

быть связана с обилием клинических и лабораторных данных в шкале «Екатеринбург – 2000» с их возможной субъективной трактовкой и с тем, что они в готовом виде передаются врачу анестезиологу – реаниматологу транспортировочной бригады. Окончательное решение о возможной транспортабельности больных принимается врачом анестезиологом – реаниматологом транспортировочной бригады, что так же не лишено субъективности. Для определения возможности транспортабельности важны другие параметры, выходящие за рамки изученных оценочных шкал. В шкалу транспортабельности целесообразно включать показатели гемодинамику и газообмена, которые воспроизводимы на любом уровне в любом лечебном учреждении, при этом, не усложняя оценочную шкалу тяжести.

ВЫВОДЫ

1. Шкалы оценки тяжести состояния и органной недостаточности ISS, «Екатеринбург–2000», RTS, qSOFA классифицировали всех нетранспортабельных больных, как крайне тяжелых или критических.

2. В группе транспортабельных больных с политравмой оказалось 16,2% больных, которые были классифицированы по шкале «Екатеринбург– 2000», как нежелательные для транспортировки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Медицинская эвакуация пострадавших с политравмой. Организационные вопросы. Сообщение 1 / С.Ф. Гончаров, А.В. Акиншин, М.И. Баженов. [и др.] // Медицина катастроф. – 2019. – №4. – С. 43–47.
2. Критерии оценки тяжести состояния пациентов с политравмой при межгоспитальной транспортировке / В. В. Агаджанян, А. В. Шаталин, С. А. Кравцов, Д. А. Скопинцев // Политравма. – 2011. – №1 – С. 5–11
3. К вопросу об организации и лечении при массовом поступлении пострадавших / В. В. Агаджанян, С. А. Кравцов, А. А. Пронских [и др.] // Политравма. – 2021. – №2. – С 19–26
4. Николаев, Д.В. Оценочные шкалы определения тяжести состояния при политравме. / Д.В. Николаев, О.В. Дьякова, В.С. Фомин // Московский хирургический журнал, – 2022. – No 4. – С. 97–104
5. Селиверстов, П. А. Оценка тяжести и прогнозирование исхода политравмы: современное состояние проблемы (обзор) / П. А. Селиверстов, Ю. Г. Шапкин // Современные технологии в медицине – 2017. – №2. – С. 207–218
6. Прогностические критерии для обоснования хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня / под редакцией В.Е. Парфенова. – СПб., 2020. – 42 с.

Сведения об авторах

И.А. Давыдов* – ординатор
В.С. Пластинин – ординатор
В.В. Кузьмин – д.м.н., профессор
А.С. Кайгородова – врач анестезиолог – реаниматолог

Information about the authors

I.A. Davydov* – Postgraduate student
V.S. Plastinin – Postgraduate student
V.V. Kuzmin – Doctor of Sciences (Medicine)., Professor
A.S. Kaigorodova – anesthesiologist and intensive care physician

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
davydovum@gmail.com

УДК: 616.12 – 009.72 – 614.88

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Домрачева Диана Владиславовна^{1,2}, Саитова Регина Эдуардовна^{1,2}, Хусаинова Диляра Феатовна²

¹ ГБУЗ СО «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса»

² Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Заболевания сердечно – сосудистой системы лидируют среди всех патологий. В рамках СМП – это острый коронарный синдром. **Цель исследования** – выявление закономерностей в клинических проявлениях у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и острым коронарным синдромом с

подъемом сегмента ST. **Материал и методы.** В исследовании приняло участие 30 пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и 30 пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Данные анализировались на основании карт вызовов выездных бригад ГБУЗ СО ССМП им. В.Ф. Капиноса. **Результаты.** Гемодинамика у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST стабильнее: 70% имеют артериальное давление в среднем 145/90 мм. рт. ст., больше пациентов с тахикардией; у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST: артериальное давление в среднем – 150/85 мм рт. ст., также больше половины с тахикардией, но тенденция к брадикардии увеличена. Инспираторная одышка у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в 30% случаев, у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST – в 60%. Загрудинные боли по визуальной аналоговой шкале у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST больше оценены до 5 баллов, у пациентов противоположной группы, также чаще до 5, но увеличивается количество оценок более 5 баллов. У большинства пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST боли купировались при применении нитратов, требовалось обезболивание морфином в 23.3%, а пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в 100% случаев. Осложнения чаще у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST – кардиогенный шок у половины испытуемых. **Выводы.** Гемодинамика у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST более стабильна, чем у пациентов противоположной группы. Основные жалобы у обеих категорий пациентов идентичны, но большую выраженность и разнообразие имеют при острым коронарном синдроме с подъемом сегмента ST. У пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST боли купируются с применением нитратов, 15% из них требуют обезболивания морфином, тогда как в 100% случаев пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST обезболены морфином. Осложнения чаще происходят у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, чем у пациентов без подъема сегмента ST.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия, догоспитальный этап оказания медицинской помощи.

COMPARISON OF THE CLINICAL PICTURE OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST SEGMENT ELEVATION AND ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION AT THE PREHOSPITAL STAGE

Domracheva Diana Vladislavovna^{1,2}, Saitova Regina Eduardovna^{1,2}, Husainova Dilara Featovna²

¹GBUSB "V.F. Kapinos Ambulance Station"

²Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University Ministry of Health of Russia

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Diseases of the cardiovascular system are the leaders among all pathologies. In the framework of the NSR, this is an acute coronary syndrome. **The aim of the study** was to identify patterns in clinical manifestations in patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation and acute coronary syndrome with ST segment elevation.

Material and methods. The study involved 30 patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation and 30 patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation. The data was analyzed on the basis of call cards of visiting brigades of GBUZ WITH SSMP named after V. F. Kapinos. **Results.** Hemodynamics in patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation is more stable: 70% have an average blood pressure of 145/90 mmHg, more patients with tachycardia; in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation: an average blood pressure of 150/85 mmHg, also more than half with tachycardia, but the tendency to bradycardia is increased. Inspiratory dyspnea in patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation in 30% of cases, in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation – in 60%. According to the visual analog scale, chest pains in patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation are more often rated up to 5 points, in patients of the opposite group, they are also more often up to 5, but the number of ratings of more than 5 points increases. In the majority of patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation, pain was relieved with the use of nitrates, morphine anesthesia was required in 23.3% of cases, and patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation in 100% of cases. Complications are more common in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation – cardiogenic shock in half of the subjects. **Conclusions.** Hemodynamics in patients with acute coronary syndrome without ST segment elevation is more stable than in patients of the opposite group. The main complaints in both categories of patients are identical, but they are more pronounced and diverse in acute coronary syndrome with ST segment elevation. In patients with acute coronary syndrome without ST – segment elevation, pain is relieved with the use of nitrates, 15% of them require morphine anesthesia, whereas in 100% of cases, patients with acute coronary syndrome with ST – segment elevation are anesthetized with morphine. Complications are more common in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation than in patients without ST segment elevation.

Keywords: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, unstable angina, prehospital stage of medical care

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания сердечно – сосудистой системы не первый год лидируют в списках самых распространенных патологий среди современного общества: по данным Росстата на 2023 г. 38275 случаев, из них 4928 случаев установленного диагноза впервые. Показатели имеют тенденцию к росту, за последние 2 года они выросли на 7,5%. [3,5]. Одним из наиболее фатальных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) является острый коронарный синдром (ОКС). Шестимесячная летальность при ОКС с подъемом сегмента ST составляет 12%, а при ОКС без подъема ST – 13%. Первое место в рамках вызовов скорой медицинской помощи (СМП) занимает ОКС, который объединяет в себе любые клинические признаки и симптомы, заставляющие заподозрить острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию в течение не менее 20 мин. [1,2,4.]

Цель исследования – выявление закономерностей течения ОКС без п ST и ОКС с п ST у пациентов на догоспитальном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В одномоментном исследовании приняло участие 30 пациентов с ОКС без п ST (из них 18 мужчин и 12 женщин возрастной категории от 38 до 83 лет, средний возраст – $60.5 \pm 4,8$ лет) и 30 пациентов с ОКС с п ST (из них 22 мужчины и 8 женщин возрастной категории от 43 до 86 лет, средний возраст – $64.5 \pm 5,6$ лет). Сбор данных осуществлялся на основании данных карт вызовов выездных фельдшерских и врачебных бригад ГБУЗ СО ССМП им. В.Ф. Капиноса. Основными показателями для анализа являлась гемодинамика, жалобы, динамика клинической картины при использовании препаратов на догоспитальном этапе и частота возникающих на фоне основного диагноза осложнений. Критериями для постановки диагноза ОКС на этапе СМП являются: боль в грудной клетке либо одышка, как эквивалент ангинозной боли; на ЭКГ при ОКС бпST – нет стойкой (более 20 минут) элевации сегмента ST, на ЭКГ при ОКС спST – стойкая (более 20 минут) элевация сегмента ST [1].

Собранные данные обрабатывались с помощью программы Microsoft Excel. Для анализа полученных данных использовался метод описательной статистики. Дискретные данные представлены в виде общего числа и процентного соотношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для обеих групп больных основным поводом к вызову СМП является боли в груди (04П) 38 случая (63.3%), ОКС (04К) 13 случаев (21,6%), а также повод “задыхается” (05К) 9 случаев (15%). От момента начала появления боли до момента вызова у пациентов с ОКС без пST колеблется от 3 дней до 2 часов, у пациентов с ОКС с пST – от 10 минут до 1 часа.

Показатели гемодинамики у пациентов с ОКС без пST более стабильны: 21 человек (70%) имеют артериальное давление (АД) более от 120/70 мм.рт. ст до 180/110 мм рт.ст. – в среднем 145/90 мм рт.ст., 8 человек (26.6%) с АД 100 – 120/70 – 60 мм рт.ст., и лишь 1 человек (3.33%) имел показатели АД 90/50 мм рт.ст. 24 пациента (80%) из данной группы были с тахикардией более 90 уд. в минуту, 4 пациента (13.3%) имели пульс 60 – 80 уд. в мин., 2 пациента (6.66%) имели брадикардию менее 60 уд. в минуту. Показатели гемодинамики у пациентов с ОКС с пST: 12 человек (40%) с АД от 120\70 мм рт.ст. до 160/90 мм рт.ст, в среднем – 150/85 мм рт.ст., 9 человек (30%) с АД 100 – 120/70 – 60 мм рт.ст. и 9 человек (30%) были с АД 90/60 мм рт.ст. и менее. 17 пациентов (56.6%) были с тахикардией более 90 уд. в минуту, 6 пациентов (20%) имели нормальный пульс 60 – 90 уд. в мин., 7 пациентов (23.3%) были с брадикардией менее 60 уд. в мин.

У пациентов с ОКС с пST одышка инспираторного характера отмечена у 18 пациентов (60% случаев): из них частота дыхания (ЧД) 16 – 20/мин. у 12 человек, 20 – 30/мин. у 6 человек. 21 пациент (70%) имел сатурацию более 94%, 4 человека (13.3%) имели сатурацию 90 – 94%, и 5 пациентов (16.6%) с сатурацией менее 90%. Загрудинные боли у 18 человек (60%) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) 1 – 5 баллов, у 9 (30%) случаев ВАШ 6 – 8 баллов, у троих (10%) случаев ВАШ более 8 баллов. Иррадиация встретилась у всех испытуемых, как правило в левую руку, левую поверхность шеи, челюсть, левую лопатку, так же встречаются атипичная абдоминальная боль у 4 человек (13.3%).

У пациентов с ОКС без пST инспираторная одышка возникла у 9 человек (30%). Из них ЧД 16 – 20/мин. у 5 человек, 20 – 30/мин. у 4 человек. 27 больных (90%) имели сатурацию более 94%, и 3 пациента (10%) в пределах 92 – 94%. Загрудинные боли – у 24 человек (80%) ВАШ 1 – 5 баллов, у 5 человек (16.6%) ВАШ 6 – 8 баллов, и лишь у 1 человека (3.33%) более 8 баллов. Иррадиация болей встретилась у 6 человек (20%) и возникала только под левую лопатку. Среди испытываемых атипичные боли не встречались при ОКС без пST.

Фармакологическое купирование болей у пациентов с ОКС без пST: у 21 пациента (70% случаев) боли купируются или значительно уменьшаются при сублингвальном применении нитратов. У 2 (6.66%) пациентов с сохраненными болями после внутривенного введения нитратов – боли купированы полностью. 7 пациентам (23.3%) потребовалось введение наркотических анальгетиков – морфин 10 мг дробно.

Фармакологическое купирование болей у пациентов с ОКС с пST при сублингвальном и внутривенном введении оценить динамику болей невозможно т. к. у этих пациентов первоначально в течении 10 минут был использован морфин). Использование морфина согласно клиническим рекомендациям в 100% случаев.

Осложнения, возникающие у пациентов с ОКС без пST: кардиогенный шок у 4 человек (13.3%), отек легких, клиническая смерть среди наших испытуемых не зафиксированы.

Осложнения, возникающие у пациентов с ОКС с пST: кардиогенный шок у 9 пациентов (30%), отек легких у 1 пациента (3.33%), клиническая смерть у 5 пациентов (16.6%). Среди испытываемых успешная реанимация в 100% случаев с применением АНД.

На ЭКГ у пациентов с диагнозом ОКС без пST у 20 человек (66.6%) не было отмечено изменений, у 10 человек (33.3%) отмечено появление отрицательных зубцов Т, из них у 4 человек депрессия сегмента ST.

На ЭКГ у пациентов с диагнозом ОКС с пST у 3 пациентов (10%) отмечена полная блокада левой ножки пучка Гиса, подъем сегмента ST более 2 мм в 2 и более смежных отведения у 27 пациентов (90%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Прежде, чем коснуться клинической картины пациентов, принявших участие в исследовании, оценим гемодинамические показатели. Как мы можем видеть, они являются более стабильными у пациентов с ОКС без пST. АД у пациентов с ОКС без пST имеет тенденцию к повышенным показателям (21 человек (70%) имеют АД более от 120/70 мм.рт.ст до 180/110 мм рт.ст. – в среднем 145/90 мм рт.ст. против 12 человек (40%) с АД от 120/70 мм рт.ст. до 160/90 мм рт.ст., в среднем – 150/85 мм рт.ст, у пациентов с ОКС спST). В то время как пациенты с ОКС с пST чаще подвержены к цифрам близкими к шоковым единицам (9 человек (30%) АД 90/60 мм рт.ст. и менее против 1 чел. (3,33%) при ОКС бпST).

Если говорить о показателях ЧСС, то здесь мы наблюдаем такую закономерность: 4 пациента (13.3%) имели пульс 60 – 80 уд. в мин., 2 пациента (6.66%) имели брадикардию менее 60 уд. в минуту. Показатели ЧСС у пациентов с ОКС с пST: 6 пациентов (20%) имели нормальный пульс 60 – 90, 7 пациентов (23.3%) были с брадикардией менее 60 в минуту. пациенты с ОКС без пST более склонны к его увеличению вне зависимости от показателей АД (24 пациента (80%) из данной группы были с тахикардией более 90 уд. в минуту против 17 пациентов (56.6%) с тахикардией более 90 в минуту при ОКС спST). В то время как пациенты с ОКС с пST имели ЧСС более частый, который в свою очередь также выступает в виде компенсации на сниженное АД. При том что нормальные показатели ЧСС у пациентов с ОКС без пST встречаются в 1,5 раза чаще, чем у пациентов с ОКСспST, откуда мы можем сделать вывод, что клинически болевой синдром может быть связан с нарушениями ритма – тахикардией, фибрилляцией предсердий.

При оценке показателей ЧД и сатурации крови, мы видим, что среди пациентов с ОКС без пST инспираторная одышка возникала в 2 раза реже, чем при ОКСспST, при которой она, возможно, являлась эквивалентом болевого приступа. Также пациенты с ОКС с пST имеют тенденцию к снижению показателей сатурации менее 90% в 1,5 раза чаще. На основании выше

представленных данных, можно предположить, что гемодинамика имеет прямое отношение к интенсивности проявления приступа ангинозных болей.

При обоих диагнозах клиническая картина имеет практически единые составляющие: это, как правило, одышка, загрудинные боли, иррадиация болей в левую половину тела. Но проявление данных симптомов у двух групп испытуемых разное.

Так, все пациенты в обеих исследуемых группах предъявляли жалобы на ангинозную боль. В 3 раза чаще среди пациентов с ОКСспST встречался выраженный болевой синдром, более 8 баллов по ВАШ. Более того, среди всех пациентов с ОКСспST встретились случаи иррадиации в левую половину туловища, как правило в левую руку, левую поверхность шеи, челюсть, левую лопатку, а также отмечены атипичные абдоминальные боли у 4 человек (13.3%).

Также оценке и сравнению был подвергнут фармакологический аспект догоспитального этапа работы с данной категорией пациентов. Первоочередно в диагностике ангинозных болей среди пациентов с ОКС без пST использован нитроглицерина 4% раствор в этаноле 95% — 10 мг в виде спрея сублингвально, эффективность достигнута у 70% пациентов. У пациентов с диагнозом ОКС с пST оценка уменьшения боли при действии нитратов некорректна, так как при установке данного диагноза первоначальным препаратом для введения выступает наркотический анальгетик – морфин. Его использование согласно клиническим рекомендациям и Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 22.02.2024 № 386 – п "Об организации оказания медицинской помощи по профилю "кардиология" на территории Свердловской области" (Зарегистрирован 27.02.2024 № 1355) оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе происходила в 100% случаев. Пациентам с ОКСбпST применение наркотических средств вследствие неэффективности нитратов потребовалось у четверти пациентов.

Также мы произвели оценку встречаемости осложнений, возникающих у наших испытуемых на фоне основного диагноза: это кардиогенный шок, который встречался в 2 раза чаще при ОКС спST. Отек легких и переход в жизнеугрожающую форму аритмии или, как эквивалент – состояние клинической смерти встречались только в группе пациентов с ОКСспST. Клиническая смерть у 5 пациентов (16.6%) в группе ОКСспST. Стоит отметить, что среди испытуемых успешная реанимация зафиксирована в 100% случаев с применением АНД и передачей специализированной кардиологической бригаде реанимации.

И крайним аспектом исследования стало оценка изменений ЭКГ. На плёнке у пациентов с диагнозом ОКС без пST у 20 человек (66.6%) не было отмечено изменений, такие пациенты имеют сложность в постановке диагноза, опираясь больше на клинические проявления и анамнестические данные. На ЭКГ у пациентов с диагнозом ОКС с пST характерные подъемы сегмента ST более 2 мм в 2 и более смежных отведения у 27 пациентов (90%) и у 3 пациентов (10%) отмечена полная блокада левой ножки пучка Гиса.

ВЫВОДЫ

1. Основными поводами к вызову являются боли в груди (38 чел., 63,3%) и возникновение приступа одышки (9 чел., 15%).

2. Длительность болевого приступа у пациентов с диагнозом ОКС без пST более высокая: от 3 дней до 2 часов, но он как правило менее интенсивный (ВАШ 1 – 5 баллов у большинства – 80%). Тогда как у пациентов с диагнозом ОКС с пST болевой приступ короче до момента обращения за СМП: от 10 минут до 1 часа, но более интенсивный (ВАШ более 5 баллов у 40%).

3. Пациенты с ОКС без пST имели более стабильные показатели АД и ЧСС: (70% АД более 120/70 мм.рт. ст, 80% с тахикардией более 90 в мин); тогда как пациенты с ОКС с пST в 40% случаев имели показатели более 120/70 мм.рт. ст, а 30% были с АД 90/60 и менее; 56.6% с тахикардией более 90 в мин, 23.3% с брадикардией менее 60.

4. Эквивалентом ангинозного приступа является возникновение инспираторной одышки, встречается в обеих группах исследуемых: среди пациентов с ОКС без пST распространена в 30% случаев, у пациентов с ОКС с пST встречается чаще – в 60% случаев.

5. Состояние пациентов с ОКС с pST усложняется проявлением иррадиации боли у всех пациентов, так же встречалась атипичная абдоминальная боль у 4 человек (13.3%).

6. У пациентов с ОКС без pST в 70% случаев боли купируются или значительно уменьшаются при сублингвальном применении нитратов, и только 15% из них требуют обезболивания наркотическими анальгетиками, в то время как в 100% случаев пациенты с ОКС с pST были обезболены морфином.

7. Осложнения чаще происходят у пациентов с ОКС с pST: кардиогенный шок в 30% случаев, отек легких 3.33%, клиническая смерть 16,6%; тогда как у пациентов без pST встретился только вариант кардиогенного шока в 13,3% случаев.

8. Пациенты с диагнозом ОКС без pST могут не иметь изменений на ЭКГ: в 66.6% случаев.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы». – 2024. – 233 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/154_4 (дата обращения: 10.03.2024) – Текст: электронный.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы». – 2024. – 216 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/157_5 (дата обращения: 10.03.2024) – Текст: электронный.
3. Электрофизиологические основы электрокардиографии. / И.В. Жданова, Т.В. Зуева Т.В. Жданова. [и др.]. – Текст: электронный// Электронное учебное пособие. Екатеринбург: УГМУ – 2019. – С.37. URL:https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1578/1/UMK_2019_027.pdf (дата обращения: 10.03.2024)
4. Луткова Т.А. Клиническая фармакология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т.А. Луткова – Текст : электронный // Электронное учебное пособие. Пермский государственный национальный исследовательский университет. Пермь. – 2023. – С.227. URL:<http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/Lutkovaklinicheskaya-farmakologiy.pdf> (дата обращения: 10.03.2024)
5. Данные статистики распространенности сердечно – сосудистых заболеваний. // Росстат: официальный сайт. – 2023. – URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 09.03.2025) – Текст: электронный.

Сведения об авторах

Р.Э. Сaitова* – ординатор

Д.В. Домрачева – ординатор

Д.Ф. Хусаинова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

R.E. Saitova – Postgraduate student

D.V. Domracheva – Postgraduate student

D.F. Husainova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

jinnetochka@mail.ru

УДК 551.583:614.08

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЙ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Еремеев Алексей Александрович^{1,2}, Даниленко Альбина Феликсовна^{1,2}, Хусаинова Диляра Феатовна¹, Соколова Людмила Александровна¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «ССМП им. Капиноса В.Ф. г. Екатеринбург»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Организм человека ежедневно подвергается воздействию различных факторов внешней среды, которые значительно изменяются в зависимости от времени года, что в свою очередь может приводить к возникновению заболеваний и их обострениям. В настоящее время данный факт вызывает огромное внимание, поскольку может способствовать сезонному прогнозу нозологий, что особенно актуально в условиях скорой медицинской помощи (СМП). **Цель исследования** – анализ структуры вызовов СМП по различным нозологиям и закономерности их развития в зависимости от времени года. **Материал и методы.** Для одномоментного исследования проведена обработка данных карт вызова скорой медицинской помощи (учетной формы №110/у) на базе 15 подстанции ГБУЗ СО «ССМП им. В.Ф. Капиноса» г. Екатеринбурга за следующие месяцы 2024 г. – январь, апрель, июль, октябрь. Анализировались количество обращений за месяц, выделялись нозологии в соответствии с МКБ– 10. **Результаты.** Представлен структурный анализ вызовов с распределением нозологий в зависимости от времени года. **Выводы.** На зимний и летний период приходится наибольшая доля заболеваний