

Заключение. Таким образом, за период наблюдения отчетливо прослеживается тенденция роста численности среднего медицинского персонала, повышения его роли в системе оказания СМП.

*Поляков И.А., Зинатуллина Д.С., Труханова И.Г.,
Садреева С.Х., Полякова А.К.*

ВЫБОР КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Самара, Россия

Одной из частых причин вызова скорой медицинской помощи (СМП) остается фибрилляция предсердий (ФП), что требует неотложной или экстренной помощи. Пароксизмы ФП у различных пациентов протекают индивидуально, в зависимости от их состояния бригада СМП должна выбрать адекватное лечение, вплоть до необходимости интенсивной терапии.

Цель исследования. Оценить выбор кардиоверсии (КВ) при пароксизме ФП в условиях СМП.

Материал и методы. Проанализировано 398 случаев оказания СМП пациентам с пароксизмальной формой ФП, которым применялась стратегия контроля ритма (КР). Из них 234 женщины (59 %) и 164 мужчины (41 %). Средний возраст пациентов — 67 ± 10 лет. Критерии включения: пациенты с пароксизмом ФП менее 48 часов. Критерии исключения: пациенты с впервые возникшей ФП, ОКС, кардиомиопатиями, онкологическими заболеваниями. Статистический анализ: критерии Пирсона, таблицы сопряженности (зависимость количества госпитализаций и количество купированных пароксизмов от состояния пациентов), расчеты с достоверностью 95 %.

Результаты. При стратегии КР применялась фармакологическая (ФКВ) или электрическая (ЭКВ) в зависимости от клинического состояния пациента. Лечение считалось эффективным, если ритм восстановлен или ЧСЖ не выше 80 ударов в минуту в покое. ЭКВ проводилась дефибриллятором в синхронном с кардиовертером режиме 2–3 Дж/кг с предварительной премедикацией. ФКВ проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями при помощи внутривенного введения пропафенона 1,5–2 мг/кг или амиодарона 5 мг/кг. При использовании стратегии КР выявлено, что ЭКВ проводилась 5,7 % пациентам с восстановлением синусового ритма, у которых была клиника острой левожелудочковой недостаточности, снижение АД (гипотония), высокая частота сердечных сокращений, ишемические изменения на ЭКГ. Всем остальным 94,3 % пациентам применяли ФКВ, ритм восстановился у 15 % человек. Госпитализированы 49 % пациентов бригадами СМП в стационар, остальные отказались от госпитализации по различным причинам (субъективное улучшение состояния, бытовые проблемы и т.д.), из них у 138 (34 %) пациентов не был купирован пароксизм ФП на этапе СМП.

Выводы. При оказании неотложной помощи остается вопрос по выбору КВ в зависимости от пароксизма ФП и состояния пациента, «тяжести» пароксизма и что

его определяет. Большая часть пациентов после проведенной медицинской помощи не хотят госпитализироваться в стационар, хотя им это, несомненно, показано.

*Попова Е.А.^{1,2}, Большакова М.А.¹, Мамедов Р.А.², Хабарова О.И.²,
Мамедова Ю.Б.², Рахманов Р.М.¹, Попов А.А.²*

**ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК
ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ
ВО ВРЕМЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ
НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ**

¹ Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск, Россия

² Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова,
г. Абакан, Россия

Для определения эффективности сортировки и дальнейшего направления пострадавших в зависимости от степени тяжести был проведен анализ совпадающих диагнозов, поставленных сотрудниками службы скорой медицинской помощи и врачами стационаров 1033 пострадавшим в ДТП на территории Республики Хакасия с 2018 по 2022 гг. Результаты этого анализа показали, что догоспитальные диагностические расхождения среди пострадавших в ДТП были выявлены в 14,7 % случаев. Недостаточное знание алгоритма обследования пациента, недооценка тяжести травмы, неполная диагностика сложных травм привели к диагностическим ошибкам, недооценке тяжести травм пострадавшего, к недостаточному объему скорой помощи и неправильному направлению в местные медицинские учреждения (пострадавший был госпитализирован в ЦРБ вместо травматологического центра 2-го уровня).

С целью снижения диагностических ошибок мы считаем перспективным внедрение предлагаемого нами способа оценки степени тяжести состояния пострадавших в ДТП с сочетанной травмой (Мирошниченко А.Г., Рахманов Р.М., Попов А.А., Попова Е.А., Любченко А.А., Шамов Д.С., Рахманова Е.А., Мамедов Р.А. Способ оценки степени тяжести состояния пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с сочетанной травмой // RU № 2790772, С1 28.02.2023). Анализ медицинской документации вышеуказанных пострадавших показал, что при использовании нашего способа частота диагностических расхождений при ДТП между сотрудниками скорой помощи и врачами травмоцентра составила 34 пациента. Гиподиагностика встречалась реже, чем в группе сравнения. Это было связано с тем, что сотрудник скорой помощи четко следовал алгоритму оценки состояния пострадавшего, исключал в первую очередь непреднамеренные ошибки. Использование предлагаемого способа оценки тяжести повысило эффективность маршрутизации и позволило исключить госпитализацию пострадавших в ДТП в ЦРБ. Применение предложенного метода диагностики степени тяжести пострадавших в догоспитальном периоде позволяет уменьшить количество диагностических ошибок с 15 % до 2 %.