
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кириллов В. В.

Москва, Центральная клиническая больница ГМУ Управления делами Президента РФ

Одна из актуальных проблем неотложной кардиологии – борьба с опасными проявлениями ИБС и, в частности, с острыми коронарными синдромами (ОКС): нестабильной стенокардией (НС), острой коронарной недостаточностью (ОКН) и острым инфарктом миокарда (ОИМ). ОКС - самая частая причина неотложных состояний, требующих скорой медицинской помощи (СМП).

Организация в системе здравоохранения кардиологической службы, создание блоков интенсивного наблюдения и развитие специализированных бригад СМП определили пути как к интенсивной терапии ОИМ в стационарах, так и к купированию его осложнений (нарушения ритма, отек легких, кардиогенный шок) вне лечебных учреждений – на догоспитальном этапе (ДГЭ).

Эффективность лечения амбулаторных больных, при развитии острых и обострении хронических заболеваний во многом зависит от оказания им своевременной и квалифицированной помощи именно на ДГЭ. В связи с этим нами проанализирована за 5-летие догоспитальная терапия, проведенная 11 тыс. больным с острой коронарной патологией. В диагностике ОКС врачи СМП использовали данные анамнеза, клиники, ЭКГ диагностики и кардиомониторирования. Наибольшее число вызовов приходилось к больным ИБС старше 60 лет. СМП оказывали в первые 3-6 часов от начала ОКС, по поводу впервые возникших – у 12,6% больных или участвовавших приступов НС – у 52,3%, ОКН (без зубца Q) – у 17,8%, ОИМ – у 10,9%, нарушений ритма сердца – у 5,4% и внезапной коронарной смерти (ВКС) – у 1% больных.

За период наблюдения, параллельно с совершенствованием организационных форм оказания СМП больным, шел процесс оптимизации медтехники и всех лечебно-диагностических элементов неотложной медицины. Постоянный прогресс науки и техники свидетельствует, что аппаратно-инструментальные потребности СМП настоятельно требуют новых медико-технических разработок. Именно эти предпосылки позволили поэтапно ввести в арсенал бригад современные прикладные медицинские технологии и отработанные методики медикаментозной коррекции функциональных системных нарушений, прежде всего в деятельности сердечно-сосудистой системы.

Комплекс лечебных мероприятий бригад СМП, с точки зрения медицинских технологий, включал в себя:

ЭКГ диагностику ОКС (аппараты «CARDIO-VIT-3», Швейцария, и «MAC 500», Германия). Она проводилась по данным ЭКГ исследований 12 отведений и по НЭбу. ОКН диагностировали при наличии определенных типов ЭКГ-кривых. Здесь превалировали: депрессия сегмента ST – 29,3% случаев; наличие зубца Q в одном или двух отведениях – 23%; наличие лишь отрицательного T – 16,4%; подъем ST– 12,8%, или его сочетание с зубцом Q – 9,7%; и наличие лишь реципрокных изменений – 8,8%. Установлено, что степень депрессии сегмента ST в 70% случаев ОКС четко коррелировала с распространенностью поражения миокарда. Использование бригадами СМП стандартов ЭКГ-диа-

гностики позволило повысить до 88% своевременность экстренной госпитализации больных с ОКС в первые часы от начала их развития.

Мониторное ЭКГ-наблюдение (кардиомониторы «PROPA-Q», США, и «ARGUS TM», Швейцария). Его использовали при купировании различных нарушений ритма. Наиболее часто диагностировали: желудочковую экстрасистолию – 49% случаев и пароксизмы желудочковой тахикардии – 15%, реже – мерцательную аритмию – 10% и нарушения внутрижелудочковой проводимости – 12%. Приборы позволили вести кардиомониторинг в течение всего времени работы бригады у постели больного в автоматическом режиме – «сторожевой» контроль купирования аритмии. Данный метод применяли и в машинах СМП при транспортировке кардиологических больных в стационары.

Дефибрилляцию (дефибрилляторы «LIFEPAС-10», США, и «CARDIO-AID», Дания). Ее осуществляли во всех 99 случаях развития клинической смерти. Визуальный мониторный ЭКГ-контроль позволил выявить у больных с ОКН развитие фатальных аритмий в виде: первичной фибрилляции желудочков (ФЖ) – 40 чел., вторичной ФЖ – у 23, причиной ВКС еще у 10 больных явилась асистолия. Указанные механизмы смерти наблюдались у пациентов с хронической ИБС. Дефибрилляция, начатая врачами СМП в первые 1-2 мин. после потери сознания, с применением лекарственных средств обеспечила в 35,6% случаев (26 больных) восстановление жизненных функций сердца и головного мозга.

Электрокардиостимуляцию (прибор для пищеводной стимуляции – «TUR-30», Германия). Она, как метод поддержания восстановленной электрической активности сердца, проводилась на фоне успешных попыток оживления при ВКС у 52 больных. В 33 случаях отмечен ее эффект, и в 19 он отсутствовал.

Кислородотерапию и наркозно-дыхательное обеспечение (наркозно-ингаляционная стенка «TITUS», Германия, и «MINOXYGARD», Дания). Ежегодно на этапе СМП выполнялось до 40 наркозов и 500 оксигенаций.

Искусственную вентиляцию легких (дыхательные приборы «OXYLOG», Германия, и «LAERDAL», Норвегия). ИВЛ в 8,1% случаев сопровождала выполнение реанимационного пособия у больных ВКС. Функциональный и стационарный (в машине СМП) запас кислорода позволял адекватно ее проводить в течение 30-60 мин., борясь с осложнениями ОИМ: отеком легких у 76 больных и кардиогенным шоком – у 35. В 19,2% случаев состояние больных удалось стабилизировать перед транспортировкой в стационар.

Лекарственное воздействие. Формуляры неотложной терапии приступов НС включали: нитролингвал-спрей, валорон с дроперидолом (по 1 мл), при отсутствии эффекта – фентанил с дроперидолом (по 1 мл) в/венно (струйно) или в/в (кап.) нитролингвал (10 мл) с лидокаином, ингаляции кислорода с закисью азота. Проведение бригадами мероприятий интенсивной терапии способствовало в 17,2% случаев предотвращению возможного развития первичной ФЖ у больных с ОКН.

Выводы. Применение бригадами СМП передовых медицинских технологий коррекции и восстановления деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных ИБС способствовало в 78% случаев купированию критических состояний еще на догоспитальном этапе.