmprkuv.ru)).

Министром здравоохранения Оренбургской области Г.П. Зольниковой было озвучено, что ведется работа по созданию, к концу 2018 года, единой

диспетчерской службы скорой медицинской помощи Оренбургской области и опыт создания единой диспетчерской службы на базе ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка может быть использован при решении поставленной задачи.

### **Организация помощи пациентам с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в Оренбургской области**

*Захаров С.А., Виноградова О.В., региональный сосудистый центр,  
ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»  
E-mail: oksana\_vin@mail.ru*

Качество оказания помощи зависит от четкого выполнения своих функций специалистами на всех этапах ведения пациента с острым коронарным синдромом. Каждый участник (от диспетчера по приему вызовов скорой медицинской помощи до врача стационара) должен знать свою роль, объем диагностических, лечебных мероприятий и временные рамки для их выполнения.

Специалистам скорой медицинской помощи и амбулаторного звена отводится важная роль в этом процессе. Обоснованное подозрение на ОКС, своевременная транспортировка в специализированный сосудистый центр – основные задачи догоспитального этапа.

В целях совершенствования медицинской помощи пациентам с ОКС специалистами Регионального сосудистого центра был обновлен алгоритм оказания помощи пациентам с острой коронарной патологией на догоспитальном этапе в Оренбургской области, который утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области.

#### ***Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острой коронарной патологией на догоспитальном этапе***

1. Для максимального сокращения времени от возникновения симптомов ОКС до начала лечения, всем пациентам с вероятной (высокий сердечно-сосудистый риск) и имеющейся хронической ИБС, лицам старше 65 лет, а так же их родственникам, необходимо предоставить план по своевременному распознаванию симптомов обострения заболевания и правильной реакции на них в виде памятки – см. приложение №1. Памятка с необходимыми разъяснениями передается пациенту любым специалистом, который с ним работает, а в амбулаторной или стационарной карте делается отметка о получении с его подписью и датой.

2. Если вы заподозрили ОКС у своего пациента, необходимо обеспечить его полный физический покой (уложить на кушетку) и в первые 10 минут:

- качественно записать ЭКГ (3-4 комплекса в каждом из 12 стандартных отведений), интерпретировать её, сравнить с имеющимися. При затруднении в

самостоятельной интерпретации и наличии передающего устройства «Кардиоджет», передать ЭКГ по телефону в ММЦ, ПСО, РСЦ и получить консультацию дежурного кардиолога;

- собрать жалобы и анамнез;
- провести короткое физикальное обследование.

3. При наличии в вашей организации кардиолога, привлечь его к обследованию пациента, если это не займет много времени (не более 10 минут).

4. На основании полученных данных пациенту устанавливается диагноз:

- ОКС с подъемом ST;
- ОКС без подъема ST.

Критерии диагнозов смотри в приложении №2.

5. Специалист, диагностировавший ОКС, звонит врачу ММЦ, ПСО, РСЦ по телефону и сообщает:

- Фамилия и возраст пациента;
- Вариант ОКС;
- Время начала симптомов;
- Наличие признаков острой сердечной недостаточности (отек легких, шок) и нарушений ритма сердца;
- Наличие значимой экстракардиальной патологии (онкопатология, тяжелая анемия, терминальные стадии недостаточности органов и систем, органическая психическая патология, высококонтагиозные заболевания, желудочно-кишечное кровотечение и др.);
- Местонахождения пациента (отношение к одному из округов города Оренбурга, району области).

6. Врач ПСО, ММЦ, РСЦ дает указания по дальнейшей тактике ведения пациента и направлению госпитализации. Только после этого специалист вызывает СМП, уточняя, что телефонная консультация с врачом ПСО, ММЦ, РСЦ проведена.

7. До приезда бригады СМП нужно по возможности выполнить необходимые мероприятия первой помощи при ОКС (см. приложение №3, 4, 5).

8. В направлении на госпитализацию необходимо указать вариант ОКС, время начала симптомов, обращения за помощью, прибытия бригады СМП, выполненные мероприятия с дозировкой препаратов, фамилию, направившего пациента специалиста, приложить все имеющиеся электрокардиограммы, выписки из стационарных и амбулаторной карт.

9. В случае установки диагноза ОКС на дому необходимо дождаться приезда бригады СМП.

### ***Фельдшерам (медицинским сестрам) по приему вызовов СМП***

1. При поступлении вызова от пациента с болью/дискомфортом за грудиной, после исключения её вероятных экстракардиальных причин (травма грудной клетки и пр.) и уточнении адреса, необходимо:

- В первоочередном порядке направить на место вызова бригаду СМП. При подозрении на крайнюю тяжесть состояния (пациент теряет сознание, задыхается, при крайней интенсивности боли, низком артериальном давлении и пр.) на место вызова, по возможности, должна направляться специализированная реанимационная бригада, при её отсутствии – ближайшая врачебная бригада.

- Дать рекомендации пациенту в соответствии с приложением №6.

2. При поступлении вызова от медицинского работника, диагностировавшего ОКС в амбулаторной или стационарной организации, на дому у пациента, необходимо в первоочередном порядке направить на место вызова бригаду и уточнить, проводилась ли телефонная консультация врачом прикрепленного ММЦ, ПСО, РСЦ, получены ли указания по направлению госпитализации. Если нет, рекомендовать её немедленное выполнение.

### ***Необходимые рекомендации фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов СМП пациенту с подозрением на ОКС***

- прекратить какую-либо физическую активность, по возможности лечь;

- принять таблетку нитроглицерина или одну дозу нитроглицерин-содержащего спрея под язык и измерить артериальное давление;

- при повышенном артериальном давлении принять антигипертензивные препараты быстрого действия (если когда-либо рекомендовались врачом);

- при сохраняющейся боли и артериальном давлении не ниже 100 мм.рт.ст принимать нитроглицерин повторно через каждые 5 минут до её исчезновения (до 5 раз);

- разжевать и держать под языком до рассасывания ½ таблетки ацетилсалициловой кислоты (250 мг);

- перед приездом бригады СМП приготовить всю имеющуюся дома медицинскую документацию, ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ, паспорт, страховой полис, СНИЛС. Не торопясь и без лишней нагрузки подготовиться к снятию ЭКГ и возможной госпитализации. Если пациент дома один, попросить его не запираť входную дверь на замок до приезда бригады.

## *Бригадам СМП*

1. Прибыв на место вызова с поводами «боль в груди», «задыхается», «низкое АД», «без сознания», помимо укладки СМП брать с собой электрокардиограф и дефибриллятор.

2. Пациенту с вероятным острым коронарным синдромом необходимо в течение первых 10 минут:

- собрать жалобы и анамнез;
- провести короткое физикальное обследование;
- качественно записать ЭКГ (3-4 комплекса в каждом из 12 стандартных отведений), интерпретировать её, сравнив с имеющимися. При затруднении в самостоятельной интерпретации и наличии передающего устройства «Кардиоджет», передать ЭКГ по телефону в ММЦ, ПСО, РСЦ и получить консультацию дежурным кардиологом.

3. На основании полученных данных пациенту устанавливается диагноз (критерии диагнозов смотри в приложении №2):

- ОИМ с подъемом ST;
- ОКС без подъема ST.

4. Установить периферический венозный катетер и начать медленную инфузию 0,9% раствора натрия хлорида для его поддержания.

5. При наличии показаний набрать кровь и выполнить качественный анализ на кардиоспецифические маркеры.

6. Обеспечить условия для мониторинга ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, АД;

7. Выполнить необходимые терапевтические мероприятия (Приложения №3).

8. Коррекцию осложнений проводить в соответствии с приложением №4.

9. Позвонить или связаться по рации с дежурным врачом прикрепленного ММЦ, ПСО, РСЦ и сообщить:

- Фамилия и возраст пациента;
- Вариант ОКС;
- Время начала симптомов;
- Наличие признаков острой сердечной недостаточности (отек легких, шок) и нарушений ритма сердца;

- Наличие значимой экстракардиальной патологии (онкопатология, тяжелая анемия, терминальные стадии недостаточности органов и систем, органическая психическая патология, высококонтагиозные заболевания, желудочно-кишечное кровотечение и др.).

- местонахождения пациента (отношение к одному из округов города Оренбурга, району области) и предполагаемое время доставки.

10. Врач ПСО, ММЦ, РСЦ дает указания по дальнейшей тактике ведения пациента.



11. Если пациенту показана тромболитическая терапия и врач ММЦ, ПСО, РСЦ рекомендует её выполнение на догоспитальном этапе, провести её в соответствии с приложением №5.

12. Направление госпитализации определяется в соответствии с приложением №7.

13. Транспортировка пациента осуществляется в соответствии с приложением №8.

14. В каждом случае оказания скорой медицинской помощи пациенту с ОКС (инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией), независимо от её объема, заполняется сопроводительный лист СМП и талон к нему, даже если имеется направление какой-либо медицинской организации.

15. Недопустимы вызов на себя фельдшером/врачом СМП второй бригады (врачебной или реанимационной) при подозрении на острую коронарную патологию, и ожидание её без объективной необходимости (реальная невозможность транспортировать больного самостоятельно, крайне тяжелое состояние и невозможность самостоятельно стабилизировать его).

16. Водитель бригады СМП должен знать расположение в машине дефибриллятора, реанимационного набора, кислородного баллона для оперативной их доставки к месту оказания помощи при невозможности фельдшера или врача отлучиться от пациента.

### ***Коррекция частых осложнений и сопутствующих патологических состояний***

#### ***1. Артериальная гипертония.***

Гипотензивная терапия при повышенном давлении у пациента с ОКС является важным противоишемическим мероприятием. АД снижают на 20-30% от исходного.

а) При артериальной гипертонии с систолическим давлением не выше 180 мм.рт.ст. и/или диастолическим не выше 120 мм.рт.ст. первоначально применяются таблетированные препараты быстрого действия под язык:

- каптоприл 12,5-50 мг;
- пропранолол 10-40 мг;
- нитроглицерин по 1 дозе с интервалом в 3-5 минут.

б) При систолическом АД выше 180 мм.рт.ст. и/или диастолическим выше 120 мм.рт.ст., неэффективности пероральных средств в/в вводится:

- клонидин 0,01% - 1 мл в/в медленно (помимо гипотензивного обладает седативным действием и потенцирует эффект наркотических анальгетиков);

- урапидил 25-50 мг в виде дробных болюсов и непрерывной инфузии;

- эсмолол 50-100 мг в виде дробных болюсов или непрерывной инфузии;

- лазикс 20-40 мг внутривенно болюсно;
- энап 1,25 мг болюсно.

## **2. Артериальная гипотония и кардиогенный шок.**

Если нет явлений острой сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения (пациент не жалуется на нехватку воздуха, нет крепитации и влажных хрипов в легких, нет снижения SpO<sub>2</sub> ниже 95%), коррекцию начинать с в/в введение кристаллоидов – 0,9% р-р натрия хлорида 200-400 мл (инфузия коллоидов – реополиглюкин, полиглюкин, рефортан и т.п. нежелательна, возможна только при клинически выраженном дефиците ОЦК). При наличии явлений застойной сердечной недостаточности или отсутствии эффекта от натрия хлорида начинают в/в введение инотропного препарата:

- добутамин 125-250 мг – начальная скорость введения 3 мкг/кг/мин, максимальная 40 мкг/кг/мин;
- допамин 40 мг/мл – начальная скорость введения 3 мкг/кг/мин, максимальная 20 мкг/кг/мин.

При недостаточном эффекте максимальных доз начинают параллельное введение второго препарата:

- норадреналин – 2 мг/мл – начальная скорость от 0,1-0,3 мкг/кг/мин, максимальная 3-5 мкг/кг/мин;
- фенилэфрин 10 мг/мл – начальная скорость 3 мкг/кг/мин, максимальная – 10-15 мкг/кг/мин.

Введение кардиотоников и вазопрессоров необходимо производить с использованием дозирующих устройств, дозу увеличивать постепенно, избегать перепадов в скорости введения и прерываний инфузии.

Глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон и др.) с целью купирования гипотонии не применяются, противопоказаны при ОКС из-за протромбогенного действия.

Часто явления гипотонии при ОКС наблюдаются на высоте болевого синдрома и после адекватного обезболивания проходят. Такая гипотония не является признаком кардиогенного шока и не требует дополнительной коррекции.

## **3. Острая застойная сердечная недостаточность (ОСН 2-3 ст. по Killip).**

- увлажненный кислород через лицевую маску (предпочтительнее) или назальную канюлю при SpO<sub>2</sub> ниже 95%;

- повторное применение сублингвального нитроглицерина. По возможности в/в введение препаратов нитроглицерина с начальной скоростью 0,5-1 мг/час и последующей коррекцией дозы по уровню АД (целевой уровень систолического АД – 100-110 мм.рт.ст.);

- морфин 1 мл 1% раствора (1 мл/10 мг) развести в 10-20 мл 0,9% растворе натрия хлорида, первоначально вводят 4-8 мг. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг до купирования симптомов или возникновения побочных эффектов;

- петлевые диуретики – фуросемид в/в болюсно по 20-40 мг;

- кардиотонические препараты – добутамин, дофамин по вышеизложенной схеме;
- при значительном прогрессировании (ЧД – более 40 в минуту, стойкое снижение SpO<sub>2</sub> – менее 85%, присоединении нарушений сознания и т.д.) – перевод на ИВЛ.

#### **4. Нарушения ритма и проводимости**

На догоспитальном этапе производится коррекция только гемодинамически значимых нарушений ритма, т.е. таких, которые вызывают нарушения сознания, артериальную гипотонию, явления острой сердечной недостаточности, рецидивы болевого синдрома.

а) При брадиаритмиях:

- в/в атропин – болюсно по 0,5-1 мг;
- при неэффективности атропина по возможности должна применяться электрическая кардиостимуляция (чрезкожная).

б) При тахиаритмиях:

- Электрическая кардиоверсия – применяется сразу, когда на фоне пароксизма аритмии у пациента имеются выраженные явления недостаточности кровообращения (аритмогенный шок, отек легких, потеря сознания). Если пациент остается в сознании, перед кардиоверсией необходимо внутривенное применение седативных препаратов (диазепам) и наркотических анальгетиков (фентанил, морфин). Начальная мощность бифазного импульса при наджелудочковых аритмиях – 100 Дж, при желудочковых – 150 Дж, монофазного импульса при наджелудочковых аритмиях – 150 Дж, при желудочковых 360 Дж);

После электрической кардиоверсии с целью профилактики рецидивов аритмии, а также когда пароксизм исходно не требует выполнения электроимпульсной терапии, но также значим (на фоне пароксизма не купируется или рецидивирует болевой синдром) в/в вводится:

- Амиодарон – в/в болюсно 150-300 мг (нельзя при удлинении интервала QT);
- Лидокаин – в/в болюсно 1-2 мг/кг (применяется, если нет амиодарона или он противопоказан);

#### **5. Клиническая смерть**

При развитии клинической смерти (отсутствие сознания + спонтанного адекватного дыхания + пульса на магистральных артериях) – начать непрямой массаж сердца (глубина компрессий – 5-6 см, частота – 100-120 в минуту). Прерывать массаж (не более 10 секунд) можно только для выполнения искусственных вдохов (если помощь оказывает один реаниматор), анализа сердечного ритма и проведения дефибрилляции (не более 5 секунд), его следует возобновлять сразу после нанесения разряда.

Если на мониторе регистрируется фибрилляция желудочков/желудочковая тахикардия, а также в тех случаях, когда возможности оценить

вариант остановки сердца нет, необходимо как можно раньше дефибриллировать с начальной мощностью разряда 150 Дж (для бифазного импульса, 360 Дж для монофазного). Продолжайте выполнение СЛР без контроля эффективности дефибрилляции. При сохраняющейся фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии без пульса выполнять дефибрилляцию каждые 2 минуты с нарастающей мощностью импульса. После третьего разряда показано в/в введение 300 мг кордарона (если его нет, лидокаина – 1-2 мг/кг). В дальнейшем возможно дополнительное введение кордарона в дозе 150 мг после пятого разряда. При асистолии и электромеханической диссоциации дефибрилляция не выполняется.

ИВЛ производится дыхательным мешком, методом «рот в рот; рот в нос; рот в трахеостому» с использованием защитных устройств-масок, воздуховода. При возможности, как можно раньше выполняют интубацию трахеи или обеспечивают проходимость дыхательных путей альтернативными средствами (комбинированная пищеводно-трахеальная трубка, ларингеальные трубка или маска). Соотношение компрессии/вдохи должно составлять 30:2, если помощь оказывается одним реаниматором, а если их двое – не прерывая массаж, делают 8-10 вдохов в минуту.

Каждые 3-5 минут реанимации, независимо от вида остановки сердца, в/в вводят адреналин 0,1%-1 мл.

Атропин и препараты глюкокортикоидов при остановке сердца не применяются.

При невозможности произвести пункцию и катетеризацию вены адекватным альтернативным доступом для введения лекарств является внутрикостный, обеспечиваемый с помощью специальных устройств. Все препараты во время сердечно-легочной реанимации вводятся в разведении на 10-20 мл физиологического раствора натрия хлорида, либо на фоне непрерывной капельной инфузии его со средней скоростью.

### ***Тромболитическая терапия (ТЛТ)***

#### ***Показания для ТЛТ:***

Характерны для ОКС болевой синдром или его эквиваленты, продолжающийся более 20 минут, но не более 12 часов и сочетающийся с изменениями ЭКГ:

- Подъем сегмента  $ST \geq 1$  мм, как минимум, в 2-ух смежных отведениях ЭКГ, а в отведениях V2-3 больше 2,5 мм у мужчин моложе 40 лет, больше 2 мм у мужчин старше 40 лет, больше 1,5 мм у женщин;
- Впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса;
- При наличии депрессии сегмента  $ST \geq 0,5$  мм в отведениях V1-3, особенно в сочетании с позитивными зубцами T и высокоамплитудными зубцами R в этих же отведениях необходимо зарегистрировать ЭКГ в отведениях V7-9. Выявление подъема сегмента  $ST \geq 0,5$  мм (1 мм у мужчин моложе 40 лет), также является основанием для проведения ТЛТ.

**Схемы ТЛТ:**

**1. ТЕНЕКТЕПЛАЗА** – вводится в/в струйно в течение 5-10 сек. При массе тела менее 60 кг – 30 мг, 60-70 кг – 35 мг, 70-80 кг – 40 мг, 80-90 кг – 45 мг, более 90 кг – 50 мг. При использовании тенектеплазы у пациентов старше 75 лет дозу нужно уменьшить в 2 раза от расчетной на массу тела.

**2. АЛТЕПЛАЗА**

- до 6 часов от появления симптомов – 15 мг в/в струйно, затем 50 мг в виде инфузии за 30 мин и далее 35 мг в течение 1 часа до достижения общей дозы 100 мг;

- от 6 до 12 часов от появления симптомов – 10 мг в/в струйно, затем в виде инфузии 50 мг в течение 60 мин и далее по 10 мг каждые 30 мин до общей дозы 100 мг за 3 часа;

- при массе тела менее 65 кг общая доза не должна превышать 1,5 мг/кг.

**3. ПРОУРОКИНАЗА** – 2 млн. МЕ в/в струйно, далее капельно в течение 60 мин на 0,9% растворе натрия хлорида (100 мл) 4 млн. МЕ при массе тела от 60 до 85 кг, 6 млн. МЕ при массе более 85 кг. У пациентов с массой менее 60 кг доза инфузии рассчитывается по формуле:  $100\ 000\ \text{МЕ/кг} \times [\text{масса тела в кг}]$  минус 2 000 000 МЕ.

**4. ФОРТЕЛИЗИН** – в/в струйно 15 мг (3 флакона) в течение 10-15 секунд.

**5. СТРЕПТОКИНАЗА** – 1,5 млн. МЕ в/в капельно на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 60 минут.

## КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ

принятия решения о проведении больному с острым коронарным синдромом (ОКС) тромболитической терапии (ТЛТ)

Проверьте и отметьте каждый из показателей, приведенных в таблице. Если отмечены все квадратики в столбце «Да» и ни одного в столбце «Нет» то проведение тромболитической терапии больному показано. При наличии даже одного не отмеченного квадратика в столбце «Да» ТЛТ проводить не следует и заполнение контрольного листа можно прекратить.

	ДА	НЕТ
Больной ориентирован, может общаться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Характерный для ОКС болевой синдром и/или его эквиваленты продолжаются не менее 20 минут и не более 12 часов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выполнена качественная регистрация ЭКГ в 12 отведениях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть подъем сегмента ST на 1 мм и более в двух и более смежных отведениях ЭКГ или зарегистрирована блокада левой ножки пучка Гиса, которой раньше у больного не было	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Систолическое давление крови не превышает 180 мм рт. ст. Диастолическое давление крови не превышает 110 мм рт. ст.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Разница уровней систолического давления крови, измеренного на правой и левой руке не превышает 15 мм.рт.ст.и отсутствуют другие данные за расслоение аорты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные за перенесенные геморрагический инсульт или инсульт неизвестной этиологии, а также ишемический инсульт или транзиторные ишемические атаки в течение последних 6 месяцев или наличие другой органической (структурной) патологии головного мозга	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют клинические признаки кровотечения любой локализации или проявления геморрагического синдрома (исключая менструальные)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пациент не принимает пероральные антикоагулянты (варфарин, фенилин, синкумар, ксарелто, прадакса, эликвис)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пациенту не проводилась длительная (более 2 мин) и/или травматичная сердечно-легочная реанимация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, острого панкреатита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные за желудочно-кишечное кровотечение в последний месяц	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии бактериального эндокардита, перикардита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии диабетической геморрагической ретинопатии или других геморрагических заболеваний глаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о перенесенной за последние 3 недели большой хирургической операции (в т.ч. на глазах с использованием лазера) или серьезной травме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии беременности, родов в течение 10 предшествующих дней	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии терминальной стадии любого хронического заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о наличии у больного желтухи, активного гепатита, цирроза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отсутствуют данные о пункции без возможности компрессионного гемостаза в последние 24 часа (например, биопсия печени, спинальная пункция)		

**ВЫВОД:** ТЛТ больному \_\_\_\_\_ (ФИО)

**ПОКАЗАНА, ПРОТИВОПОКАЗАНА** (нужное обвести)

**Лист заполнил:** \_\_\_\_\_ (ФИО)

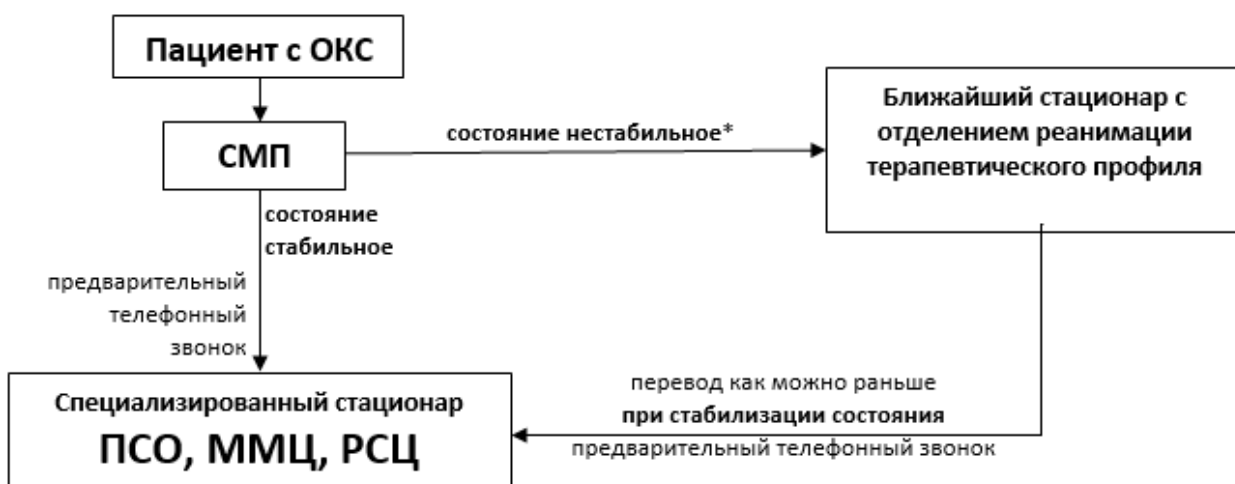
Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Перечень противопоказаний не является исчерпывающим. При работе с конкретным фибринолитическим препаратом всегда изучайте его инструкцию по применению. Контрольный лист передается с пациентом в стационар и подшивается в карту стационарного больного. Этикетку с флакона с указанием серийного номера необходимо сохранить в документации организации, выполнившей ТЛТ.

## ***Правила проведения ТЛТ***

1. Начать тромболитическую терапию необходимо как можно раньше в течение первых 30 минут от первого медицинского контакта (первая интерпретированная ЭКГ);
2. Обязательным сопроводительным документом является контрольный лист принятия решения о выполнении ТЛТ (смотри ниже), который необходимо передавать в стационар вместе с пациентом;
3. Введение фибринолитика производится строго в/в и только через надежно стоящий в вене катетер;
4. Не допускается смешивание тромболитического препарата с другими в одном флаконе;
5. Не допускается прерывание инфузии, например, на время транспортировки;
6. Не допускается разведение фибринолитика для инфузии на объем растворителя более 100 мл;
7. После начала ТЛТ необходимо обеспечить условия для непрерывного мониторинга ЭКГ, при необходимости скорейшей дефибрилляции и сердечно-легочной реанимации;
8. При госпитализации пациента с незаконченной ТЛТ в стационар следует передавать оставшуюся до полной дозы препарата;
9. Этикетка от препарата с серийным номером должна быть сохранена в медицинской документации организации, начавшей выполнение ТЛТ.

## ***Маршрутизация пациентов с ОКС***



\* Нестабильным считается состояние при наличии нарушений сознания, стойкой гипотензии и некорректируемой высокой гипертензии, гемодинамически значимых нарушений ритма, явлений острой левожелудочковой недостаточности 3-4 ст. по Killip и невозможности их быстрой коррекции.

КС – острый коронарный синдром, СМП – скорая медицинская помощь, ПСО – первичное сосудистое отделение, ММЦ – межмуниципальный центр, РСЦ – Региональный сосудистый центр.



\* ПМК – первый медицинский контакт (первая интерпретированная ЭКГ).

\*\* ГБУЗ «ООКБ» г.Оренбурга, ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г.Оренбурга, ГБУЗ «ББСМП» г.Бузулука, ГАУЗ «БСМП» г.Новотроицка

### ***Маршрутизация пациентов с ухудшением течения ИБС без стойкого подъема сегмента ST***

Понятие ОКС без подъема сегмента ST включает в себя множество вариантов ухудшения течения ИБС и часто вызывает затруднения в определении направления госпитализации. Также важно отличать виды дестабилизации течения ИБС, не попадающие под определение острого коронарного синдрома, но, безусловно, требующие внимания специалистов.

Ниже представлен подробный перечень вариантов ухудшения течения ИБС без стойкого подъема сегмента ST с указанием соответствующих им направлений госпитализации. Особенно эта информация актуальна для территорий, где помимо специализированных структур, оказывающих помощь при острой коронарной патологии (ММЦ, ПСО, РСЦ), имеются стационары с обычными кардиологическими отделениями.

#### ***Варианты ухудшения течения ИБС, требующие госпитализации в ММЦ, ПСО, РСЦ:***

1. Впервые возникшая стенокардия;
2. Дестабилизация ранее существовавшей стабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия):
  - впервые возникшая «стенокардия ПОКОЯ» в ближайшие 48 часов;
  - нарастание (в течение последних двух месяцев) степени тяжести имеющейся стабильной стенокардии до III-IV ФК;
  - ранняя постинфарктная стенокардия (в течение 28 дней после перенесенного инфаркта), а также стенокардия, появившаяся в первые 28 дней после стентирования, коронарного шунтирования;



- тяжелый болевой приступ в ближайшие 48 часов после длительного (месяцы, годы) перерыва, возникшего после перенесенного ранее инфаркта, стентирования или коронарного шунтирования;

3. Эпизоды «немой» ишемии (появление признаков ишемии на ЭКГ) в течение 4 недель после перенесенного инфаркта миокарда, стентирования, коронарного шунтирования.

При одном из перечисленных состояний необходимо неотложно госпитализировать пациента в ММЦ, ПСО, РСЦ бригадой СМП.

***Варианты ухудшения течения ИБС, требующие госпитализации в специализированные отделения по месту жительства:***

Дестабилизация ранее существовавшей стабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия):

- Утяжеление приступов имеющейся стабильной стенокардии в пределах одного функционального класса;

- вторичная прогрессирующая стенокардия – нарастание степени тяжести имеющейся стабильной стенокардии на фоне ухудшения течения гипертонической болезни, хронических нарушений ритма, пороков сердца, декомпенсации хронической сердечной недостаточности, тяжелой анемии, заболеваний бронхолегочной системы, тиреотоксикоза, системных и инфекционных заболеваний и др. – показано лечение в отделении по профилю основной патологии.

***Вероятная ИБС, при которой показана консультация кардиологом в амбулаторных условиях:***

- выявление признаков ишемии на ЭКГ у пациентов без клинических признаков ОКС, не переносивших инфаркт миокарда, стентирования, коронарного шунтирования в ближайшие 28 дней.

### ***Правила транспортировки пациента с ОКС***

1. Транспортировка пациента осуществляется только в горизонтальном положении, а при возникающих явлениях ОЛЖН по малому кругу кровообращения с приподнятым головным концом. Необходимо исключить любую физическую активность пациента;

2. В течение транспортировки необходимо обеспечить мониторинг ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, АД;

3. Пациенту необходимо обеспечить подачу увлажненного кислорода через лицевую маску или назальную канюлю если SpO<sub>2</sub> ниже 95%;

4. В сопроводительном документе необходимо указать:

- Вариант ОКС;

- Время начала симптомов;

- Время начала тромболитической терапии;

- Проведенные мероприятия с указанием доз препаратов;

- Обязательно приложить имеющиеся ЭКГ и выписки из стационаров, амбулаторную карту, паспорт, страховой медицинский полис и СНИЛС.

5. При использовании нефракционированного гепарина, в течение транспортировки необходимо продолжить его в/в введение дозатором лекарственных веществ – 12 МЕ/кг/час (не более 1000 МЕ/час).

6. Нельзя прерывать начатую инфузию вазоактивных препаратов (кардиотоники, вазопрессоры и др.).

## Критерии диагноза ОКС

Диагноз	Критерии
Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST	<p>Характерные клинические проявления (болевой синдром или его эквиваленты, слабость, потливость, дрожь, одышка и др.) и следующие стойкие (более 20 минут) изменения ЭКГ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подъем сегмента ST <math>\geq 1</math> мм, как минимум, в 2-ух смежных отведениях ЭКГ, а в отведениях V2-3: <ul style="list-style-type: none"> <li>• больше 2,5 мм у мужчин моложе 40 лет;</li> <li>• больше 2 мм у мужчин старше 40 лет;</li> <li>• больше 1,5 мм у женщин;</li> </ul> </li> </ol> <p>В отведениях от противоположной стенки ЛЖ обычно регистрируется дискордантная депрессия ST;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. При наличии депрессии сегмента ST <math>\geq 0,5</math> мм в отведениях V1-3, особенно в сочетании с позитивными зубцами T и высокоамплитудными зубцами R в этих же отведениях необходимо зарегистрировать ЭКГ в отведениях V7-9. Выявление подъема сегмента ST <math>\geq 0,5</math> мм (1 мм у мужчин моложе 40 лет), также является критерием ОКС пST;</li> <li>3. Впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса.</li> </ol>
Острый коронарный синдром без подъема ST	<p>Характерные клинические проявления (болевой синдром или его эквиваленты, слабость, потливость, дрожь, одышка и др.) и следующие изменения ЭКГ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Новая горизонтальная или нисходящая депрессия сегмента ST <math>\geq 0,5</math> мм в двух или более последовательных отведениях;</li> <li>2. Инверсия зубца T <math>\geq 1</math> мм в двух или более последовательных отведениях с высоким зубцом R и отношением R/S <math>&gt; 1</math>, сглаживание и псевдонормализация зубцов T;</li> <li>3. Преходящий подъем ST (менее 20 минут) в двух или более последовательных отведениях;</li> <li>4. В ряде случаев изменения на ЭКГ отсутствуют.</li> </ol>

### *Рутинная терапия при любом варианте ОКС*

В таблице перечислены группы препаратов и наиболее распространенные их представители. Дано краткое описание показаний, основных противопоказаний, дозировок и способа применения. Приведенные данные не являются исчерпывающими, перед применением препаратов ознакомьтесь с прилагаемой инструкцией.

Вид терапии	Наименование препарата	Доза/способ применения	Показания	Противопоказания/ограничения
Обезболивание	Сублингвальные нитраты в виде таблеток и спрея (нитроглицерин, изосорбиддинитрат)	По одной дозе под язык до 5 раз с интервалом в 3-5 минут до купирования боли, если не применялся до этого. При интенсивном болевом синдроме, а так же при неэффективности нитроглицерина, показано скорейшее в/в введение наркотических анальгетиков.	Боль за грудиной	<ul style="list-style-type: none"> <li>- артериальная гипотензия (САД&lt;90 мм.рт.ст.);</li> <li>- выраженная брадикардия (ЧСС&lt;50 уд./мин или тахикардия (ЧСС&gt;100 уд.мин у больных без выраженного застоя в легких);</li> <li>- инфаркт миокарда правого желудочка;</li> <li>Прием ингибиторов фосфодиэстеразы в предыдущие 24-48 часов.</li> </ul>
	Морфин	1 мл 1% раствора (1 мл/10 мг) развести в 10-20 мл 0,9% растворе натрия хлорида, первоначально вводят 4-8 мг. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 минут по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов.	Боль за грудиной	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гиперчувствительность;</li> <li>- тяжелая дыхательная недостаточность;</li> <li>- острая алкогольная интоксикация;</li> <li>выраженное истощение.</li> </ul>
	Фентанил	2 мл 0,005% раствора (1 мл/0,05 мг) – развести на 10-20 мл 0,9% раствора натрия		

		хлорида, вводить в/в по 0,05-0,1 мг.			
	Дроперидол	0,25% - 2 мл (1мл/2,5 мг) разводится на 10-20 мл 0,9% р-ра натрия хлорида, вводится в/в.	Применяется совместно с наркотическим анальгетиком (нейролептаналгезия), в частности с фентанилом, потенцирует его действие. Предпочтителен при артериальной гипертонии, психоэмоциональном возбуждении пациента.		- гиперчувствительность; - артериальная гипотония; - удлинение интервала QT.
Антиагрегантная терапия	Ацетилсалициловая кислота	Таблетки не покрытые кишечнорастворимой оболочкой по 500 мг. Нагрузочная доза (если ранее не принимался) – 250 мг, разжевать и держать под языком до рассасывания.	Назначаются как можно раньше всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний.		- гиперчувствительность; - активное клинически значимое кровотечение.
Блокаторы P2Y12-рецепторов тромбоцитов (назначается один из двух представленных препаратов)	Тикагрелор	Таблетки по 90 мг. Нагрузочная доза – 180 мг, запить небольшим количеством воды.	Назначается пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST при отсутствии подозрений на другую патологию, сочетающуюся с повышенным риском кровотечений. Не применяется совместно с тромболитическим препаратом.		- гиперчувствительность; - активное клинически значимое кровотечение; - тяжелая печеночная недостаточность; - диагноз ОКС сомнителен.

	Клопидогрел	<p>Таблетки по 75 и 300 мг.          Пациентам до 75 лет – 300 мг, старше 75 лет – 75 мг. Запить небольшим количеством воды.</p>	<p>Назначается пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST при отсутствии подозрений на другую патологию, сочетающуюся с повышенным риском кровотечений.          Предпочтителен в случаях, когда выполняется ТЛТ, а также пациентам с фибрилляцией предсердий, протезированными клапанами сердца, эпизодами ТЭЛА и ТГВ в анамнезе, пациентам принимающим пероральные антикоагулянты.</p>	
<p>Антикоагулянтная терапия (назначается один из двух представленных препаратов)</p>	<p>Эноксапарин</p> <p>Нефракционированный гепарин</p>	<p>- возраст пациента &lt; 75 лет: в вену болюс 30 мг, затем через 15 минут подкожно 1 мг/кг          - возраст пациента &gt; 75 лет: без болюса в вену, подкожно 0,75 мг/кг</p> <p>В вену болюс 60-70 ЕД/кг (максимально 4000 ЕД при ОКС с подъемом ST и 5000 ЕД при ОКС без подъема сегмента ST), затем инфузия 12 ЕД/кг (максимально 1000 ЕД/час).</p>	<p>Назначается пациенту при отсутствии сомнений в диагнозе ОКС и/или подозрений на другую патологию, сочетающуюся с повышенным риском кровотечений.</p>	<p>- гиперчувствительность;          - ктивное клинически значимое кровотечение;          - тяжелая почечная и/или печеночная недостаточность;          - пациент принимает пероральные антикоагулянты (варфарин, ксарелто, прадакса, эликвис и др.)          диагноз ОКС сомнителен.</p>

<p><math>\beta</math>-адреноблокаторы</p>	<p>Пропранолол</p>	<p>Таблетки по 10-40 мг. По 10-20 мг, разжевать и держать под языком до рассасывания.</p>	<p>Всем пациентам при ЧСС более 70 в минуту и отсутствии противопоказаний.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гипотония;</li> <li>- выраженный бронхоспастический синдром;</li> <li>- непереносимость;</li> <li>- АВ-блокада II-III ст.;</li> <li>- явления острой сердечной недостаточности.</li> </ul>
---	--------------------	---	--	---

## **Скорая медицинская помощь и участковая служба поликлиники. Эффективное взаимодействие.**

*Мельман А.А., главный врач ГБУЗ «ССМП» г.Кувандыка», Кирьянова О.Б., зам. главного врача ГБУЗ «ГБ» г.Кувандыка*

На станции скорой медицинской помощи города Кувандыка взаимодействие с участковой службой Кувандыкской городской поликлиники осуществляется путём передачи по VIP-нету (защищенному каналу) активных вызовов в поликлинику. VIP-нет позволяет передавать вызовы без задержки на адрес заведующих терапевтическим и детским отделениями поликлиник.

Согласно областным госгарантиям они обслуживаются в течение 24 часов. Хочется подчеркнуть, что передаются списки не только по городу, но и по району по взрослым и детям для обслуживания участковыми врачами врачебных амбулаторий и ФАПов.

Участковые врачи ежемесячно могут контролировать вызовы со своего участка по информационной системе ЕГИСЗ Оренбургской области.

В рабочее время поликлиник с 8 до 20 час. неотложные вызовы, поступающие на ССМП, передаются диспетчером по телефону в Кувандыкскую городскую поликлинику и обслуживаются отделением неотложной службы.

Кабинеты неотложной помощи созданы в ГБУЗ «Городская больница» города Кувандыка в 2016 году во взрослом и детском поликлинических отделениях.

Бригады скорой помощи на вызовах пациентам оставляют сигнальные листы, где записывается диагноз ССМП, оказанная помощь, телефоны для вызова врача, фамилия врача и фельдшера, обслуживших вызов.

Оставляем больным ленты ЭКГ (если больного не госпитализируем).

Раздаем памятки с рекомендациями о действиях пациента при высокой температуре, повышенном АД, при подозрении на ОНМК ИМ.

При анализе повторных вызовов выявлены несколько групп больных:

1 - больные с дебютом хронических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, БА);

2 - больные хр. заболеваниями, особенно с артериальной гипертензией, не приверженные к лечению и с неадекватной терапией;

3 - пожилые одинокие больные. Частота вызовов к больным первых двух групп зависит напрямую от качества работы участковых терапевтов.

Совместная работа поликлиники и станции скорой медицинской помощи позволяет проводить анализ работы участковых терапевтов на участках, динамического наблюдения ими за хроническими больными, отслеживать эффективность диспансерного наблюдения и принятию мер по наблюдению и оказанию медицинской помощи на тех участках, где имеются частные вызовы скорой медицинской помощи к хроническим больным.



Преимуществом в работе скорой медицинской помощи и поликлиник позволяет поликлинической службе активнее работать с хроническими больными, тем самым снижая их смертность и продлевая им жизнь.

## **Тактические ошибки медицинского персонала скорой и неотложной помощи**

*Журнал "Врач скорой помощи" 11/2017 (стр. 62-74)*

Частота, характер и причины возникновения тактических ошибок и клинической медицине вообще, и на догоспитальном этапе, в частности, до сих пор недостаточно изучены, и им не уделяется должного внимания. Это, по-видимому, связано с неверным представлением о том, что в медицине, как правило ошибки встречаются в области диагностики (Г. Скрипкару, Т. Чорня, 1983). Тогда как, по данным И.И. Краковского и Ю.Я. Грицмана (1959), тактические ошибки составляют 24-25% всех хирургических ошибок. У врачей и фельдшеров СМП тактические ошибки встречаются в 30% всех выявляемых дефектов, в ряде случаев, послуживших причиной смерти больных на догоспитальном этапе.

Причинами часто допускаемых дефектов в тактики являются не только недисциплинированность медицинских работников, низкий профессиональный уровень и другие, зависящие от их индивидуальных качеств, но также и организационные недочеты в работе станции скорой медицинской помощи. Кроме того, недостаточное освещение проблем тактики на догоспитальном этапе в литературе, разрозненность и противоречивость имеющихся сведений, отсутствие специальных учебно-методических пособий по вопросам организации тактики выездных бригад затрудняют приобретение медицинскими работниками СМП полноценных знаний по тактике. Все это и побудило автора на основе имеющихся литературных данных, разбора, анализа и систематизации медицинских ошибок, уроков, извлеченных из практики апробирования различных путей и методов сокращения дефектов в лечебно-диагностической деятельности выездных бригад СМП обобщить накопившийся опыт в настоящей работе. Рекомендации, здесь изложенные, могут оказаться полезными не только для врачей, фельдшеров и организаторов СМП, но также для интернов, студентов старших курсов медицинского института и медицинских училищ.

Тактика (греч. *taktike* — способы достижения цели, линия поведения). В медицине тактика наряду с диагностикой составляет основу лечебного процесса. Тактика на догоспитальном этапе — это сумма мероприятий, позволяющих в каждом отдельном случае, с учетом конкретной обстановки, обеспечить наиболее верное достижение цели: своевременность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи и безопасность транспортировки в стационар по показаниям или преимуществом

наблюдения и лечения больного в необходимых случаях на дому (табл. 1). Тактика должна быть направлена не только на быстрейшее устранение или стабилизацию уже развившихся нарушений функций жизненно важных органов, но и на предупреждение возможных жизнеопасных осложнений (т. е. носить превентивный характер). От медицинского работника скорой медицинской помощи тактика требует таких черт характера, как решительность, настойчивость, умение быстро и правильно принимать решения в любой обстановке.

Тактические действия могут осуществляться, но по показаниям, в совокупности или порознь в зависимости от характера заболевания, обстоятельств и места случая.

Так, например, линейная бригада в составе врача и фельдшера выехала на улицу по поводу травмы. Диагноз: «закрытый перелом бедра, шок II». В данном случае действия бригады сводятся к оказанию экстренной помощи на месте происшествия транспортной иммобилизации, противошоковым мероприятиям (обычно в санитарной машине) и немедленной транспортировке в травматологический стационар с отзвоном в диспетчерскую по радиации или из приемного покоя. Как видим, из тактических мероприятий здесь выполнено два: транспортировка и отзвон в диспетчерскую (бюро госпитализации, где оно есть) по факту госпитализации и окончания вызова.

Другой вариант: выезд ЛП на квартиру по поводу потери сознания. Диагноз: «профузное желудочное кровотечение, геморрагический шок II-III ст».

В этом случае необходима совокупность тактических действий: установление одноразовой капельной системы для внутривенного введения Полиглюкина (или других кровезаменителей), немедленная госпитализация под защитой инфузионной терапии в хирургический стационар с предупреждением приемного покоя. В случае значительной отдаленности стационара вызов в пути (по радиации) специализированной, БИТ-бригады.

Третий вариант: Выезд ЛБ по поводу болей в области сердца. Диагноз: «ИБС, нестабильная стенокардия». Оказана необходимая экстренная помощь. Предложена госпитализация. Получен отказ больного. Следует назначить актив участковому врачу, то есть осуществить одно из возможных тактических мероприятий — вызов врача на дом из поликлиники.

Четвертый и пятый варианты: Выезды на аварии и катастрофы с большим количеством жертв и случаи смерти на догоспитальном этапе (выезд к трупам, смерть в присутствии бригады), как правило, требуют осуществления совокупности действий лечебно-тактического и юридического характера, а также взаимодействия со старшим врачом диспетчерской, с приемным покоем, службой МВД.

## ***Мероприятия, составляющие основу тактики выездных бригад скорой медицинской помощи***

1. Экстренная госпитализация больных и пострадавших, рожениц, взаимодействие с приемными покоями стационаров.
2. Транспортировка больных и пострадавших, с соблюдением необходимых условий безопасности и мер профилактики жизнеопасных осложнений или борьбы с ними в санитарной машине.
3. Взаимодействие бригады с диспетчерской службой (старшим врачом, диспетчером).
4. Обеспечение преемственности в наблюдении и лечении через поликлиническую службу больных с неотложными состояниями, оставленными бригадой СМП дома.
5. Осуществление вызова специализированной бригады в необходимых случаях.
6. Взаимодействие выездной бригады со службами МВД в криминальных социально опасных случаях.
7. При авариях и катастрофах с большим количеством жертв обеспечение выездной бригадой, первой прибывшей в очаг массового поражения (ОМП), первичной сортировки пострадавших и оказание реанимационной помощи, руководство действиями прибывающих бригад СМП и информацией старшего врача диспетчерской.
8. Осуществление совокупности действий лечебно-тактического, диагностического и юридического характера в случаях смерти больных, происшедшей на догоспитальном этапе, в зависимости от ее причины, вида, обстоятельств и места случая.

### ***Взаимоотношение диагностики и тактики***

Принято считать, что в лечебно-диагностическом процессе тактика занимает подчиненное положение (вначале — диагноз, потом — тактика). Но это суждение не бесспорно, так как в основном находит свое воплощение и условиях стационара (да и то не всегда, пример хирургии, М. Виккер). В условиях скорой помощи, где возможности точной диагностики ограничены и диагноз, по меткому выражению старых немецких клиницистов, нередко приходится ставить по принципу: *diagnose durch die Nase* («диагноз через штаны»), тактика приобретает первостепенное значение. Кроме того, она может оказывать положительное или отрицательное влияние на качество диагностики и эффективность лечения. Наиболее ярко эта зависимость проявляется, например, при такой патологии, как ИБС и острые воспалительные заболевания органов брюшной полости или при тяжелых травмах, где исходы прямо пропорциональны ранней диагностике, своевременной госпитализации и умело осуществленной транспортировке.

В связи с этим в последнее годы вопросам тактики на догоспитальном этапе уделяется все больше внимания. Однако, как показывает анализ, число дефектов, допускаемых в тактике медперсоналом СМП, все еще остается высоким, превышая процент диагностических ошибок в 2-3 раза. Конечно, здесь нельзя сбрасывать со счетов специфику условий, в которых приходится работать врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи: работа вдали от базового учреждения, отсутствие элементарных условий для осмотра больного и обдумывания диагноза и тактики, стрессовый характер работы, психологическое давление родственников, переутомление и, самое главное, постоянный дефицит времени, отсутствие возможности наблюдения за развитием заболевания в динамике. Но немаловажное значение в происхождении тактических ошибок имеет и существующая до сих пор недооценка значения тактики в лечебно-диагностической деятельности выездных бригад, отношение к ней как к второстепенному вопросу не только со стороны медицинского персонала, но и, к сожалению, со стороны некоторых руководителей СМП.

### *Понятие тактической ошибки*

Под тактической ошибкой следует понимать несоответствие действий врача (фельдшера) установленному им (или другим врачом) диагнозу и (или) невыполнение тактических принципов и установок, закрепленных в приказах и методических пособиях министерства здравоохранения, местных органов здравоохранения, ССМП (а также в разработанных в последнее время на их основе т. н. Стандартов скорой медицинской помощи в зависимости от клинико-статистических групп). Неточность или ошибка в диагнозе, неуверенность, сомнения могут быть исправлены с помощью правильных тактических действий. Ошибка же в тактике при жизнеопасных состояниях (или игнорирование тактических принципов), когда время и возможности упущены, может стать непоправимой и привести к летальному исходу или инвалидизации больного. Если диагностические ошибки чаще всего обусловлены недостатком знаний врача и несовершенством медицинской науки, то тактические ошибки, как показывает опыт, — в основном плод недисциплинированности и неисполнительности медицинских работников. Частой причиной тех и других ошибок является недостаточный контроль за лечебной работой в данном ЛПУ и невнимание руководителей СМП к одному из главных ее направлений — вопросам тактики.

Приведем примеры типичных тактических ошибок (схематично):

- при диагнозе «инфаркт миокарда» (нестабильная стенокардия) транспортировка (в машине, из машины) — пешком!
- при диагнозе «аппендицит больному(ой)» не предложена госпитализация, оставлен дома.

- при выезде на улицу при диагнозе «стенокардия», гипертоническая болезнь, криз, состояние после обморока, сотрясение мозга (легкой степени)» и других, оставлен на месте.

- при диагнозе «желудочно-кишечное кровотечение; геморрагический шок», попытка поднять АД до 100 (исходное 70/40 мм) путем длительного вливания кровозамещающих растворов, при неудаче — вызов спецбригады на дом (вместо немедленной госпитализации).

- при отказе больного с жизнеопасным заболеванием от госпитализации документально не оформлен отказ (подпись больного, родственников в карте вызова), оставлен дома без уведомления старшего врача, не назначен актив участковому врачу.

- при диагнозе «остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника (лицам старше 40 лет) не снята ЭКГ.

- больному в алкогольном опьянении не проведен детальный осмотр, оставлен на улице, не передан милиции, смерть после отъезда бригады СМП вследствие аспирации рвотных масс.

*Пример 1. Фельдшер СМП получил вызов на перевозку больной А., 16 лет, из загородной психиатрической больницы в хирургический стационар с диагнозом (указанным в карте вызова) «обострение язвенной болезни желудка, желудочное кровотечение». В приемном покое дежурный врач вручил ему направление на госпитализацию, где были указаны цифры АД — 85/60 мм рт.ст., ЧСС — 110 уд. в мин. Бледность, низкое АД и тахикардия вызвали сомнения у фельдшера в транспортабельности больной, но дежурный врач заверил его, что состояние больной удовлетворительное, так как ее рабочее АД — 90/70 мм рт. ст., и потребовал немедленной госпитализации. В пути больная потеряла сознание, АД — 60/40 мм рт. ст., пульс — нитевидный. Начаты реанимационные мероприятия. В связи с ухудшением состояния больной фельдшер принял решение вернуться в психиатрическую больницу, хотя находился уже недалеко от хирургического стационара. На обратном пути больная скончалась, в приемный покой был доставлен труп. При оформлении карты фельдшер искажил факт смерти, наступившей в санитарной машине, указав в графе «диагноз» — «вызов к трупу». Таким образом, описанный случай представляет пример сочетания серии грубых тактических и лечебных ошибок, допущенных фельдшером СМП, повлекших тяжелые последствия для больной:*

*а) госпитализация из приемного покоя нетранспортабельной больной без согласования со старшим врачом диспетчерской;*

*б) нарушение порядка госпитализации больных в ближайший стационар при ухудшении состояния или наступления клинической смерти в машине СМП;*

*в) неадекватное оказание экстренной помощи больной при геморрагическом шоке;*

*г) нарушение правил оформления медицинской документации.*

Перечень ситуаций, при которых наиболее часто встречаются диагностические и тактические ошибки:

- а) внезапные заболевания и несчастные случаи, возникшие на улице, производстве, в общественных местах;
- б) впервые возникшие приступы и припадки;
- в) сомнительные случаи, когда диагноз не ясен;
- г) жизнеопасные осложнения, возникшие у больных в санитарной машине;
- с) криминальные и социально опасные случаи;
- ж) заболевания у детей до трех месяцев жизни;
- з) перетранспортировка больных из одного медицинского учреждения в другое.

Заболевания и состояния, при которых наиболее часто встречаются диагностические и тактические ошибки:

- 1) инфаркт миокарда;
- 2) кардиалгии различного генеза наиболее часто — остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника);
- 3) нейроциркуляторная дистопия (НЦД);
- 4) тромбоэмболия легочной артерии;
- 5) коматозные состояния;
- 6) субарахноидальные кровоизлияния;
- 7) преходящие нарушения мозгового кровообращения;
- 8) субдуральная гематома;
- 9) гастродуоденальные кровотечения;
- 10) острая непроходимость кишечника;
- 11) острый аппендицит (в первые часы заболевания);
- 12) ущемленные грыжи живота (особенно паховой области);
- 13) внематочная беременность;
- 14) нефропатия, эклампсия беременных;
- 15) менингококцемия у детей;
- 16) отогенный менингит;
- 17) пищевая токсикоинфекция;
- 18) медикаментозные отравления;
- 19) алкогольное опьянение;
- 20) переломы шейки бедра;
- 21) переломы костей таза;
- 22) переломы костей основания черепа;
- 23) клиническая смерть;
- 24) пневмонии.

### ***Частота и виды тактических ошибок***

Данные о частоте и характере тактических ошибок врачей и фельдшеров Челябинской станции скорой медицинской помощи, полученные при анализе материалов лечебно-контрольной комиссии, свидетельствуют о том, что из всех разобранных дефектов более 30 % приходится на тактические ошибки (в т. ч. и с летальными исходами), тогда как удельный вес диагностических ошибок не превышает 10-12 %. Дело в том, что тактические ошибки сами по себе (в «чистом» виде) встречаются редко (6 %). Обычно же они сочетаются с диагностическими дефектами (94 %), отходя как бы на второй план и создавая видимость благополучия в отношении тактической грамотности медицинского персонала. Это обстоятельство, возможно, и является одной из причин недооценки значения тактики. Несостоятельность такой позиции становится очевидной при анализе тактических ошибок по причинам и видам.

Таким образом, данные таблицы, еще раз подтверждая актуальность темы настоящей работы, акцентируют внимание медицинских работников, в том числе и организаторов СМП, на первопричинах и характере тактических ошибок, выбрать правильное направление по их сокращению.

#### ***Распределение тактических ошибок врачей и фельдшеров СМП по причинам и видам, %***

Причины ошибок	Недисциплинированность	36,0
	Недостаточные знания	30,0
	Организационного характера (за счет средств дефектов организационно-методической работы руководителей, диспетчерской и других служб)	25,5
	Другие причины	8,5
Виды ошибок	Нарушение правил транспортировки больных	38,0
	Нарушение порядка вызова спецбригад	28,0
	Нарушение тактических установок при вызове к больным, не нуждающимся в оказании экстренной помощи	20,0
	Нарушение порядка назначения активных вызовов участковым врачам	14,0

Дефекты в оформлении медицинской документации непосредственно не относятся к категории тактических ошибок, но находятся с ними в телесной взаимосвязи. Встречается немало случаев, когда они невольно отражают допущенные тактические ошибки или становятся источниками их происхождения, а также причиной дисциплинарной или даже юридической ответственности медицинского работника. Последняя обусловлена тем, что

любая медицинская документальная форма, и прежде всего карта вызова СМП (приравненная к истории болезни), является юридическим документом.

*Пример 2. Фельдшер скорой помощи, осуществивший госпитализацию больной О., 50 лет, с диагнозом "ИБС. Нестабильная стенокардия", предложил ей транспортировку на носилках, но не зафиксировал отказ и подпись больной в карте вызова и направительном листе. Подъехав к больнице, повел ее пешком в приемный покой, где больная внезапно упала и скончалась от инфаркта миокарда. Родственники больной обвинили фельдшера в ее смерти и написали в прокуратуру жалобу, в которой утверждали, что они настаивали на транспортировке на носилках, но фельдшер не выполнил этого требования. Конфликтная ситуация на вызове также не была отражена в карте вызова. После рассмотрения дела в прокуратуре материалы дела были переданы администрации СМП для наложения строгого дисциплинарного взыскания на фельдшера за грубую тактическую ошибку с тяжелыми последствиями для больной и грубые нарушения правил оформления медицинской документации.*

Нередко качество заполнения медицинской документации отражает уровень профессиональных и деловых качеств медработника.

*Пример 3. Но фельдшера СМП, выезжавшего к трупу больной П., 80 лет, страдавшей хронической ИБС и гипертонической болезнью, поступила жалоба, где родственники обвиняли его в неоказании медицинской помощи матери, которую, по их утверждению, фельдшер застал еще живой. Опровергнуть такое обвинение было трудно, так как в карте вызова не оказалось полноценного описания достоверных признаков биологической смерти. Кроме того, была допущена грубая ошибка в описании величины и формы зрачков, их реакции на свет. Только по результатам патологоанатомического вскрытия и после тщательного клинического разбора на ЛКК удалось подтвердить, что больная погибла до приезда бригады СМП.*

Как уже говорилось, погрешности в заполнении медицинской документации не только отражают допущенные лечебно-диагностические и тактические ошибки медицинского персонала (когда, например, истории болезни или карта вызова составлены постфактум), но могут стать источником их происхождения. Документальная погрешность может привести к клинической или тактической ошибкам и различным видам ответственности не только того врача, который ее допустил, но и повлечь ошибки других врачей как внутри данного этапа (например, при повторном вызове СМП), так и на других, сопрягающихся медицинских этапах (поликлиника, стационар) в результате нарушения принципа преемственности в оказании экстренной медицинской помощи.



Часто источником происхождения лечебно-диагностических и тактических ошибок является некачественно заполненная врачом или фельдшером СМП карта вызова. Написание этого документа органически связано с лечебно-диагностическим процессом и отражает клиническое мышление врача, его профессиональный уровень, качество и эффективность медицинской помощи. Как правило, написание истории болезни (карты вызова) предшествует диагностике и выработке программы действий или осуществляется по ходу дела. При этом важнейшим ключевым моментом, определяющим результативность оказания экстренной помощи в любых условиях, является соблюдение т. н. триединого принципа (как при написании карты вызова, так и при осуществлении лечебных мероприятий): «диагноз должен соответствовать клиническим данным, а лечение и тактика — диагнозу». Практический опыт и психология врача заставляют далее действовать его как по закону — обратной связи: «как записано, так и поступаю!». Но даже при соблюдении триединого принципа (как показывают наблюдения) нередко возникают диагностические и тактические ошибки вследствие погрешностей в сборе анамнеза, объективного осмотра больного или неправильной оценки врачом полученных клинических данных и (или) результатов дополнительного обследования. Но наиболее частым источником врачебных ошибок карты вызова становится несоблюдение триединого принципа, когда нарушается логическая связь (в записях и при осуществлении лечебно-тактических мероприятий) между компонентами: «клинические данные — диагноз — тактика» (в среднем до 27 % от всех причин происхождения диагностических и тактических ошибок, по данным анализа работы СМП).

*Пример 4. Врач СМП у больного К., 63 лет, при наличии ангинозного приступа длительностью около 1 ч (раньше бывали ли такие приступы — не отмечено), усилении и учащении болей в области сердца (указанных в карте вызова), диагностировал стенокардию покоя, расценил состояние как удовлетворительное, ввел внутримышечно Анальгин 2,0, Димедрол 1,0 и при госпитализации больного доставил его пешком из машины в приемный покой, где больной скончался от инфаркта миокарда. Здесь формально были соблюдены вышеуказанные принципы и требования к заполнению карты вызова и в соответствии с поставленным диагнозом осуществлена транспортировка больного пешком. Причинами же диагностической и тактической ошибки оказались недооценка полученных клинических данных и непродуманная формулировка диагноза (нарушение логической связи между компонентами «клинические данные — диагноз», которые можно было учесть при вдумчивом написании карты вызова).*

Кроме карты вызова на догоспитальном этапе важное значение придается другим медицинским документам, в частности тем, которые (при безошибочном заполнении) обеспечивают преемственность в оказании

экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим как внутри догоспитального этапа, так и между догоспитальным и госпитальным этапами, — информационному листу (составляется на дому выездной бригадой СМП при вызове спецбригады или активном вызове участкового врача), бланку обследования спецбригады, «сопроводительному листу на госпитализацию (ф. 114/у). Дефекты в оформлении этих документов, допущенные одним врачом, нередко влекут за собой диагностические, лечебные и тактические ошибки других врачей данного этапа или врачей смежных со скорой помощью этапов - поликлиники, приемного отделения стационара иногда с тяжелыми последствиями для больного.

*Пример 5. Участковый врач, придя к больной Н., 65 лет, страдавшей бронхиальной астмой, ХИБС, - по активному вызову линейной бригады (ЛБ) через 1,5 ч после ее отъезда - застал пациентку в шоковом состоянии. По записям в информационном листе: больной были введены внутримышечно Адреналин 1 мл и Димедрол 1 мл, внутривенно Эуфиллин 10 мл с положительным эффектом. Цифры АД (150/90 мм рт. ст.) и ЧСС (90 в 1 мин), указанные в И.Л. (после однократного измерения АД) не могли прояснить время и причину развития шокового состояния. Со слов родственников, врач СМП перед отъездом ввел больной еще какой-то "сердечный препарат", не указанный в карте вызова. Через 30 мин после отъезда бригады СМП состояние больной стало ухудшаться - "потемнело в глазах". Появились судороги, слабость. Заподозрив инфаркт миокарда, участковый врач вызвала кардиологическую бригаду. Последняя, исключив инфаркт миокарда, в связи с неэффективностью проводимой интенсивной терапии и нетранспортабельностью больной (нарастание бронхоспазма, углубление комы), вынуждена была вызвать реанимационную бригаду. Реаниматологи под защитой инфузионной терапии госпитализировали больную в токсикологический центр с диагнозом "острое медикаментозное отравление, экзотоксический шок". В стационаре на основании анамнеза, клинической картины был установлен точный диагноз "анафилактический шок на введение препарата". В последствии, при клиническом разборе случая, закончившегося выздоровлением больной, выяснилось, что врач СМП не учел, что составной частью введенного препарата является Новокаин. Таким образом, допущенные врачом СМП грубые дефекты в оказании экстренной помощи, оформлении информационного листа (отсутствие записи о введении препарата и повторном измерении АД и пульса) ввели в заблуждение врачей нескольких этапов (участкового, спецбригад и приемного покоя стационара), явились причиной грозного осложнения, затруднили интенсивную терапию, привели к напрасной трате ресурсов СМП и отсроченной госпитализации больной.*

Отсутствие в сопроводительном листе записей АД, пульса, введенных лекарств на догоспитальном этапе при необходимости госпитализации

больного, нарушая принцип преемственности (особенно при отсутствии передачи больного врачом СМП «с рук на руки» медицинскому персоналу приемного отделения), затрудняют на последующих этапах оценку тяжести состояния больного, причин нарушения сознания, усиления или ослабления болевого синдрома и т.д., а также выбор сильнодействующих и других препаратов и их доз в необходимых случаях.

### **Опыт применения небулайзерной терапии на этапах оказания медицинской помощи больным с бронхообструктивными заболеваниями**

*Мельман А.А., ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка*

*Рязанов Н.П., Кирьянова О.Б., Стинич И.Я., Рязанов В.Н. ГБУЗ «Городская больница» города Кувандыка*

В 2000 году на первом съезде Национального Научно-практического Общества Скорой медицинской помощи в городе Москве (организатор и руководитель профессор Аркадий Львович Верткин) был доклад профессора И.В. Лещенко (УГМА г.Екатеринбург) о лечении приступов бронхиальной астмы с использованием комбинированных бронхолитических препаратов через небулайзеры.

В 2001 году в Кувандыкской центральной районной больнице были приобретены небулайзеры для станции скорой медицинской помощи, терапевтического, детского и реанимационного отделений и поликлиники.

В 2002 году приобретены небулайзеры для врачебных амбулаторий и участковых больниц. Статистика применения небулайзеров на догоспитальном этапе такова: мужчины – 68%, женщины – 32%. Средний возраст: взрослых – 48,6%, детей – 3,7%.

Стоит отметить, что небулайзерная терапия использовалась как основной метод лечения в 84,1 % случаев обращений по поводу бронхоспазмов. А именно: при бронхиальной астме в 94,7 % случаев, при ларингитах и бронхообструкциях в 67,3% случаев. Использование небулайзера для ингаляционной терапии позволяет избегать необходимости координировать вдох с освобождением препарата, что имеет важное значение для детей и больных пожилого возраста.

Для купирования приступов бронхиальной астмы с использованием небулайзерной терапии применяем Беродуал – фиксированную комбинацию В2- агониста КД Фенотерола и М – холинолитика ипратропия бромиды, а также Пульмикорт (суспензия Будесонида) – ингаляционный глюкокортикостероид. Форма выпуска – флаконы.

#### **Небулайзерная терапия проводится по методике:**

Взрослым при приступе бронхиальной астмы легкой степени: 20 капель Беродуала в течении 10-15 минут. Эффективность до 100%.

Взрослым при приступе бронхиальной астмы средней и тяжелой степени: 40 капель Беродуала + 1 небула Пульмикорта в течении 20 минут. Эффективность около 90%.

Детям 10-20 капель Беродуала в зависимости от тяжести + Пульмикорт 1 небула.

Рекомендуемая доза Беродуала должна разводиться физиологическим раствором до конечного объема и применяться с помощью небулайзера. После применения остатки примененного раствора подлежат уничтожению.

Частота использования небулайзеров с учетом перерасчета на 1 бригаду в год в 2011 году составила 105 раз.

Укомплектованность бригад небулайзерами в ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» города Кувандыка - 100%.

Небулайзерная терапия на догоспитальном этапе во врачебных амбулаториях, поликлиниках участковыми терапевтами применяется очень хорошо. В 56 % случаев данный метод применяется для лечения бронхообструктивных заболеваний, бронхиальной астмы, острых пневмоний.

За эти годы в терапевтическом отделении ЦРБ не наблюдалось больных с астматическим статусом. Использование Эуфиллина в лечении бронхиальной астмы уменьшилось на 70 %. Среднее пребывание больных с бронхиальной астмой сократилось с 16,1 до 12,8 койкодня. В детском отделении ЦРБ при применении небулайзерной терапии у больных с бронхообструктивными заболеваниями уменьшилось количество используемого Эуфиллина на 65 %, на 60 % уменьшилось внутривенное введение лекарственных средств.

Применение в реанимационном отделении ЦРБ небулайзерной терапии позволило значительно снизить количество госпитальных пневмоний, эффективней проводить лечение больных с бронхолегочной патологией. Компрессионный небулайзер улучшает качество вдыхаемой воздушной смеси, которая позволяет влиять на дренажную функцию бронхов, разжижать секрет бронхов, разорбтивно доставлять лекарственные препараты к очагу воспаления.

В отделениях ЦРБ широко используется для небулайзерной терапии и другие препараты: Лазолван, Беротек, Атровент.

### **Выводы:**

1. Этапное использование небулайзерной терапии (скорая медицинская помощь – стационар – поликлиника, врачебная амбулатория) в нашем городе и районе значительно улучшает результаты лечения больных с бронхиальной астмой, ларингитами и другими бронхообструктивными заболеваниями.

2. Проведение небулайзерной терапии при стенозирующих ларингитах у детей – эффективный и безопасный метод лечения, который необходимо использовать более широко.

3. Небулайзерная терапия бронхиальной астмы на догоспитальном этапе является основным высокоэффективным методом лечения.



Blank lined writing area consisting of approximately 30 horizontal lines.

