

ПОДПИСКА



2010

I ПОЛУГОДИЕ

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ! МЫ ПРЕДЛАГАЕМ ВАМ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ПОДПИСКИ НА ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПАНОРАМА»

1 ПОДПИСКА НА ПОЧТЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ РОССИИ

Для этого нужно правильно и внимательно заполнить бланк абонемента (бланк прилагается). Бланки абонементов находятся также в любом почтовом отделении России или на сайте ИД «Панорама» – www.panor.ru.

Подписные индексы и цены наших изданий для заполнения абонемента на подписку есть в каталоге «Газеты и журналы» Агентства «Роспечать» и каталоге российской прессы «Почта России». Цены в каталогах даны с учетом почтовой доставки.

Подписные цены, указанные в данном журнале, применяются при подписке в любом почтовом отделении России.



2 ПОДПИСКА В РЕДАКЦИИ



Подписаться на журнал можно непосредственно в Издательстве с любого номера и на любой срок, доставка – за счет Издательства. Для оформления подписки необходимо получить счет на оплату, прислав заявку по электронному адресу podpiska@panor.ru или по факсу (495) 250-7524, а также позвонив по телефонам: (495) 749-2164, 211-5418, 749-4273.

Внимательно ознакомьтесь с образцом заполнения платежного поручения и заполните все необходимые данные (в платежном поручении, в графе «Назначение платежа», обязательно укажите: «За подписку на журнал» (название журнала), период подписки, а также точный почтовый адрес (с индексом), по которому мы должны отправить журнал).

Оплата должна быть произведена до 15-го числа предподписного месяца.

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ

Получатель: ООО Издательство «Профессиональная Литература». ИНН 7718766370 / КПП 771801001, р/сч. № 40702810438180001886
Банк получателя: Вернадское ОСБ №7970, г. Москва
Сбербанк России ОАО, г. Москва.
БИК 044525225, к/сч. № 30101810400000000225

Образец платежного поручения

3 ПОДПИСКА В СБЕРБАНКЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ОТДЕЛЕНИИ СБЕРБАНКА РОССИИ

Частные лица могут оформить подписку в любом отделении Сбербанка России (окно «Прием платежей»), заполнив и оплатив квитанцию (форма ПД-4) на перевод денег по указанным реквизитам ООО Издательство «Профессиональная Литература» по льготной цене подписки через редакцию, указанную в настоящем журнале.

В графе «Вид платежа» необходимо указать издание, на которое вы подписываетесь, и период подписки, например 6 месяцев.

Не забудьте указать на бланке ваши Ф.И.О. и подробный адрес доставки.

4 ПОДПИСКА НА САЙТЕ



ПОДПИСКА НА САЙТЕ www.panor.ru

На все вопросы, связанные с подпиской, вам с удовольствием ответят по телефону (495) 211-5418, 922-1768.

На правах рекламы

Поступ. в банк плат.		Списано со сч. плат.		XXXXXXX	
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №			Дата		электронно Вид платежа
Сумма прописью	ИНН		КПП	Сумма	
Плательщик			Сч. №	БИК	
Банк плательщика			Сч. №	БИК	044525225
Сбербанк России ОАО, г. Москва			Сч. №	30101810400000000225	
Банк получателя			Сч. №	40702810438180001886	
ИНН 7718766370			КПП 771801001		
ООО Издательство «Профессиональная Литература»			Вид оп.	01	Срок плат.
Вернадское ОСБ №7970, г. Москва			Наз. пл.		Очер. плат. 6
Получатель			Код		Рез. поле
Оплата за подписку на журнал _____ (экз.)					
на _____ месяцев, в том числе НДС (0%) _____					
Адрес доставки: индекс _____, город _____,					
ул. _____, дом _____, корп. _____, офис _____					
телефон _____					
Назначение платежа		Подписи		Отметки банка	
М.П.		_____		_____	

НОВЫЕ ВРЕМЕНА – НОВЫЙ ЖУРНАЛ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Ежемесячный журнал «Справочник врача общей практики» предназначен для врачей общей практики (семейных врачей) и других медицинских работников, занимающихся вопросами первичной медико-санитарной помощи населению

В журнале можно прочитать:

- о перспективах развития общей врачебной практики в России и за рубежом;
 - об организации работы врачей общей практики (семейных врачей);
 - о принятии новых законодательных и нормативных актов, регламентирующих работу врачей общей практики (семейных врачей);
 - о новых подходах к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации различных заболеваний у разных групп населения (детей, подростков, женщин, мужчин, пожилых людей);
 - о новых стандартах медицинской помощи;
 - о приемах неотложной помощи населению;
 - о новых лекарственных препаратах, новых медицинских технологиях и новом медицинском оборудовании;
 - о возможностях повышения квалификации медицинских работников первичного звена;
 - о решении трудовых и социальных вопросов;
- а также найти много другой интересной и актуальной информации, необходимой медицинским работникам первичного звена в их ежедневной практике.



Журнал издается Издательским домом «Панорама»
под патронажем Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) России

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог агентства «Роспечать» – подписной индекс 463 12;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 24209;
- через редакцию – т/ф: (499) 257-01-35.

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

- авторов и фотографов;
- распространителей периодики и рекламных агентов.

Контактная информация:

т/ф: (499) 257-01-35; моб.: (916) 102-25-50
e-mail: gv_vop@mail.ru; <http://svop.medizdat-press.ru>

Контактное лицо: Краснова Анна Яковлевна
На правах рекламы



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

профессор *А.Л. Вёрткин* (Москва)

Ответственный редактор:

Ю.С. Полупанова (Москва)

Координаторы по регионам:

В.И. Асакалов (Абакан, Республика Хакасия)

Е.П. Блинова (Сарапул)

О.В. Брезницкий (Ноябрьск, Ямало-Ненецкий АО)

О.В. Еремян (Калининград)

Н.Ю. Майкова (Комсомольск-на-Амуре)

Ю.Н. Маркевич (Вологда)

А.А. Мельман (Кувандык)

А.П. Нечунаев (Улан-Удэ)

И.Г. Труханова (Самара)

К.К. Турлубеков (Кокшетау, Казахстан)

А.Г. Чернявская (Дмитровград, Ульяновская обл.)

Ю.А. Шихова (Старый Оскол)

Научный редактор номера:

к.м.н. *А.В. Наумов* (Москва)

Редактор раздела образовательных программ:

к.м.н. *И.С. Родюкова* (Москва)

Корректор *В.А. Тарасова*

Верстка *О.А. Пятакова*

Контакты с редколлегией:

127473, Москва, Делегатская, 20/1

ГОУ ВПО МГМСУ,

кафедра клинической фармакологии,

фармакотерапии и СМП

e-mail: kafedrakf@mail.ru

сайт: www.intensive.ru

факс: (495)-611-22-97,

тел.: (495)-611-05-60,

8-903-123-00-66



Рецензируемый журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» № 12/2009

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия.

Свидетельство о регистрации
ПИ № ФС 77-19470
от 26 июня 2005 г.

Журнал

распространяется через каталоги
ОАО «Агентство «Роспечать» — индекс 46543
и «Почта России» — индекс 24216

(ООО «Межрегиональное
агентство подписки»),
а также путем прямой
редакционной подписки
© ИД «ПАНОРАМА»
издательство «МЕДИЗДАТ»

Почтовый адрес редакции:
ООО «Панорама», а/я №1, Москва, 125040,
ИД «Панорама»
125040, Москва,
ул. Верхняя, д. 34, офис 502
тел.: (499) 257-01-35
<http://www.panor.ru>

Отдел рекламы:

Гервазюк Ольга Витальевна
тел.: 945-32-29; моб. 8-903-255-81-13
reklama@panor.ru

Адрес электронной почты редакции:
kafedrakf@mail.ru

Подписано в печать 22.10.09.
Тираж 3 000 экз.

Решением Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «Врач скорой помощи»

Статьи научно-практического характера, посвященные обсуждению проблем неотложной диагностики и терапии на догоспитальном этапе, интересным случаям из практики, направлять в редколлегию в машинописной форме (до 8 машинописных страниц), а также в электронном виде.

В статьях должны быть указаны все авторы (Ф.И.О. полностью), ведущее учреждение, контактный адрес, телефон, электронная почта. Фото авторов обязательно.

САНИТАРНЫЙ ВРАЧ

<http://sanvrach.medizdat-press.ru>



**Научно-практический журнал
для главных врачей (руководителей)
подразделений Госсанэпидслужбы, гигиенистов,
санитарных врачей и эпидемиологов**

На страницах журнала вы найдете ответы на наиболее актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, гигиенической безопасности, управления, развития и организации санэпидслужбы в условиях реформирования здравоохранения. Новые методы и оборудование для оперативного и лабораторно-инструментального контроля. Все новые документы главного государственного санитарного врача и мн. др.

Главный редактор журнала – А. В. Тулакин, д. м. н., профессор, заместитель директора ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана по научной работе.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.

В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Эпидемиология

- факторы развития туберкулеза легких и др. инфекционных заболеваний в России;
- вакцинопрофилактика и биотерроризм.

Гигиена питания

- решение проблем ожирения и развития ряда др. неинфекционных заболеваний.

Гигиена детей и подростков

- медицинское обеспечение профессиональной ориентации подростков;
- выявление и устранение причин, негативно влияющих на здоровье детей и подростков.

Оригинальные статьи

- новейшие разработки в области профилактической медицины;

- гигиенические проблемы здоровья населения Российской Федерации.

Коммунальная гигиена

- оказание гражданам гигиенически безопасных коммунально-бытовых услуг;
- исследование загрязнения водных бассейнов на муниципальном уровне.

Гигиена труда

- использование сводных расчетов загрязнения атмосферы для нормирования и квотирования выбросов в промышленном городе;
- типовые программы оздоровления труда работников массовых профессий.

Социально-гигиенический мониторинг

- выявление причинно-следственных связей между воздействием факторов окружающей среды и возможными изменениями состояния здоровья человека

Как подписаться на журнал «Санитарный врач»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 82789.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 16631.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

Телефон для справок: (495) 749-54-83, 9.00—17.00

На правах рекламы

ОТ РЕДАКТОРА

- Будущее уже наступило: первая международная конференция
«Скорая медицинская помощь в мегаполисе»7

НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

- А.С. Скотников, Е.Ю. Стахнев, М.К. Харина, А.В. Ивченко, Э.Н. Микаберидзе*
Место блокаторов рецепторов ангиотензина
в терапии артериальной гипертензии у пациентов с полипатией10

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Н.М. Невзоров, Т.Г. Разова, Ю.Н. Маркевич*
Анализ вызовов, организационные вопросы
и оказание медицинской помощи больным с гипертоническим кризом
на догоспитальном этапе в городе Вологде. А что дальше?17
- О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин, И.Н. Курнаева*
Значение персонального повышающего
коэффициента врача в управлении качеством скорой медицинской помощи . . .45

EDITOR'S COLUMN

- The future has already come: the first international conference
«The emergency call service in the megacity»7

PHARMACOTHERAPY NEWS

- A.S. Skotnikov, E.Yu. Stahnev, M.K. Harina,
A.V. Ivchenko, E.N. Mikaberidze*
Role of angiotensin receptor blockers
in therapy of arterial hypertension in patients with polyopathy10

ORIGINAL STUDIES

- N.M. Nevzorov, T.G. Razova, Yu.N. Markevich*
The analysis of calls, management issues and rendering
of medical aid by patients with hypertensive crisis
at a pre-hospital stage in the city of Vologda. And what further?17
- O.V. Savelyev, S.Yu. Habibulin, I.N. Kurnaeva*
Value of doctor personal raising coefficient
in emergency aid quality management45

С Новым
годом!

Глубокоуважаемые коллеги!

Редакционный совет журнала сердечно поздравляет всех Вас с Новым 2010 Годом и Рождеством!

Пусть 2010 год станет для Вас годом стабильности и благополучия, процветания и всевозможных свершений на благо процветания неотложной помощи в РФ.

Мы надеемся, что в Новом году мы сможем совместно решить непростые задачи, и нас ждет множество интересных идей, событий и достижений. Желаем открытия новых перспектив развития и закрепления достигнутых результатов, оптимизма и уверенности в собственных силах!

В эти наполненные радостью дни, хотим также Вам пожелать Вам мира и процветания, здоровья, любви и удачи во всех начинаниях. Пусть сбудутся сокровенные желания и воплотятся в жизнь самые смелые планы, а в текущих делах не будет никаких препятствий.

С уважением, редакционный совет журнала «ВСП»

Будущее уже наступило: первая международная конференция «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В МЕГАПОЛИСЕ»

The future has already come: the first international conference «THE EMERGENCY CALL SERVICE IN THE MEGACITY»

В течение 2-х дней, 12–14 октября 2009 года на средиземноморском побережье Турции проходила первая международная конференция «Скорая медицинская помощь в мегаполисе», организованная Российской общественной организацией «Объединение медицинских работников» (президент: профессор Новиков Г.И.) и Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи (руководитель: профессор Вёрткин А.Л.).

В конференции приняли участие руководители станций скорой медицинской помощи 27 городов России. Круг обсуждаемых вопросов был необычайно широк. Это, прежде всего, вопросы финансирования

скорой медицинской помощи (СМП) в сложившейся экономической обстановке (Прузан О.И., Ижевск), экономико-правовых аспектов в деятельности администрации службы СМП (Зиганшин М.М., Уфа), обеспечения качественной информационной системы оперативного управления (Кирзон О.С., Нижний Новгород), в том числе и диспетчерской службой СМП на основе определения местоположения автомобиля при помощи спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС/GPS (Багдасарьян А.С., Краснодар), о проекте концепции развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации (Мельман А.А., Кувандык; Остроумова Л.А., Тюмень; Фатыхов А.М., Казань; Трифонов С.Б., Омск; Большакова И.А., Новосибирск; Маркевич Ю.Н., Вологда; Середа В.Г., Владивосток).

Особое место в работе конференции было уделено реализации Федеральных программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и дорожным травматизмом. Этому были посвящены 2 пленарные лекции (профессор Вёрткин А.Л.), симпозиум с участием широкого круга специалистов, в том числе московских профессоров Горского В.А., Амчелавского В.Г. и Вилковыского Ф.А., к.м.н. Наумова А.В., Яковенко А.В., Абузаровой Г.Э., а также Круглый стол в котором приняли участие с докладами главные врачи станций СМП городов Санкт-Петербурга (Бойков А.А. — алгоритмы действий врача СМП), Якутска



Фото 1. Президиум конференции

(Морозов С.Н. — внедрение новых лекарственных препаратов на догоспитальном этапе), Молоков В.А. (Самара — об эффективности стандартов медицинской помощи на догоспитальном этапе), Федерко Е.В. (Магадан), Талалин В.А. (Томск), Камкин Е.В. (Пермь), Чернецов Д.А. (Коломна), Савельев О.В. (Тольятти), Тен Л.Г. (Рязань), Демин В.П. (Ульяновск), Биленко Г.В. (Егорьевск) и зав. оперативным отделом станции СМП Ростова-Дону Милютина Т.А. и др.

Обсуждались также мероприятия по подготовке юбилеев станций СМП городов Благовещенска (Никишов И.В.) и больницы скорой медицинской помощи Краснодара (Багдасарян А.С., Герашенко Е.В.).

Все участники отметили высокий уровень организации конференции, качество докладов и что самое главное — значительный рост за последние годы материальной и интеллектуальной базы скорой медицинской помощи в РФ.

Фотоотчёт



Фото 2



Фото 3

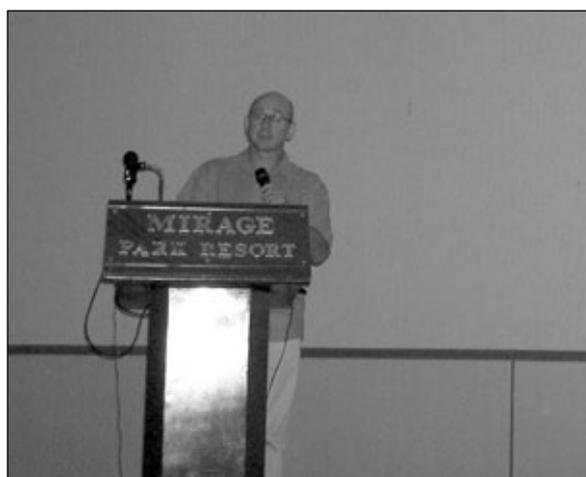


Фото 4



Фото 5



Фото 6



Фото 7



Фото 8

Место блокаторов рецепторов ангиотензина в терапии артериальной гипертензии у пациентов с полипатией

А.С. Скотников, Е.Ю. Стахнев, М.К. Харина,
А.В. Ивченко, Э.Н. Микаберидзе
Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии
и скорой медицинской помощи МГМСУ, ННПОСМП

Role of angiotensin receptor blockers in therapy of arterial hypertension in patients with polyopathy

A.S. Skotnikov, E.Yu. Stahnev, M.K. Harina,
A.V. Ivchenko, E.N. Mikaberidze

Резюме

В статье рассматривается роль блокаторов рецепторов ангиотензина в терапии артериальной гипертензии у пациентов с полипатией.

Ключевые слова: блокатор рецептора ангиотензина, полипатия, артериальная гипертензия.

Resume

The article considers the role of angiotensin receptor blockers in therapy of arterial hypertension in patients with polyopathy.

Key words: angiotensin receptor blockers, polyopathy, arterial hypertension.

*«Чем больше барьеров стоит перед художником,
тем больше это повышает
его прыгучесть и изобретательность»
(Н.В. Гоголь)*

200 лет спустя со дня рождения великого классика русской литературы, вспоминая его гениальные строки, современное здравоохранение задается вопросом: какие же барьеры стоят перед рядовым врачом и какие преграды необходимо ему преодолеть, дабы повысить свою «прыгучесть» и достичь желаемого для пациента эффекта?

С древних времен врачи совершали «чуда своими руками». В почете был индивидуальный прием пациента, осмотр и лечение в домашних условиях, высокая, ответственная и престижная роль личного

врача для семьи. Врач был другом, священником, человеком, с которым можно было поговорить «по душам» — его твердые позиции были непоколебимы. Шли годы, и в дальнейшем были организованы лазареты, больницы, стала зарождаться земская медицина, которая стала прообразом современной участковой службы. Но диалог с врачом, как с другом и психологом оставался во главе угла. Теперь же все иначе... В поликлиниках очереди, один врач за день принимает порядка 20 человек и на каждого ему выделено лишь 12 минут, притом, что врачу необходимо заполнить огромную стопку бумаг и выписать множество направлений и рецептов. Вполне закономерно, что терапевту, работающему в столь жестких временных интервалах, совершенно не остается возможности поговорить с больным о сокровенном, о личных, касающихся не только здоровья, проблемах пациента. У доктора нет времени на то, чтобы дать грамотный совет, взбодрить и обнадежить пациента, заставить последнего поверить в благоприятный исход своей болезни, научить его правильно обращаться со своим заболеванием и рассказать, а что же собственно оно из себя представляет.

Вот и выходит чаще всего на деле, что пациенты абсолютно не знают о сущности своих заболеваний, об их осложнениях, особенностях течения и исходах, а особенно о правильном и рациональном лечении тех болезней, которые столь значимо влияют на качество

жизни и причиняют людям так много страданий.

Одной из таких социально значимых нозологий является гипертоническая болезнь, а проблема артериальной гипертензии тяжким бременем легла на плечи большинства наших соотечественников.

В современной отечественной и зарубежной литературе артериальной гипертензии уделяется одно из первых мест, ученые и врачи всего мира регулярно изобретают новые лекарственные препараты, открывают высокотехнологичные и максимально доступные методики обследования, проводят профилактические мероприятия, пытаются донести до населения значимость болезней сердца и сосудов. Однако проблема эта остается, а люди, несмотря на длительность лечения и высокие материальные затраты на него, продолжают умирать — умирать от сосудистых катастроф, одну из ключевых ролей в развитии которых играет дестабилизация артериального давления.

Говоря о распространенности артериальной гипертензии, необходимо упомянуть Росстат, по данным которого у 30 миллионов человек (21%) из 141,9 миллионного населения России имеет место артериальная гипертензия [Росстат, 2008].

С целью определения истинной распространенности данного заболевания, авторы проанализировали 3 239 протоколов заключений патологоанатомических вскрытий за 3 последних года. То, что было выявлено, оказалось более печальным, чем данные Росстата. На деле стало известно, что большая часть причин смертей в стационаре (48%) приходится на болезни сердечно-сосудистой системы (рис. 1).

При этом кажется фантастичным тот факт, что частота встречаемости артериальной гипертензии у больных с кардио- и цереброваскулярной патологией составляет 96% [Вёрткин А.Л., Скотников А.С., 2008].

Однако не сама гипертоническая болезнь приводит пациентов к смерти, а ее осложнения в результате системного действия на органы-мишени, главными из которых являются сердце и головной мозг. В 2008 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала данные о частоте основных причин смертности. На первом месте оказалась смертность от инфаркта головного мозга (14,6%), на втором — инфаркт миокарда (13,4%), а недалеко от лидеров расположилась комбинация инфаркта головного мозга и инфаркта миокарда (2,1%), достаточно часто встречаемая в настоящее время [WHO, 2008]

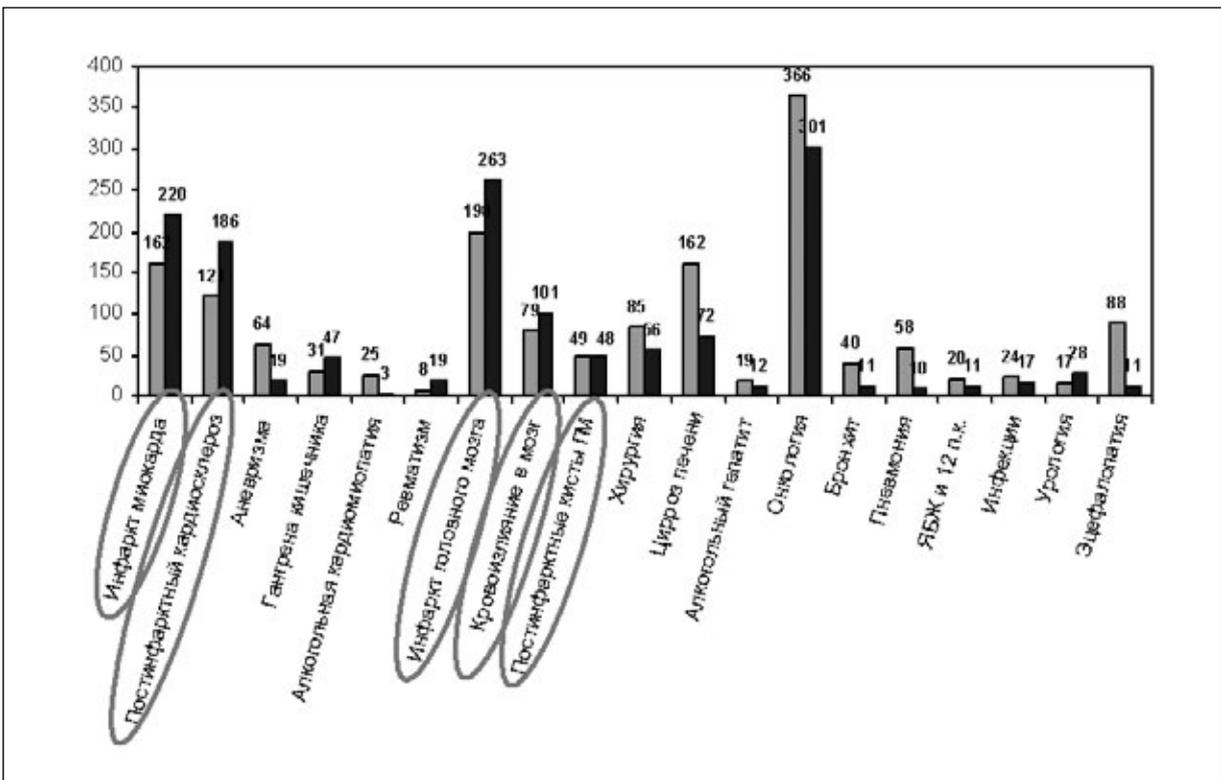


Рис. 1. Структура смертности по основному заболеванию

Таблица 1

Встречаемость артериальной гипертензии у пациентов разного пола

	Мужчины	Женщины
Инфаркт миокарда	75%	94%
Постинфарктный кардиосклероз	55%	79%
Инфаркт головного мозга	90%	94%
Кровоизлияние в головной мозг	95%	95%

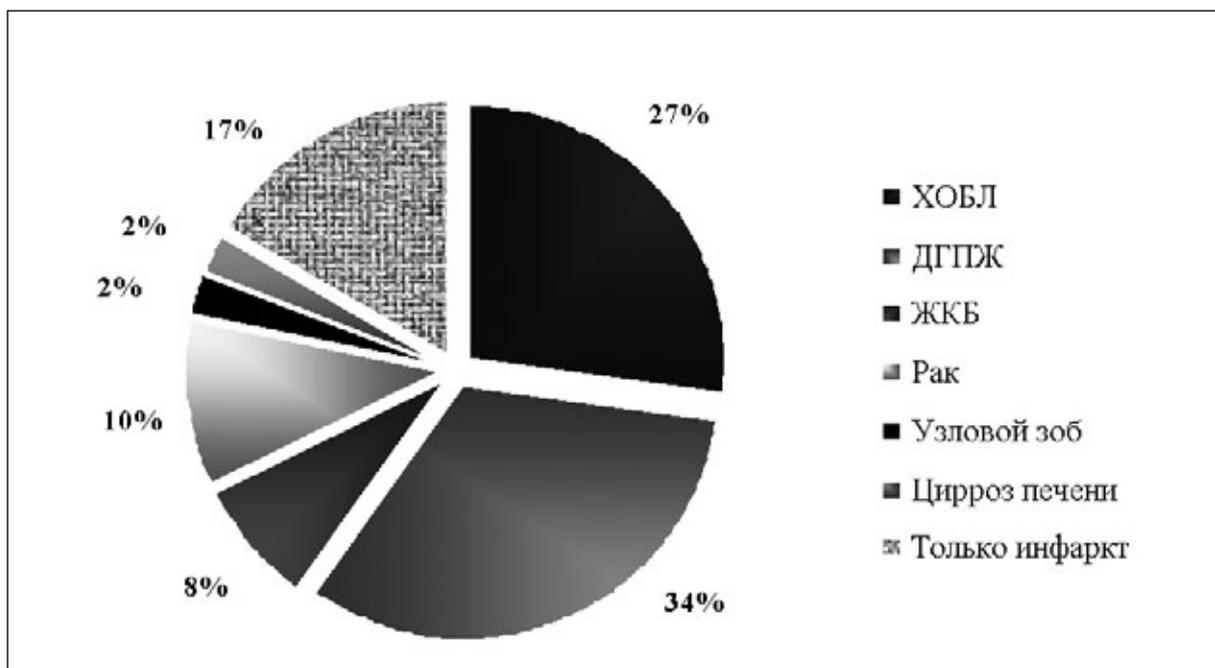


Рис. 2. Коморбидный фон у больных с инфарктом миокарда

На основании все тех же 3 239 летальных исходов и патологоанатомических данных авторами было выявлено, что артериальная гипертензия с различной частотой встречается у пациентов обоих полов при различной сердечно-сосудистой патологии (табл. 1).

Более того, кроме основной сердечно-сосудистой патологии пациенты с артериальной гипертензией имеют огромное количество сопутствующих соматических заболеваний. Спектр сопутствующей патологии у пациентов с гипертонической болезнью, умерших от инфаркта миокарда в крупном многопрофильном стационаре изображен на рис. 2.

Дополнительной немаловажной проблемой у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и артериальной гипертензией является сахарный диабет 2 типа, удельный вес которого составляет 19%. Кроме того, в 84% случаев сахарный диабет имеет осложненное течение [Вёрткин А.Л., Скотников А.С., 2008].

Итак, в настоящее время проблема гипертонической болезни, широко распространенной среди больных с сердечно-сосудистой патологией и, безусловно, утяжеляющей и дестабилизирующей ее течение, стоит очень остро, а поэтому лечение данного заболевания должно быть максимально грамотным и современным.

В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения для лечения артериальной гипертензии рекомендует к использованию следующие группы лекарственных препаратов:

- β-адреноблокаторы;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);
- блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция);
- диуретики, в том числе антагонисты альдостерона (калийсберегающие диуретики);
- блокаторы рецепторов I типа к ангиотензину II (сартаны);

- препараты центрального действия (в т. ч. агонисты имидазолиновых рецепторов).

Необходимо сразу же отметить, что любой из современных рекомендуемых ВОЗ антигипертензивных препаратов, в адекватной дозе и при правильном режиме назначения, является одинаково эффективным средством по контролю АД и влиянию на сердечно-сосудистые события и не имеет каких-либо значительных преимуществ [уровень доказательности А].

Однако при выборе того или иного лекарственного препарата необходимо помнить о некоторых особенностях этих средств и невозможности применения их отдельных классов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, хронической сердечной недостаточностью или хронической почечной недостаточностью. Кроме того, нельзя забывать, что на основное звено патогенеза, которым, является ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС), воздействуют лишь 3 класса из перечисленных выше рекомендуемых ВОЗ лекарственных средств, а именно: ингибиторы АПФ, антагонисты альдостерона и блокаторы рецепторов к ангиотензину II. Говоря о роли РААС в развитии артериальной гипертензии, авторам представляется целесообразным в нескольких словах напомнить о принципе функционирования данного механизма поддержания артериального давления.

В данную систему вовлечены практически все органы и системы организма. В печени идет активный синтез ангиотензиногена — белка из класса глобулинов, состоящего из 453 аминокислот. В то же время в юстагломерулярных (гранулярных) клетках почек в ответ на снижение внутривисцерального давления, сниженную доставку ионов Na и Cl, а также гипоксию, активно вырабатывается ренин, который взаимодействует с ангиотензиногеном и цепочка химических реакций в ходе данного взаимодействия приводит к высвобождению другого декапептида ангиотензина I.

Ангиотензин I не обладает биологической прессорной активностью и является только предшественником активного ангиотензина II, который и образуется под влиянием ангиотензинпревращающего фермента, накапливаемого в легких в огромных количествах.

Но превращение ангиотензина I в ангиотензин II под воздействием АПФ идет лишь в системном кровотоке, в то время, как в тканях

оно осуществляется под воздействием химаз. Таким образом, тканевые эффекты РААС, которые обеспечивают долгосрочные эффекты на сосудистый тонус, стимулируют развитие атеросклероза, активируют факторы роста и вызывают изменения во внутренних органах-мишенях, такие как гипертрофия миокарда, гломерулосклероз, пролиферативные изменения сосудистой стенки не поддаются лечению ингибиторами АПФ.

Следовательно, несмотря на терапию и АПФ, в тканях в тех же количествах синтезируется ангиотензин II, который и обладает сосудосуживающей активностью. При этом наблюдается быстрое повышение артериального давления и повышение общего периферического сосудистого сопротивления. Также увеличивается синтез альдостерона, вызывающего повышение реабсорбции натрия и воды, а также активацию симпатической нервной системы и усугублению артериальной гипертензии.

Необходимо отметить, что основным показанием для назначения антагонистов альдостерона (калийсберегающих диуретиков) являются, прежде всего, хроническая сердечная недостаточность и перенесенный инфаркт миокарда. При этом, обладая недостаточным гипотензивным эффектом, данный класс гипотензивных препаратов, влияющих на РААС, требует комбинирования с другими группами гипотензивных средств, однако сочетание их с β -блокаторами, ингибиторами АПФ или сартанами приводит к гиперкалиемии, что может привести больного к весьма неблагоприятному исходу.

Основным противопоказанием к назначению антагонистов альдостерона является хроническая почечная недостаточность, которая имеется более чем у 60% пациентов с сердечно-сосудистой патологией, и которая в большинстве случаев связана с проявлением осложнений основных заболеваний, а именно артериолонефросклерозом (72%) и диабетической нефропатией (28%) [Вёрткин А.Л., Стахнев Е.Ю., 2009]

Таким образом, на сегодняшний день существуют лишь две рекомендуемые ВОЗ группы лекарственных препаратов, избирательно воздействующих на РААС, обладающих достаточным гипотензивным эффектом и конкурирующие между собой вот уже почти 40 лет. В 1960 году бразильцем Sergio Ferreira в яде одной из Южно-Африканских змей было обнаружено вещество, приводящее укушен-

Таблица 2

Сравнение эффектов сартанов и иАПФ

Сартаны (БРА)	иАПФ
Селективная блокада АТ1-рецепторов	Неселективная блокада рецепторов к АП
Полное блокирование негативного действия АП (на АТ1)	Неполная блокада синтеза А П
Стимуляция защитных эффектов А П (через АТ2)	Одновременное снижение защитных эффектов АП (через АТ2)
Отсутствие влияния на брадикинин	Нарушение деградации брадикинина (рост синтеза простаглицлина и NO)
Органопротекторное действие	

ных змеей к развитию длительной и порой фатальной артериальной гипотензии. Именно из этого вещества в 1975 году был синтезирован первый ингибитор АПФ — каптоприл, впервые примененный в клинической практике в 1979 году.

Но вопреки общераспространенному мнению, раньше был синтезирован вовсе не ингибитор АПФ, а блокатор ангиотензиновых рецепторов саралазин. Саралазин являлся веществом структурно сходным с ангиотензином II и действовал, как конкурентный ингибитор АТ рецепторов. Однако саралазин не получил особого распространения, так как мог вводиться только парентерально, обладал слишком малой продолжительностью действия и подчас непредсказуемым эффектом. Каптоприл же в то время не нашел широкого применения в виду частого появления сыпи, зуда, протеинурии, нейтропении и сухого кашля.

На протяжении долгого времени эти два класса лекарственных препаратов, предназначенных, в первую очередь, для лечения артериальной гипертензии, шли плечом к плечу, и лишь несколько лет назад иАПФ захватили «пальму первенства», получив более широкое распространение в отечественной фарминдустрии и найдя любовь и популярность в среде врачей. Однако после более чем 20-летнего затишья в отечественных и зарубежных изданиях вновь возрос интерес к применению антагонистов рецепторов к ангиотензину, обладающих длительным эффектом и применяемых перорально, а назначение данной группы препаратов учеными всего мира было признано перспективным методом лечения артериальной гипертензии.

На сегодняшний день обе группы препаратов входят в национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, стоимость ежемесячного курса лечения иАПФ и сартанами практически не отличается, кроме того, оба класса лекарственных средств входят в перечень дополнительного льготного обеспечения граждан.

Тем не менее, кроме различия свойств и степени эффективности в отношении снижения артериального давления (табл. 2), принципиальные различия гипотензивных препаратов заключаются, во-первых, в их различной переносимости, а во-вторых, в их побочных эффектах на другие органы и системы. Именно данные различия позволяют найти каждому из них свою нишу для использования.

Сартаны действуют вне зависимости от возраста, пола, расы, при любом варианте гемодинамики. Почти 15 лет назад было доказано, что БРА значительно реже вызывают гипотензию и коллаптоидные реакции, чем другие классы антигипертензивных препаратов [1].

Кроме того, при применении ингибиторов АПФ была отмечена более высокая частота развития кашля по сравнению с БРА (9,9 и 3,2% соответственно), что, возможно, приводило и к более частому отказу от лечения иАПФ [2].

Изучая органопротекторные эффекты гипотензивных препаратов, ученые, принявшие участие в исследовании LIFE выявили, что антигипертензивная терапия лозартаном по сравнению с терапией ателнололом приводила к меньшему (на 25%) числу инсультов (рис. 3) [3].

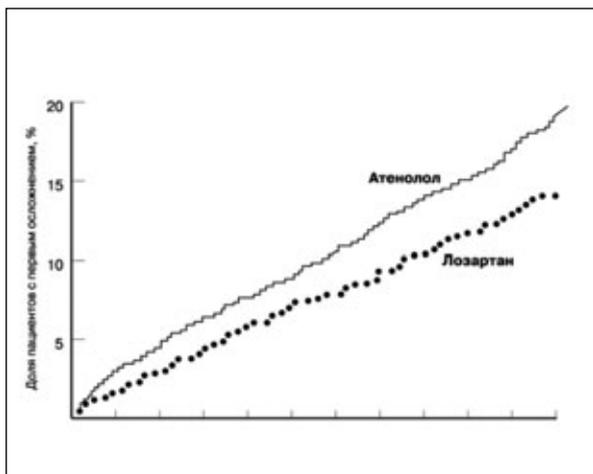


Рис. 3. Результаты исследования LIFE

Средняя суточная доза лозартана, принимаемого пациентами в исследовании LIFE (n = 4605), равнялась 82 мг/сутки, однако порядка 50% пациентов принимали дозировку лозартана 100 мг. Именно эта дозировка позволяла лучше всего контролировать цифры АД и обеспечивать лучшую органопротекцию.

Кроме того, у больных, которые несколько лет лечились именно блокаторами рецепторов к ангиотензину II, при одинаковой степени снижения артериального давления относительно результатов лечения гипертонической болезни иными классами антигипертензивных препаратов (β-блокаторами, иАПФ) наблюдается дополнительное снижение частоты повторных инсультов [4].

В настоящее время группа блокаторов (антагонистов) рецепторов I типа ангиотензина II представлена четырьмя подгруппами, различающимися по химической структуре:

- бифениловые тетразолы (лозартан, ирбесартан, кандесартан);
- небифениловые тетразолы (телмисартан);
- небифениловые нететразолы (эпросартан);
- негетероциклические соединения (валсартан);

Безусловно, все современные селективные сартаны, стали действовать более избирательно и не идут в сравнение с саралазином. Однако далеко не все БРА, наряду со своей эффективностью, обладают минимумом побочных эффектов. Этим могут похвастаться лишь так называемые «пролекарства», которыми являются лишь лозартан и кандесартан, которые действуют через свои активные метаболиты, образующиеся после превращения в печени. Остальные препараты являются непосредственно активными формами. Основными преимуществами пролекарств — химически модифицированных форм лекарственного средства, которые в биосредах в результате метаболических процессов превращаются в само лекарственное средство — являются минимизация побочных эффектов, направленная доставка лекарств, отсроченность и пролонгация эффекта.

Для всех сартанов характерно высокое сродство (аффинитет) к ангиотензиновым рецепторам, превышающая таковое у ангиотензина II в тысячи раз. Однако сводные сравнительные данные различных представителей БРА, обобщенные в табл. 3, свидетельствуют, что степень сродства к АТ-рецепторам значительно выше именно у лозартана.

Именно столь высокая степень аффинитета лозартана (Лориста, KRKA) в конкурентном ингибировании рецепторов ангиотензина II делает данный лекарственный препарат наиболее предпочтительным, т. к. обеспечивает пролонгацию эффекта препарата, практически полностью исключает взаимодействие ангиотензина II с рецепторами и минимизирует развитие негативных эффектов ангиотензина II, обеспечивая стабильный дозозависимый гипотензивный эффект препарата (рис. 4) [5].

Т. о., высокая эффективность в отношении показателей гемодинамики, а также безопас-

Таблица 3

Сравнительная характеристика блокаторов рецепторов к ангиотензину II

Препарат	Эпросартан	Лозартан	Валсартан	Кандесартан	Ирбесартан	Телмисартан
Промежуточная форма	нет	да	нет	да	нет	нет
Аффинитет	1,5	19	2,4	0,7–7,4	1,2–4,1	1,2
Биодоступность	13%	33%	25%	14%	70%	43%
Связывание с белками	97%	98,7%	95%	99,5%	90,0%	нет данных
Обычная доза	600 мг	50–100 мг	80–160 мг	8–16 мг	150–300 мг	40–160 мг

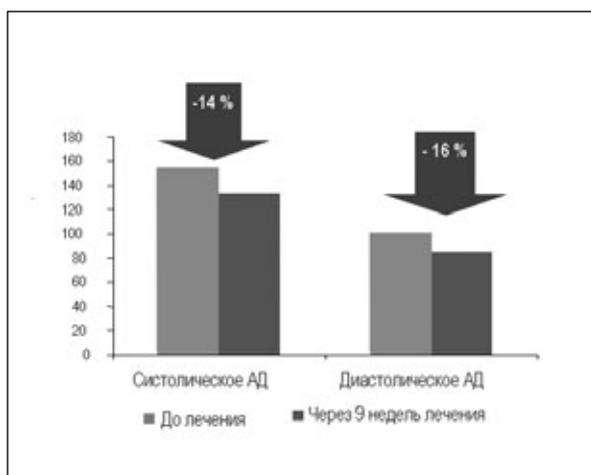


Рис. 4. Гипотензивный эффект Лористы

ность и значительная приверженность пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией к лечению Лористой, позволяют широко рекомендовать данный препарат, прежде всего, пациентам более молодого возраста с первыми проявлениями гипертонической болезни.

Литература

1. Soffer B.A., Wright J.T. Jr., Pratt J.H., Wiens B., Goldberg A.I., Sweet C.S. Effects of losartan on a background of hydrochlorothiazide in patients with hypertension // Hypertension. 1995 Jul; 26 (1): 112-7.
2. Fogari R., Mugellini A., Destro M., et al. Losartan and prevention of atrial fibrillation recurrence in hypertensive patients. // J Cardiovasc Pharmacol 2006; 47: 46-50.
3. Dahlöf B., Devereux R.B., Kjeldsen S.E., et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol // Lancet. — 2002. — 359. — P. 995-1003.
4. Ducloux D., Fournier V., Bresson-Vautrin C., Chalopin J.M. Treatment of posttransplant erythrocytosis with losartan // Transplant Proc. 1997 Aug; 29 (5): 2407-8.
5. Spinar J., Vitovec J., Soucek M., Dusek L., Pavlik T., CORD: Comparison of Recommended Doses of ace inhibitors and angiotensin II receptor blockers // Int J Cardiol. 2009 Mar 16.



На правах рекламы

Решением Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический журнал «Хирург» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Правила оформления рукописей для публикации в журнале «Хирург»

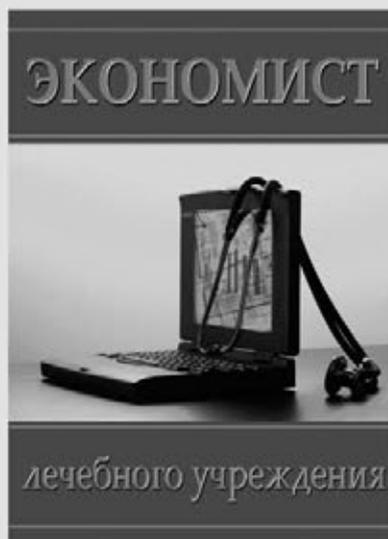
Статьи научно-практического характера, посвященные обсуждению проблем хирургической помощи, интересным случаям из практики, направлять в редакцию в машинописной форме (до 6–10 машинописных страниц, а также в электронном виде). В статьях должны быть указаны все авторы (ФИО полностью), ведущее учреждение, контактный адрес, телефон, электронная почта. Фото авторов обязательно. Рукописи рецензируются.

Авторы получают извещение о разрешении по поводу публикации, а также контрольные экземпляры.

Тел. 8(499) 257-01-35, e-mail: medizdat@bk.ru

ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

<http://economist.medizdat-press.ru>



Универсальный журнал-справочник адресован заместителям главного врача по экономическим вопросам, экономистам организаций здравоохранения, работникам финансово-плановых отделов медицинских учреждений, маркетологам отделов маркетинга медицинских услуг, преподавателям экономики здравоохранения и экономики социальной сферы, студентам медицинских вузов и колледжей, изучающих экономику здравоохранения, всем, кто проявляет интерес к экономическим вопросам здравоохранения.

*Председатель редакционного совета — министр здравоохранения Московской области, доктор медицинских наук, профессор **В.Ю. Семенов.***

*Главный редактор — **А.Л. Пиддэ**, д.э.н., профессор.*

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ ЖУРНАЛА:

- Социальная политика и здравоохранение
- Основы экономики здравоохранения
- Финансовый менеджмент
- Методы экономического анализа
- Финансы аптечных учреждений
- Ценообразование в здравоохранении
- Новости законодательства
- Основные документы экономиста
- Маркетинг медицинских услуг
- Экономическая учеба (заочный семинар)

Ежемесячное издание. Объем — 80 с. В свободную продажу не поступает.

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»:

На почте в любом отделении связи:

- по Каталогу агентства «Роспечать»,
полугодовой подписной индекс — 36273, цена — 2460 р. за 6 мес.
- по Каталогу российской прессы «Почта России»,
полугодовой подписной индекс — 99369, цена — 2460 р. за 6 мес.
- через редакцию — тел./факс отдела подписки: (495) 625-96-11.

Тел. для справок: (495) 749-54-83, 9.00–17.00

На правах рекламы

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОРОДЕ ВОЛОГДЕ. А ЧТО ДАЛЬШЕ?

Н.М. Невзоров, Т.Г. Разова, Ю.Н. Маркевич
Муниципальное учреждение здравоохранения
«станция скорой медицинской помощи», г. Вологда

THE ANALYSIS OF CALLS, MANAGEMENT ISSUES AND RENDERING OF MEDICAL AID BY THE TO PATIENT WITH HYPERTENSIVE CRISIS AND AT A PRE-HOSPITAL STAGE IN THE CITY OF VOLOGDA. AND WHAT'S TO COME?

N.M. Nevzorov, T.G. Razova, Yu.N. Markevich

Резюме

В статье приводится анализ звонков на станцию скорой медицинской помощи, организационные вопросы оказания скорой помощи больным гипертоническим кризом на догоспитальном этапе в г. Вологде.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, организационные вопросы, гипертонический криз.

Resume

The article analyses calls on emergency aid station, management issues and rendering of medical aid by the to patient with hypertensive crisis and at a pre-hospital stage in the city of Vologda.

Key words: emergency aid, management issues, hypertensive crisis.

Сокращения

АГ — артериальная гипертензия;
ГК — гипертонический криз;
АД — артериальное давление;
САД — систолическое артериальное давление;
ДАД — диастолическое артериальное давление;
БИТ — бригада интенсивной терапии;

ССМП — станция скорой медицинской помощи;

ЧСС — частота сердечных сокращений;

ЭКГ — электрокардиография;

СД — сахарный диабет;

ОКС — острый коронарный синдром;

ОИМ — острый инфаркт миокарда;

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения;

СА — сердечная астма;

ОЛ — отек легких;

ИБС — ишемическая болезнь сердца;

ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;

ОПС — общее периферическое сосудистое сопротивление;

ДЭ — дисциркуляторная энцефалопатия;

РААС — ренин—ангиотензин—альдостероновая система;

ТИА — транзиторная ишемическая атака.

«И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять».
(М. Сервантес)

«...природа больного есть врач его, а врач помогает природе».
(Гиппократ)

Введение

Всемирная Организация Здравоохранения сообщила, что субоптимальное АД (САД > 115 мм рт.ст.) ответственно за 62% цереброваскулярных заболеваний и 49% случаев ишемической болезни сердца с незначительными различиями в зависимости от пола (6).

Россия занимает одно из лидирующих мест по частоте ОНМК, связанных с артериальной гипертонией, а инсульты возникают в 4 раза чаще, чем в развитых странах. Анализ общемировых данных установил, что АД — доминирующий фактор риска, влияющий на состояние сердечно-сосудистой системы и вызывающей смерть (11).

Важным направлением в решении проблемы снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности является эффективный контроль за артериальной гипертензией — самой распространенной патологией, обеспечивающей высокую обращаемость на скорую медицинскую помощь. По статистическим данным МУЗ ССМП г. Вологды за последние три года отмечается рост вызовов и уменьшение количества вызовов по поводу артериальной гипертензии (рис. 1, 2).

В России примерно в 20% случаев причиной вызова «скорой медицинской помощи» является гипертонический криз. По разным регионам доля гипертонического криза составляет от 7 до 25%. В целом по РФ за последние три года количество вызовов по поводу ГК и связанных с ними госпитализаций увеличилось в среднем в 1,5 раза. Особенно опасен осложненный гипертонический криз, который составляет около 3% от всех неотложных состояний, связанных с артериальной гипертензией.

Регуляция артериального давления является сложным процессом взаимодействия процессорных и депрессорных механизмов, ведущими из которых являются:

1. Гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
2. Активация симпато-адреналовой системы (у большинства больных в утренние часы).
3. Активация нейрогуморальных систем.
4. Повышение ОПСС.
5. Дисфункция эндотелия.
6. Снижение эффективности функционирования систем натрий-уретических пептидов.
7. Усиление продукции вазоконстрикторных соединений и уменьшение продукции депрессорных.
8. Нарушение водно-солевого обмена.
9. Генетические факторы.
10. Нефросклероз и др.

Возникновению гипертонического криза способствует:

1. Отсутствие постоянного медикаментозного контроля за уровнем АД.
2. Использование недостаточных доз гипотензивных препаратов.
3. Применение монотерапии в тех случаях, когда показана комбинированная терапия.
4. Использование нерациональных комбинаций препаратов.
5. Игнорирование суточного профиля АД при назначении гипотензивных лекарственных средств.
6. Отсутствие приверженности больного к лечению.

Главной задачей для всех стран комитет экспертов ВОЗ считает предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого и среднего возраста и снижение их частоты среди пожилых пациентов.

Применять стандарты и рекомендации лечения ГК врачи должны с учетом индивидуальных особенностей пациентов; множественных ассоциированных заболеваний, особенно у пожилых больных; фармакодина-

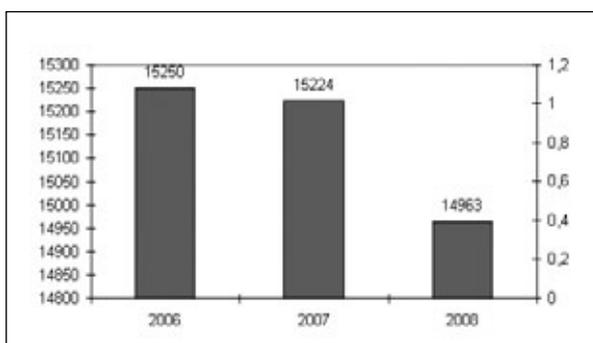


Рис. 1. Изменение количества вызовов по поводу АГ

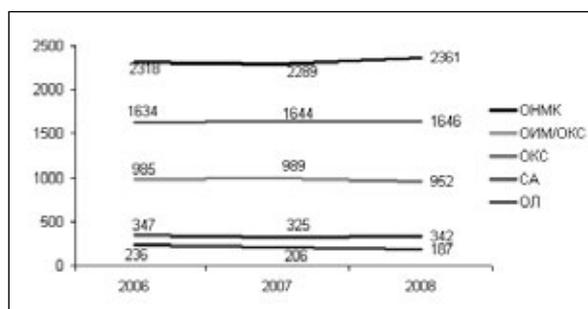


Рис. 2. Изменение количества вызовов по поводу ОНМК, ОИМ/ОКС, ОКС, СА, ОЛ

мики лекарственных препаратов; понимания патофизиологических процессов в наиболее уязвимых органах, как миокард и головной мозг, прежде всего при осложненном гипертоническом кризе.

Целью работы явилось исследование случаев ГК, обобщение результатов одногодичного наблюдения ГК, оценка качества диагностики и оказания медицинской помощи врачами ССМП в соответствии с Российскими и Европейскими рекомендациями.

Материал и методы

В исследование включено 2 017 больных гипертоническим кризом (мужчины — 464 (23%) чел.; женщины — 1 553 (77%) чел.: из них — неосложненным — 1 619 (80,3%) чел. (мужчины — 315 (15,6%) чел.; женщины — 1 304 (64,7%); осложненным — 398 (19,7%) чел. (мужчины — 149 (7,4%) чел., женщины — 249 (12,3%) чел.)

Общее количество вызовов к больным ГК составило — 2 499: с неосложненным ГК — 1 977 (мужчины — 377 (15,1%) чел., женщины — 1 600 (64,0%) чел.), а осложненным ГК — 522 (мужчины — 185 (7,4%) чел.; женщины — 337 (13,5%) чел.)

Из 2 017 больных ГК, 1 130 пациентов вызывали дополнительно в году по поводу артериальной гипертензии (ухудшение), а количество вызовов составило 27,1% (4 042 вызова) от всех вызовов с артериальной гипертензией (14 963).

Предварительно написаны и обсуждены в коллективе клинические рекомендации: «Организация и оказание медицинской помощи больным гипертоническим кризом на догоспитальном этапе в условиях скорой и неотложной медицинской помощи» (см. приложение 1).

Разработаны статистические таблицы, в которые заносились следующие данные: возраст, пол, вызов обслужен бригадой (БИТ, линейной); количество вызовов: в месяц, по часам в сутках (с интервалом 2 ч); артериальное давление (САД, ДАД) до и после лечения; ЧСС до и после лечения; жалобы; объективное обследование, включая ЭКГ-диагностику и глюкозомерию; заболевания и прием лекарственных препаратов в анамнезе, особенно гипотензивных; лечебные мероприятия, проводимые врачами ССМП; причины отказа от госпитализации; диагноз врача ССМП; замечания по лечению больных и др.

Измерение АД проводилось по методу Короткова Н.С. на плечевой артерии, после чего фиксировались значения САД и ДАД. Определение АД и ЧСС проводилось в исходном состоянии, а также после лечения. А при осложненном ГК в каждые 10–15 минут.

Средние значения систолического, диастолического АД определяли, как среднее арифметическое за сутки, день, ночь. Значения АД учитывали в течении дня (с 6:00 утра до 21:00 вечера) и ночное (с 21:00 вечера до 6:00 утра).

При анализе большое внимание уделяли лекарственной терапии гипертонического криза на догоспитальном этапе, так как порядок назначения препаратов может изменяться с учетом клинической ситуации. Особенно учитывали гипотензивную, обезболивающую и сердечно-сосудистую терапию.

При современной характеристике гипертонического криза учитывали типичную клиническую симптоматику и уровень артериального давления, как систолического, так и диастолического. Для этого использовали определения: систолическое АД, диастолическое АД, среднее АД, гипертонический криз, неосложненный ГК (без тахикардии, с тахикардией), осложненный ГК, артериальная гипертензия (ухудшение) (см. приложение 1).

Статистический анализ проводили простым арифметическим методом с использованием данных: карты вызова ССМП (ф. 110/у); автоматизированной системы диспетчерской СМП (АДИС).

Результаты и их обсуждение

За один календарный год (с 1 января по 31 декабря 2008 года) в исследование включено 2 017 больных с гипертоническим кризом: мужчины — 464 (23%) чел., женщины — 1 553 (77%) (табл. 1).

Как видно из табл. 1, 1 раз в году вызывали 1 758 (87,1%); 2–5 раз — 253 (12,6%); более 6 раз — 6 (0,3%) пациентов.

Больные с неосложненным ГК составил — 1 619 (80,3%) чел. (мужчины — 315 (15,6%) чел., женщины — 1 304 (64,7%) чел.

По количеству вызовов в году среди всех пациентов за медицинской помощью обращались: 1 вызов — 1 386 (68,7%) чел. (мужчины — 279 (13,8%) чел., женщины — 1 107 (54,9%) чел.); 2–5 вызовов — 227 (11,3%) чел.

Таблица 1

Показатели о количестве больных и вызовы с гипертоническим кризом в 2008 году

Показатели	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего больных	315	15,6	1304	64,7	149	7,4	249	12,3	464	23,0	1553	77,0	2017	100,0
1 вызов за год	279	13,8	1107	54,9	142	7,0	230	11,4	421	20,8	1337	66,3	1758	87,1
2-5 вызовов за год	36	1,8	191	9,5	7	0,4	19	0,9	43	2,2	210	10,4	253	12,6
Более 6 вызовов за год	-	-	6	0,3	-	-	-	-	-	-	6	0,3	6	0,3

(мужчины — 36 (1,8%) чел., женщины — 191 (9,5%); более 6 вызовов: женщины — 6 (0,3%) чел., а одна женщина вызывала 15 раз.

Пациенты с осложненным ГК составили — 398 (19,7%) чел. (мужчины — 149 (7,4%) чел., женщины — 249 (12,3%) чел.) В году среди всех больных обращались: 1 вызов — 372 (18,4%) чел. (мужчины — 142 (7%) чел., женщины — 230 (11,4%) чел.); 2-5 вызовов — 26 (1,3%) чел. (мужчины — 7 (0,4%) чел.; женщины — 19 (0,9%) чел.).

Таким образом, большинство больных составили женщины и пациенты, которые обращались за медицинской помощью один раз в году.

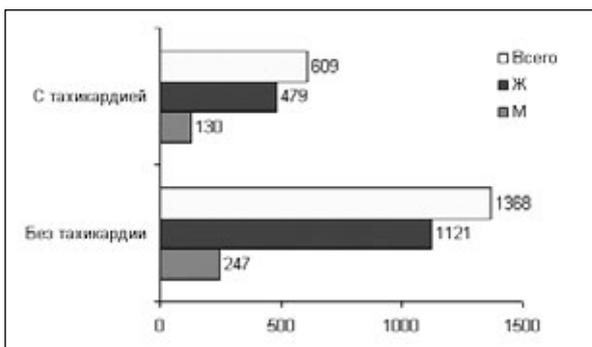


Рис. 3. Показатели о количестве вызовов с неосложненным гипертоническим кризом за год

За 2008 год рассматривалось 2 499 случаев с гипертоническим кризом, что составляет 2% от общего количества вызовов, поступивших на ССМП и 16,7% от артериальной гипертензии.

Вызовы распределились следующим образом:

1. Неосложненный ГК — 1 977 (79,1%) чел., из них: без тахикардии — 1 368 (54,7%) чел. (мужчины — 247 (9,9%) чел., женщины — 1 121 (44,8%) чел.); с тахикардией — 609 (24,4%) чел. (мужчины — 130 (5,2%) чел., женщины — 479 (19,2%) чел. (рис. 3).

2. Осложненный ГК — 522 (20,9%) чел., из них: ОНМК — 241 (9,7%) чел. (мужчины — 93 (3,7%) чел., женщины — 148 (6%) чел., ОИМ/ОКС — 180 (7,1%) чел. (мужчины — 56 (2,2%) чел., женщины — 124 (4,9%) чел.; сердечная астма и отек легких — 88 (3,5%) чел. (мужчины — 32 (1,3%) чел., женщины — 56 (2,2%) чел., острая гипертензивная энцефалопатия — 12 (0,5%) чел. (мужчины — 4 (0,2%) чел., женщины — 8 (0,3%) чел); субарахноидальное кровоизлияние — 1 (0,1%) чел. (женщины — 1 (0,1%) чел.) (рис. 5).

На рис.4 показано, что количество вызовов к женщинам было больше (как и больных), что составило — 1 937 (77,5%) чел. (неосложненный ГК — 1 600 (64%) чел., осложненный ГК — 337 (13,5%) чел. Мужчины вызвали — 522

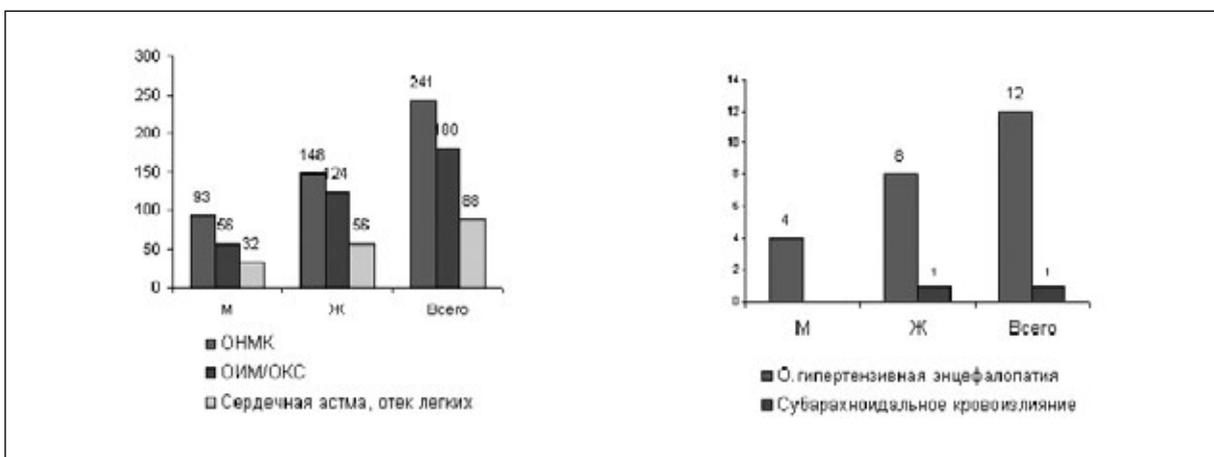


Рис. 4. Показатели о количестве вызовов с осложненным гипертоническим кризом за год

Таблица 2

**Показатели количества больных и вызовов
с неосложненным и осложненным гипертоническим кризом за 2008 год**

Показатели	Неосложненный ГК		Осложненный		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Всего больных	1619	80,3	398	19,7	2017	100,0
Кол-во больных с неосложненным и осложненным ГК					62	3,1
Общее кол-во вызовов	1977	79,1	522	20,9	2499	100,0
Кол-во вызовов с неосложненным и осложненным ГК, из них	109	4,4	70	2,8	179	7,2
- мужчины	20	0,8	17	0,7	37	1,5
- женщины	89	3,6	53	2,1	142	5,7

(22,5%) чел. (неосложненный ГК — 377 (15,1%) чел.; осложненный ГК — 185 (7,4%) чел.

У 62 (3,1%) больных (мужчины — 13 (0,7%) чел., женщины — 49 (2,4%) в течение года диагностировали, как неосложненный, так и осложненный ГК и количество вызовов составило — 179 (7,2%) (табл. 2).

С неосложненным ГК было — 109 (4,4%) вызовов (мужчины — 20 (0,8%) чел., женщины — 89 (3,6%) чел.

С осложненным ГК отмечено — 70 (2,8%) вызовов (мужчины — 17 (0,7%) чел., женщины — 53 (2,1%) чел., из них: ОИМ/ОКС — 34 (1,3%) чел.: (мужчины — 6 (0,2%) чел., женщины — 28 (1,1%) чел.; ОНМК — 13 (0,5%) чел. (мужчины — 3 (0,1%) чел., женщины — 10 (0,4%); сердечная астма, отек легких — 23 (0,9%) чел.: (мужчины — 8 (0,3%) чел, женщины — 15 (0,6%) чел.

Таким образом, по-видимому, такая ситуация сложилась из-за того, что больные плохо знают оказание самопомощи при остром повышении АД и отсутствие приверженности больных к лечению.

Местом вызова бригад были: квартира — 2 322 (92,9%) чел.: неосложненный ГК — 1 857 (74,2%) чел., осложненный ГК — 465 (18,7%) чел.; общественное место — 64 (2,5%) чел.: неосложненный ГК — 51 (2%) чел., осложненный ГК — 13 (0,5%) чел., работа — 32 (1,4%) чел.: неосложненный ГК — 21 (0,9%) чел., осложненный ГК — 11 (0,5%) чел.; улица — 30 (1,2%) чел.: неосложненный ГК 17 (0,7%) чел., осложненный ГК — 13 (0,5%) чел., поликлиника — 12 (0,5%) чел.: неосложненный ГК — 6 (0,3%) чел., осложненный — 6 (0,2%) чел.; амбулатория ССМП — 39 (1,5%) чел.: неосложненный ГК — 25 (1%) чел., осложненный ГК — 14 (0,5%) чел.

Таким образом, основное место вызова — квартира. Обращает на себя внимание, что в

поликлинике не оказывалась медицинская помощь в полном объеме больным гипертоническим кризом.

Больных обслуживали бригады: БИТ — 504 (20,2%) чел.: неосложненный ГК — 222 (8,9%) чел., осложненный ГК — 282 (11,4%) чел.; линейная бригада — 1 995 (79,8%) чел.: неосложненный ГК — 1 755 (70,2%) чел., осложненный ГК — 240 (9,5%) чел.

Следовательно, причины несоответствия обслуживания пациентов БИТ (11,4%) и линейными бригадами (9,5%) с осложненным ГК следующие: отсутствие свободной БИТ на момент вызова и/или наличие линейной бригады рядом с адресом.

При первичном обращении диагностировали: у 2499 больных: неосложненный ГК — 1 977 (79,1%) чел., осложненный — 522 (20,9%) чел.

Повторные обращения составили 36 (1,4%) случаев: неосложненный ГК — 23 (0,9%) чел.; осложненный ГК — 13 (0,5%) чел. Врачами отмечены причины такие, как: отказ от госпитализации при первичном осмотре, недостаточная терапия, чрезмерное снижение АД, неправильная тактика (доставка домой из общественного места и/или улицы), лица в алкогольном опьянении.

Существует множество причин, объясняющих недостаточную эффективность лечения артериальной гипертензии. Среди этих причин можно выделить метеозависимость и недостаточную сезонную коррекцию лечения. Поэтому представляет определенный интерес распределение вызовов по месяцам (рис. 5).

На рис. 5 видно, что большинство вызовов было: январь — 229 (9,2%) чел., март — 208 (8,3%) чел., октябрь — 218 (8,6%) чел., ноябрь — 329 (13%) чел., декабрь — 366 (15,1%) чел.

С неосложненными ГК больные обращались за медицинской помощью чаще в марте —

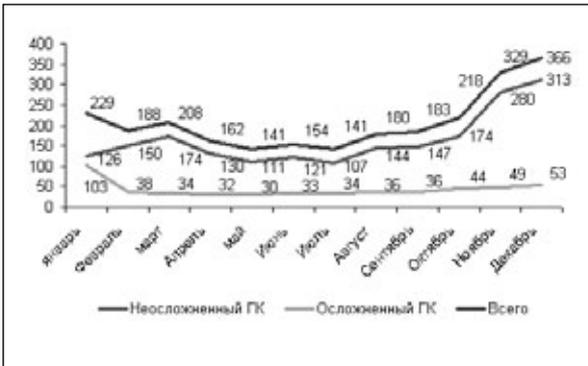


Рис. 5. Показатели количества вызовов с ГК по месяцам за 2008 год

174 (7%) чел.: мужчины — 25 (1%) чел., женщины — 149 (6%) чел.; октябре — 174 (7%) чел.; мужчины — 33 (1,3%) чел., женщины — 141 (5,7%) чел.; ноябре — 280 (11,1%) чел.; мужчины — 61 (2,4%) чел., женщины — 219 (8,7%) чел.; декабре — 313 (12,8%) чел.: мужчины — 63 (2,6%) чел., женщины — 250 (10,2%) чел.

С осложненным ГК в январе месяце обратилось — 103 (4,1%) пациента: мужчины — 30 (1,2%) чел., женщины — 73 (2,9%) чел., а в остальные месяцы года было от 30 до 53 вызовов.

Таким образом, анализируя вызовы к больным с гипертоническим кризом, можно сделать вывод, что в осенне-зимний период ухудшается течение артериальной гипертензии, т. е. чаще ГК. Поэтому гипотензивная терапия должна быть постоянной и контролируемой.

По данным J. Staessen и соавт. сообщается, что появляются характерные только для АГ вечерне-ночной и вечерние варианты суточного ритма (11). В период с 6 до 12 часов утра наблюдается подъем АД, за счет повышения сосудистого тонуса, который совпадает с нейрогуморальными изменениями.

Суточный мониторинг обращаемости населения показал, что медицинскую помощь с гипертоническим кризом оказывали в течение суток неравномерно (рис. 6).

Суточный мониторинг позволяет констатировать, что при неосложненном ГК количество вызовов составило: 8-12 час — 328 (13,2%) чел. — (мужчины — 65 (2,7%) чел., женщины — 261 (10,5% чел.); 16-20 час. — 366 (18,8%) чел. — (мужчины — 102 (4,2%) чел., женщины — 364 (14,6%) чел.; 20-24 час — 526 (20,9%) чел. — (мужчины — 80 (3,2%) чел., женщины — 446 (17,7%) чел.; 0-4 час — 193 (7,7%) чел. — (мужчины — 31 (1,2%) чел., женщины — 162 (6,5%) чел.; 6-12 час —

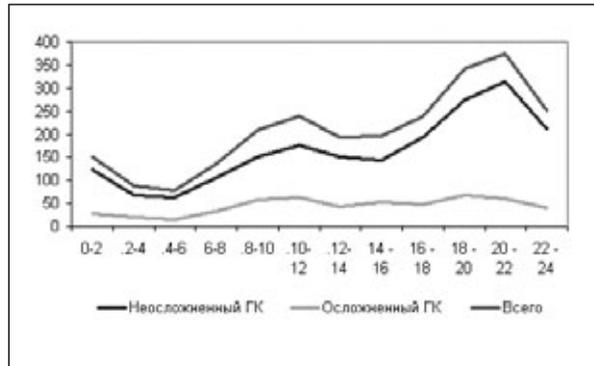


Рис. 6. Показатели количества вызовов по часам за 2008 год

433 (17,4%) чел. — (мужчины — 90 (3,6%) чел., женщины — 343 (13,8%) чел.

При осложненном ГК вызовы распределились таким образом: 8-12 час — 119 (4,7%) чел. — мужчины — 45 (1,8%) чел., женщины — 74 (2,9%); 16-20 час — 106 (4,7%) чел. — мужчины — 43 (1,7%) чел., женщины — 73 (3%) чел.; 20-24 час — 90 (4,1%) чел. — мужчины — 38 (1,6%) чел., женщины — 52 (2,5%) чел.; 0-4 час — 47 (1,8%) чел. — мужчины — 17 (0,6%) чел., женщины — 30 (1,2%) чел.; 6-12 час. — 151 (6%) чел. — (мужчины — 57 (2,3%) чел., женщины — 94 (3,7%) чел. (табл. 7).

Таким образом, в настоящем исследовании выявлено, что в условиях скорой медицинской помощи количество вызовов (больных) совпадает с показателями суточного профиля АД, имеющее патогенетическое значение в поражении органов-мишеней и развитии осложнений АГ, а величина утреннего подъема имеет корреляционную связь с возрастом. Улучшение показателей суточного профиля АД имеет важное значение.

Распространенность артериальной гипертензии увеличивается с возрастом, а гипертонический криз является неблагоприятным течением гипертензии в большей степени. Артериальной гипертензией болеют более половины людей в возрасте от 60 до 69 лет и примерно три четверти лиц старше 70 лет.

По данным NHA NES III, ГНИЦПМ РФ, расчет частота АГ у женщин в возрасте 55-64 лет и составляет 46,5-53%, а в группе старше 65 лет — 68%.

Средний возраст больных составил 66 (от 17 до 94) лет: мужчины — 62,4 лет; женщины — 69,6 лет.

При неосложненном ГК средний возраст — 65,9 лет: мужчины — 62,1 (от 22 до 89 лет); женщины — 69,6 (от 17 до 94) лет.

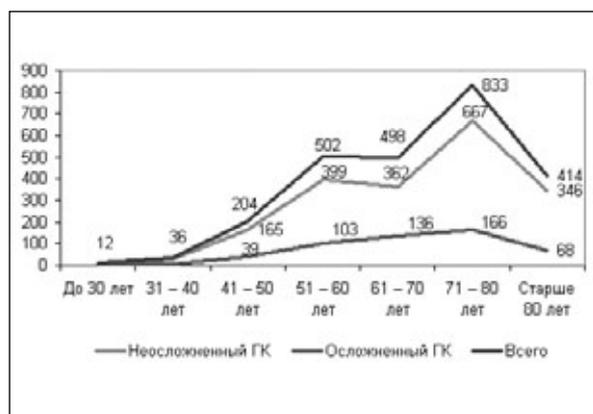


Рис. 7. Показатели вызовов ГК по возрастным группам за 2008 год

При осложненном ГК средний возраст — 66,2 лет: мужчины — 62,9 (от 27 до 85 лет); женщины — 69,5 (от 40 до 91) лет.

По возрастным группам больные, которым оказывалась помощь, распределились следующим образом (рис. 7).

Из рис. 7 видно, что большинство вызовов было в возрастных группах: 51–60 лет — 502 (20,2%) чел.: мужчины — 158 (6,4%) чел.; женщины — 344 (13,8%) чел., 61–70 лет — 498 (20%) чел.: мужчины — 124 (5%) чел., женщины — 374 (15%) чел., 71–80 лет — 833 (33,4%) чел.: мужчины — 117 (4,7%) чел., женщины — 716 (28,7%) чел., старше 80 лет — 414 (16,2%) чел.: мужчины — 59 (2,3%) чел., женщины — 355 (13,9%) чел.

При неосложненном ГК больше вызовов было в возрастных группах: 51–60 лет у мужчин — 117 (4,8%) чел., а у женщин: 51–60 лет — 282 (11,3%) чел., 61–70 лет — 290 (11,6%) чел., 71–80 лет — 595 (23,8%) чел., старше 80 лет — 302 (12%) чел.

При осложненном ГК больше вызовов в возрастной группе: 61–70 лет у мужчин — 52 (2,1%) чел., а у женщин 71–80 лет — 121 (4,9%) чел.

Таким образом, гипертонический криз встречается в любом возрасте (и до 30 лет), но основное количество вызовов наблюдалось в возрастной группе 51–60 лет у мужчин, а у женщин в возрасте от 51 до 80 лет и старше. Наши данные согласуются с данными отечественной и зарубежной литературы.

Тщательное изучение анамнеза позволило выявить жалобы, характерные для неосложненного и/или осложненного гипертонического криза (рис. 8).

Больные неосложненным ГК предъявляли жалобы: церебральные — 4 924 (59,5%) чел.:

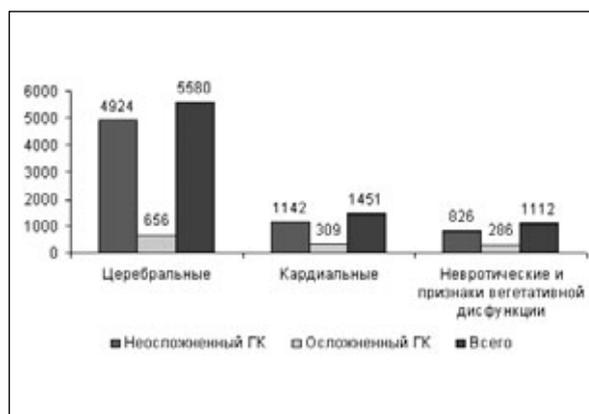


Рис. 8. Жалобы больных гипертоническим кризом за 2008 год

мужчины — 861 (10,1%) чел., женщины — 4 063 (49,4%) чел.; кардиальные — 1 142 (14%) чел.; мужчины — 283 (3,5%) чел., женщины — 859 (10,5%) чел.; невротические и признаки вегетативной дисфункции — 826 (10,2%) чел.: мужчины — 95 (1,2%) чел., женщины — 731 (9%) чел.; урологические — 6 (0,6%) чел.: мужчины — 2 (0,2%) чел., женщины — 4 (0,4%) чел.; прочие — 3 (0,3%) чел.: мужчины — 2 (0,2%) чел., женщины — 1 (0,1%) чел.

Самыми частыми жалобами у пациентов отмечены: головная боль в затылочной области — 1 623 (19,9%), головокружение — 1 376 (16,9%) чел., тошнота — 774 (9,4%) чел., рвота 382 (4,7%) чел., шум в ушах — 68 (0,9%) чел., шум в голове — 116 (1,4%) чел., боли в области сердца — 549 (6,8%) чел., одышка — 178 (2,2%) чел., сердцебиение — 310 (3,8%) чел., ознобоподобный тремор — 558 (6,9%) чел., носовое кровотечение — 50 (0,6%) чел., и другие.

У пациентов осложненным ГК отмечены жалобы: церебральные — 656 (7,9%) чел.; мужчины — 245 (2,9%) чел., женщины — 411 (5%) чел.; кардиальные — 309 (3,8%) чел.; мужчины 95 (1,2%) чел., женщины — 214 (2,6%) чел.; невротические и признаки вегетативной дисфункции — 286 (3,5%) чел.: мужчины — 100 (1,2%) чел., женщины — 186 (2,3%) чел.; прочие: мужчины — 1 (0,1%) чел.

При острых сосудистых поражениях головного мозга (ОНМК) больные предъявляли жалобы: внезапная слабость и/или внезапное онемение руки и/или ноги — 126 (1,7%) чел.; внезапное нарушение речи и/или ее понимания — 123 (1,6%) чел.; острая головная боль, головокружение, сопровождающиеся тошнотой и/или рвотой, без какой-либо видимой причины и/или стресса, физической работы —

Таблица 3

Показатели о заболеваниях в анамнезе у больных ГК за 2008 год

Жалобы	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен		абс	%
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
АГ	136	5,4	470	18,9	54	2,1	59	2,4	190	7,5	529	21,3	719	28,8
АГ + ИБС	77	3,1	389	15,6	62	2,5	130	5,0	139	5,6	519	20,6	658	26,2
АГ+ИБС+СД	16	0,6	126	5,0	9	0,4	34	1,4	25	1,0	160	6,4	185	7,4
АГ+СД							13	0,5			13	0,5	13	0,5
АГ + ОНМК	19	0,8	43	1,7	23	0,9	29	1,2	42	1,7	72	2,9	114	4,6
АГ + ДЭ	83	3,2	513	20,5	21	0,8	59	2,4	104	4,0	572	22,9	676	26,9
АГ + хр. Заболевания легких	12	0,5	25	1,0	1	0,1	4	0,2	13	0,6	29	1,2	42	1,8
АГ + хр. Заболевания почек	6	0,2	19	0,7	2	0,1	5	0,2	8	0,3	24	0,9	32	1,2
ЧМТ	4	0,2	2	0,1					4	0,2	2	0,1	6	0,3
АГ + травма грудной клетки	1	0,1							1	0,1			1	0,1
АГ + ВЛ	1	0,1	1	0,1					1	0,1	1	0,1	2	0,1
АГ + хр. алкоголизм	17	0,7	6	0,2	7	0,3	3	0,1	24	1,0	9	0,3	33	1,3
Анамнез не отягощен	5	0,2	6	0,2	6	0,2	1	0,1	11	0,4	7	0,3	18	0,7
Всего	377	15,1	1160	64,0	185	7,4	337	13,5	562	22,5	1937	77,5	2499	100,0

310 (3,7%) чел.; внезапное онемение губы, языка или половины лица, часто с перекосом лица — 6 (0,3%) чел.; зрительные нарушения — 50 (0,6%) человек.

При сердечно-сосудистых заболеваниях (осложнениях) таких, как ОИМ/ОКС, отек легких и сердечная астма, жалобами больных были: боли и/или тяжесть за грудиной различного характера — 241 (3%) чел.; одышка — 139 (1,7%) чел.; удушье — 90 (1,1%) чел.; сердцебиение и/или «перебои» в сердце — 62 (0,8%) чел.

И так, больные предъявляли по 3–4 жалобы, характерные для гипертонического криза. Кроме того, у пациентов, предъявляющих неопределенные жалобы на: общую слабость, утомляемость, мигрирующие нарушения чувствительности, необходимо активно выявлять очаговую симптоматику (настороженность врача).

По современным представлениям факторы риска — это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода (В.Б. Симоненко, Материалы 1 Национального Конгресса «Кардионеврология») (19).

Исследование показало значимость артериальной гипертензии, как ведущего фонового заболевания при гипертоническом кризе и влияние других приобретенных факторов риска, из которых можно отметить: ИБС, са-

харный диабет, ОНМК, злоупотребление алкоголем (табл. 3).

Из приведенных данных в таблице № 3, обращает на себя внимание статистически значимое преобладание артериальной гипертензии — 2 481 (99,3%) случаев.

При неосложненном ГК в анамнезе АГ была у 1 866 (78,7%) больных: мужчины — 372 (14,9%) чел., женщины — 1 594 чел. (80,6%).

При осложненном ГК артериальная гипертензия встречалась у 515 (20,6%) пациентов: мужчины — 179 (7,2%) чел., женщины — 336 (13,4%) чел.

Из 2 017 больных с ГК в течение года вызывали СМП по поводу артериальной гипертензии, ухудшение течения — 1130 (56%) больных: мужчины — 247 (21,9%) чел., женщины — 883 (78,1%) чел. (рис. 9).

На рис. 9 отражено количество больных АГ, которые вызывали СМП по поводу ухудшения течения заболевания, помимо гипертонического криза: 1 вызов — 441 (39%) чел.: мужчины — 118 (10,4%) чел., женщины — 323 (28,6%) чел.; 2–5 вызовов — 508 (44,9%): мужчины — 100 (8,9%) чел., женщины — 408 (36%) чел.; 6–10 вызовов — 113 (10%) чел.: мужчины — 19 (1,7%) чел., женщины — 94 (8,3%) чел.; более 10 вызовов — 68 (6,1%) чел.: мужчины — 10 (0,9%) чел., женщины — 58 (5,2%) чел., из них: более 20 вызовов — 16 (1,4%) пациентов (от 23 до 77 вызовов в год).

Общее количество вызовов составило — 4 042 с артериальной гипертензией: мужчины — 782 (19,3%) чел., женщины — 3 260 (80,7%) чел.

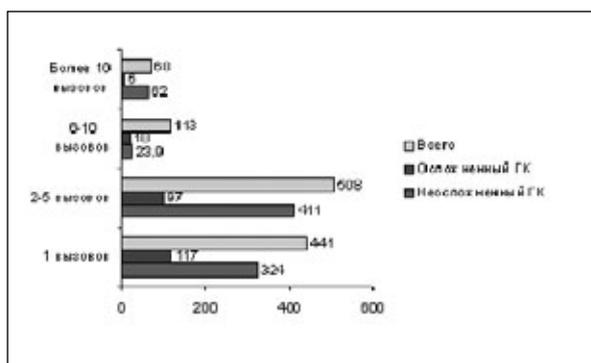


Рис. 9. Показатели о количестве больных и вызовов с АГ за 2008 год

Средний возраст больных — 69,3 года: мужчины — 63,3 года, женщины — 71 год (табл. 4).

Результаты исследования показали, что основная группа — лица пожилого и старческого возраста: 61–70 лет — 213 (18,8%) чел.: мужчины — 43 (3,8%) чел., женщины — 170 (15%) чел.; 71–80 лет — 410 (36,2%) чел.: мужчины — 57 (5%) чел., женщины — 353 (31,2%) чел.; старше 80 лет — 206 (18,2%) чел.: мужчины — 31 (2,7%) чел., женщины — 175 (15,5%) чел.

У пациентов старческого возраста отмечается снижение сердечного выброса, повышение ОПСС, снижение почечного кровотока, снижение активности ренина плазмы за счет нефросклероза.

Э. Хегерти отмечает, что при выборе терапии АГ, в рекомендациях ESH и ESC 2007 г. говорится о дифференцированном подходе, который учитывает возраст, пол, принадлежность к различным этническим группам. В базовую терапию следует включать несколько групп лекарственных препаратов.

Принцип АВСД лечения артериальной гипертензии в амбулаторных условиях не выполнялся, так как статины не принимал ни один пациент. Антиагрегантную терапию применяли только 15 (0,6%) больных: мужчины — 5 (0,2%) чел., женщины — 10 (6,6%) чел., (аспирин — 4 чел., трмбо-АСС — 11 чел.) Регулярную гипотензивную терапию в амбулаторных условиях получали только — 932 (46,2%) пациентов: мужчины — 133 (6,6%) чел., женщины — 799 (39,6%) чел.

В 41,8% (843) случаев лечение было эпизодическим: мужчины — 180 (8,9%) чел., женщины — 663 (32,9%) чел., а 242 (12%) больных лекарственные препараты вообще не принимали: мужчины — 157 (7,8%) чел., женщины — 85 (4,2%) чел.

Следует особо отметить, что один антигипотензивный препарат получали 781 (83,8%) пациент: мужчины — 116 (12,4%) чел., женщины — 665 (71,4%) чел.; два-три препарата — 151 (16,2%) чел.: мужчины — 17 (1,8%) чел., женщины — 134 (14,4%) чел.

Нами проведен анализ антигипотензивной терапии в амбулаторных условиях, который отражен на рис. 10.

Из рис. 10 видно, что при лечении АГ больные применяли в основном пять групп гипотензивных препаратов: диуретики — 210 (10,4%) чел.: мужчины — 48 (2,4%) чел., женщины — 162 (8%) чел.; бета-блокаторы — 327 (16,2%) чел.: мужчины — 84 (4,2%) чел., женщины — 243 (12%) чел.; ингибиторы АПФ — 912 (45,2%) чел.: мужчины — 208 (10,3%) чел., женщины — 704 (34,9%) чел.; антагонисты кальция — 170 (8,4%) чел.: мужчины — 29 (1,4%) чел., женщины — 141 (7%) чел.; блокаторы альфа-адренорецепторов центрального

Таблица 4

Показатели по возрасту больных с АГ за 2008 год

Возраст	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен		абс	%
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
До 30 лет	1	0,1	1	0,1	2	0,2			3	0,3	1	0,1	4	0,4
31-40 лет	6	0,5	8	0,7	2	0,2	1	0,1	8	0,7	9	0,8	17	1,5
41-50 лет	19	1,7	38	3,4	12	1,1	3	0,3	31	2,8	41	3,7	72	6,5
51-60 лет	55	4,9	110	9,7	19	1,7	24	2,1	74	6,6	134	11,8	208	18,4
61-70 лет	26	2,3	128	11,3	17	1,5	42	3,7	43	3,8	170	15,0	213	18,8
71-80 лет	35	3,1	295	26,1	22	1,9	58	5,1	57	5,0	353	31,2	410	36,2
Старше 80 лет	23	2,0	147	13,0	8	0,7	28	2,5	31	2,7	175	15,5	206	18,2
Всего	165	14,6	727	64,3	82	7,3	156	13,8	247	21,9	883	78,1	1130	100,0

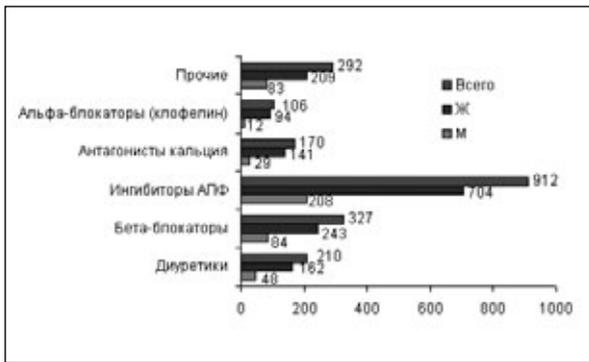


Рис. 10. Антигипертензивная терапия и прочие лекарственные препараты в амбулаторных условиях в 2008 году (из анамнеза)

действия (клофелин) — 106 (5,3%) чел.: мужчины — 12 (0,6%) чел., женщины — 94 (4,7%) чел.; прочие — 292 (14,5%) чел.: мужчины — 83 (4,1%) чел., женщины — 209 (10,4%) человек.

Пациенты принимали 64 наименований лекарственных препаратов, из них: в большинстве случаев отмечены: гипотиазид — 3,5%; индапамид — 4%; эгилок — 10,4%, локрен — 2,2%, эналаприл — 26,2%; диротон — 3,7%; нолипрел — 3,6%; моноприл — 4,6%; престариум — 4%; кордафлекс — 4,5%; клофелин — 5,3%.

Таким образом, по данным анамнеза 99,3% больных страдали АГ, но гипотензивную терапию получали только 46,2%, причем один препарат принимали 83,8% пациентов, что недопустимо в лечении артериальной гипертензии.

Из других приобретенных ассоциированных состояний следует отметить: ИБС — 826 (32,9%) чел.: мужчины — 155 (6,2%) чел., женщины — 671 (26,7%) чел.; СД — 198 (7,9%) чел.: мужчины — 25 (1%) чел., женщины — 173 (6,9%) чел.; ОНМК — 114 (4,6%) чел.: мужчины — 42 (1,7%) чел., женщины — 72 (2,9%) чел.; ДЭ — 676 (26,9%) чел.: мужчины — 104 (4%) чел., женщины — 572 (22,9%) чел.; хронические заболевания почек — 32 (1,2%) чел.: мужчины — 8 (0,3%) чел., женщины — 24 (0,9%) чел.; ожирение — 24,5% (мужчины — 4,2%, женщины — 20,3%).

Из анамнеза известно, что хронический алкоголизм у 33 (1,3%) пациентов: мужчины — 24 (1%) чел., женщины — 9 (0,3%) чел.

Обращает на себя внимание, что 69 (2,8%) больных с гипертоническим кризом находились в алкогольном опьянении: неосложненным — 53 (2,1%) чел.: мужчины — 43 (1,7%) чел., женщины — 10 (0,4%) чел.; осложненным — 16 (0,7%) чел.: мужчины —

14 (0,6%) чел., женщины — 2 (0,1%) чел. Алкогольиндуцированные ГК — нередкое явление, так как резкое повышение АД возможно как в период опьянения, так и в фазу абстиненции. Кроме того, необходимо отметить, что у 18 (0,7%) пациентов анамнез неотягощен. Это были молодые люди в возрасте до 30 лет.

Таким образом, в настоящем исследовании выявлено, что АГ является основным фактором риска ГК, но и другие ассоциированные проявления имеют немаловажное значение. Следует отметить, у больных отсутствует приверженность к лечению и врачи ССМП должны акцентировать внимание на необходимость регулярного и постоянного приема лекарственных препаратов. Если вспомнить слова М. Сервантеса, который сказал: «И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять».

Исследование СПАД показало, что максимальные величины АД регистрируются днем в интервале от 16 до 20 час., а минимальное — ночью во время сна от 0 до 4 часов, после чего наблюдается резкий скачок АД и к 6:00 ч оно достигает дневного уровня.

Артериальному давлению, как и всем физиологическим параметрам организма свойственны колебания, особенно в утренние часы, так как отмечается физиологическая активация симпто-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, рост симпатической и снижение парасимпатической активности.

К. Kario и соавт. выявили, что у больных с высокими утренними подъемами АД, достоверно чаще развивается церебральный инсульт.

По нашим данным, с 8:00 до 12:00 час. количество ишемических инсультов составило 25,5% от всех мозговых катастроф (8).

Мониторирование АД с учетом суточного профиля позволяет констатировать, что максимальные значения уровня АД до лечения при неосложненном и осложненном ГК имели: САД — 300 мм рт.ст., ДАД — 160 мм рт.ст., после терапии: САД — 240 мм рт.ст., ДАД — 140 мм рт.ст.

Средние значения систолического и диастолического АД определяли, как среднее арифметическое за день, ночь и по определенным часам.

Среднеарифметические значения АД до лечения составили: САД — 226,3 мм рт.ст.

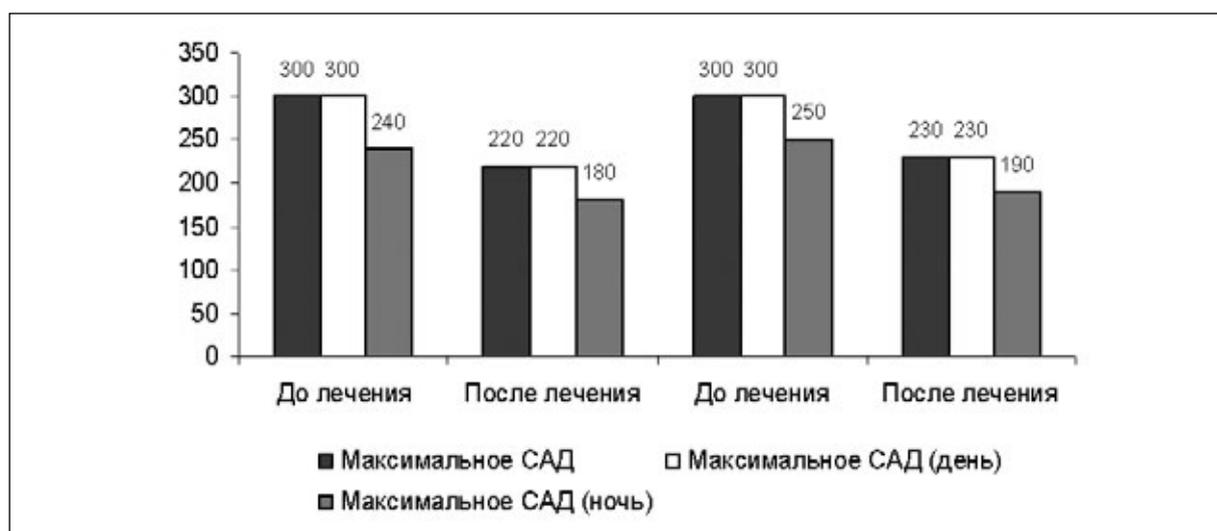


Рис. 11. Динамика показателей максимальных значений САД и больных ГК

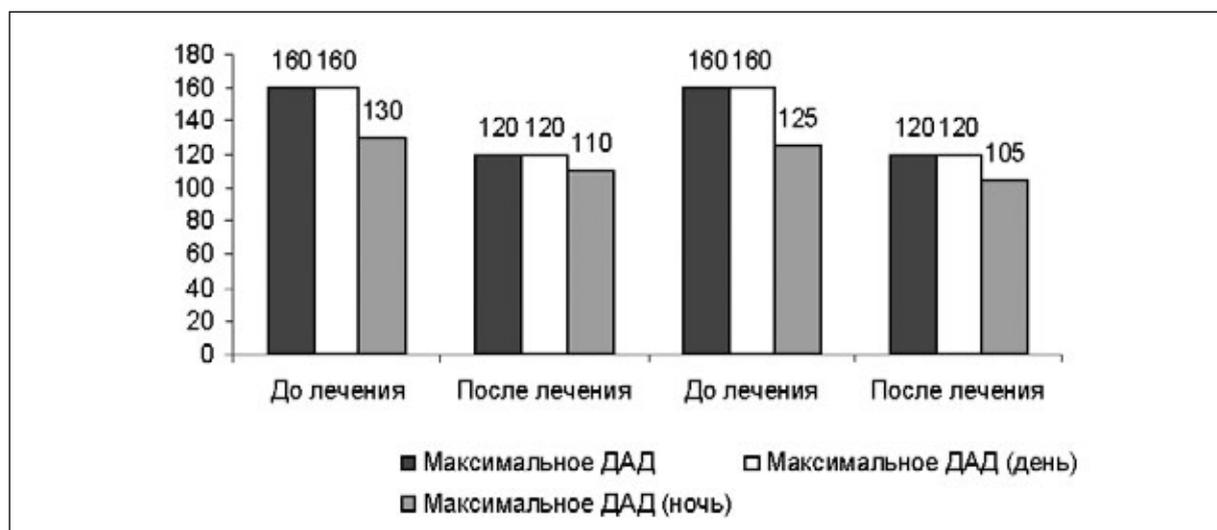


Рис. 12. Динамика показателей максимальных значений ДАД у больных ГК

(мужчины — 221,4 мм рт.ст., женщины — 227,7 мм рт.ст.); ДАД — 137,8 мм рт.ст. (мужчины - 127,5 мм рт.ст., женщины — 143,8 мм рт.ст.)

Изменения показателей центральной гемодинамики после медикаментозной терапии характеризовались снижением САД на 25% (до 169,6 мм рт.ст.); ДАД на 33,3% (до 91,9 мм рт.ст.) (рис. 11).

Из приведенных данных (табл. 5) обращает на себя внимание, что средние значения до лечения САД выше у женщин, чем у мужчин. У женщин 227,7 мм рт.ст., а у мужчин, соответственно 221,4 мм рт.ст.

После терапии САД отличается незначительно, как у мужчин, так и у женщин (мужчины — 171,3 мм рт.ст., женщины — 169,6 мм рт.ст.).

Средние значения ДАД до лечения достоверно выше у женщин (143,8 мм рт.ст.), чем у мужчин (127,5 мм рт.ст.), а после медикаментозного лечения незначительно выше у мужчин (95,3 мм рт.ст.), в сравнении с женщинами (90,9 мм рт.ст.).

При неосложненном ГК исходные средние значения уровня САД — 223,1 мм рт.ст. (мужчины — 218,2 мм рт.ст., женщины — 228,0 мм рт.ст.); после лечения — 167,8 мм рт.ст. (мужчины — 168,5 мм рт.ст., женщины — 167,1 мм рт.ст.).

Средние значения ДАД до лечения — 135,9 мм рт.ст. (мужчины — 127,3 мм рт.ст., женщины — 144,6 мм рт.ст.), после терапии — 91,2 мм рт.ст. (мужчины — 92,8 мм рт.ст., женщины — 89,6 мм рт.ст.).

Таблица 5

Среднеарифметические значения артериального давления и ЧСС при ГК за 2008 год

Возраст	Неосложненный ГК		Осложненный ГК		Средние		Средние значения
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	
САД до лечения	218,2	228,0	227,9	226,6	221,4	227,7	226,3
САД после лечения	168,5	167,1	176,9	178,6	171,3	169,6	169,6
ДАД до лечения	127,3	144,6	127,9	122,6	127,5	143,8	137,8
ДАД после лечения	92,8	89,6	100,4	97,2	95,3	90,9	91,9
ЧСС до лечения	82,9	80,4	91,7	91,8	85,8	82,4	83,1
ЧСС после лечения	76,0	73,5	83,4	82,5	78,4	75,0	75,8

При осложненном ГК исходные средние значения уровня АД составили: САД — 227,3 мм рт.ст. (мужчины — 227,9 мм рт.ст., женщины — 222,6 мм рт.ст.); ДАД — 125,2 мм рт.ст. (мужчины — 127,9 мм рт.ст., женщины — 122,6 мм рт.ст.).

После медикаментозной терапии: САД — 177,7 мм рт.ст. (мужчины — 176,9 мм рт.ст., женщины — 178,6 мм рт.ст.); ДАД — 98,8 мм рт.ст. (мужчины — 100,4 мм рт.ст., женщины — 97,2 мм рт.ст.).

Таким образом, нами выявлено, что при неосложненном ГК, как систолическое, так и диастолическое АД исходно у женщин имели более высокие значения, чем у мужчин; при осложненном ГК исходные уровни САД имели одинаковые значения, а ДАД у мужчин было более высокое, а после терапии значения АД у мужчин и женщин имели одинаковые значения.

В настоящее время данные литературы и клинических исследований подтверждают, что частота сердечных сокращений (ЧСС) влияет на продолжительность жизни человека и ЧСС более 80 ударов в 1 минуту требует медикаментозной коррекции. Возрастание ЧСС на 20 уд/мин при равных факторах риска приводит к повышению риска смерти на 50%. Особо следует отметить, что целевыми цифрами ЧСС в покое у больных с ИБС является 55–60 уд/мин.

Исследование показало, что средняя ЧСС до лечения 83,1 уд/мин (от 40 до 200 уд/мин), а после терапии — 75,8 уд/мин (от 40 до 160 уд/мин) (табл. 5).

При неосложненном ГК средняя исходная ЧСС: мужчины — 82,9 уд/мин (от 40 до 140 уд/мин), женщины — 80,4 уд/мин (от 40 до 160 уд/мин).

После проведенной терапии ЧСС стала: мужчины — 76 (от 40 до 140), женщины — 73,5 (от 40 до 160) ударов в 1 минуту.

В ходе исследования выявлено, что синусовая тахикардия наблюдалась у 443 (12,5%) больных: мужчины — 88 (2,5%) чел., женщины — 355 (10%) чел.; тахисистолическая форма мерцания предсердий — 129 (3,7%) чел.: мужчины — 25 (0,7%) чел., женщины — 104 (3%) чел.; брадикардия — 12 (0,3%) чел.: мужчины — 3 (0,1%) чел., женщины — 9 (0,2%) чел.

При осложненном ГК средняя частота сердечных сокращений до лечения: мужчины — 91,7 уд/мин (от 65 до 200 уд/мин), женщины — 91,8 уд/мин (от 54 до 180 уд/мин), а после терапии: мужчины — 83,4 уд/мин (от 50 до 120), женщины — 82,5 (от 54 до 110) ударов в 1 минуту.

При анализе данных установлено, что синусовая тахикардия встречалась у 55 (1,5%) чел.: мужчины — 23 (0,6%) чел., женщины — 32 (0,9%) чел.; тахисистолическая форма мерцания предсердий — 48 (1,3%) чел.: мужчины — 15 (0,4%) чел., женщины — 33 (0,9%) чел., брадикардия у одного мужчины.

Таким образом, острый (внезапный) подъем артериального давления, влияет на ЧСС, но при осложненном ГК частота сердечных сокращений больше, чем при неосложненном ГК, хотя патогенетические механизмы развития ГК одинаковы, но клинические проявления разные и это влияет на ЧСС.

Тщательно собранный анамнез обеспечивает выявление факторов риска, ассоциированных заболеваний, длительности существования АГ и тем самым наличие гипертонического криза.

К трудностям диагностики в условиях скорой медицинской помощи, можно отнести: степень дефицита времени, отсутствие диагностической аппаратуры (невозможность методов нейровизуализации и экспресс-диагностики), вызовы в общественные места и на улицу, пациенты с деменцией, лица в алкогольном опьянении.

Таблица 6

Показатели объективного обследования больных ГК

Синдромы	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Церебральный	27	0,8	105	3,0	40	1,1	62	1,8	67	1,9	167	4,8	234	6,7
Очаговый неврологический	8	0,4	5	0,2	192	5,5	257	7,1	200	5,9	262	7,3	462	13,2
Кардиальный, из них:	261	7,1	1235	32,7	223	6,3	443	12,5	484	13,4	1678	45,2	2162	58,6
- с ишемическими признаками					56	1,6	124	3,5	56	1,6	124	3,5	180	5,1
- с аритмическими признаками	137	3,6	651	16,2	42	1,2	68	1,9	179	4,8	719	18,1	898	24,8
- с явными признаками левожелудочковой недостаточности					32	0,9	56	1,6	32	0,9	56	1,6	88	2,5
- с болями в области сердца и/или за грудной	111	3,1	554	15,7	76	2,1	165	4,7	187	5,2	719	20,4	906	25,6
- прочие	13	0,4	30	0,8	17	0,5	30	0,8	30	0,9	60	1,6	90	2,5
С признаками нарушения функции почек	2	0,1	6	0,2					2	0,1	6	0,2	8	0,3
Вегетативный	64	1,8	278	7,9	89	2,5	232	6,6	153	4,3	510	14,5	663	18,8
Прочие	2	0,1	1	0,1	3	0,1	2	0,1	5	0,2	3	0,2	8	0,4
Всего	364	10,3	1630	46,1	547	15,5	996	28,1	911	25,8	2626	74,2	3537	100,0

Установление точного диагноза требует от врача проведения всестороннего клинического обследования больного и выявления типичной симптоматики (табл. 6).

В табл. 6 отражено, что у больных ГК выявлены синдромы: цереброваскулярный — 234 (6,7%) чел.: неосложненный ГК — 132 (3,8%) чел. (мужчины — 27 (0,8%) чел., женщины — 105 (3%) чел.); осложненный ГК — 102 (2,9%) чел. (мужчины — 40 (1,1%) чел., женщины — 62 (1,8%) чел.); неврологический — 462 (13,2%) чел.: неосложненный ГК — 13 (0,6%) чел. (мужчины — 8 (0,4%) чел., женщины — 5 (0,2%) чел.); осложненный ГК — 449 (12,6%) чел. (мужчины — 192 (5,5%) чел., женщины — 257 (7,1%); вегетативный — 663 (18,8%) чел.: неосложненный ГК — 342 (9,7%) чел.: мужчины — 64 (1,8%) чел., женщины — 278 (7,9%) чел.; осложненный ГК — 321 (9,1%) чел. (мужчины — 89 (2,5%) чел., женщины — 232 (6,6%) чел.); урологический — 8 (0,3%) чел.; неосложненный ГК — 8 (0,3%) чел. (мужчины — 2 (0,1%) чел., женщины — 6 (0,2%) чел.); кардиальный — 2162 (58,6%) чел.: неосложненный ГК — 1496 (39,6%) чел. (мужчины — 261 (7,1%) чел.; женщины — 1235 (32,7%); осложненный ГК — 666 (18,8%) чел. (мужчины — 223 (6,3%) чел., женщины — 443 (12,5%) чел.)

Кардиальная симптоматика ГК характеризовалась признаками: ишемическими при осложненном ГК — 180 (5,1%) чел. (мужчины —

56 (1,6%) чел., женщины — 124 (3,5%) чел.); аритмическими — 898 (24,8%) чел.: неосложненный ГК — 788 (19,8%) чел. (мужчины — 137 (3,6%) чел., женщины — 651 (16,2%) чел.); осложненный ГК — 110 (3,1%) чел. (мужчины — 42 (1,2%) чел., женщины — 68 (1,9%) чел.); левожелудочковой недостаточности — 88 (2,5%) чел.: при осложненном ГК (мужчины — 32 (0,9%) чел., женщины — 56 (1,6%) чел.); болями в области сердца и/или за грудной — 906 (25,6%) чел.: неосложненный ГК — 665 (18,8%) чел. (мужчины — 111 (3,1%) чел., женщины — 554 (15,7%) чел.); осложненный ГК — 241 (6,8%) чел. (мужчины — 76 (2,1%) чел., женщины — 165 (4,7%) чел.).

Кардионеврологию можно определить как интегративное направление в медицине, основной целью которого является исследование сердца при различных формах сосудистых поражений головного мозга и исследование мозга при заболеваниях сердца, нарушениях центральной гемодинамики и кардиохирургических операциях (19). — З.А. Суслина, 2008.

Наиболее частыми симптомами при неосложненном ГК были: возбуждение — 108 (3,1%) чел. (мужчины — 20 (0,6%) чел., женщины — 88 (2,5%) чел.); гиперемия кожных покровов — 149 (4,2%) чел. (мужчины — 32 (0,9%) чел., женщины — 117 (3,3%) чел.); бледность кожных покровов — 117 (3,3%) чел. (мужчины — 20 (0,6%) чел., женщины —

97 (2,7%) чел.); тахикардия — 444 (12,5%) чел. (мужчины — 88 (2,5%) чел., женщины — 355 (10%) чел.); тахикардия — 129 (3,6%) чел. (мужчины — 25 (0,7%) чел., женщины — 104 (2,9%) чел.); носовое кровотечение — 33 (1%) чел. (мужчины — 9 (0,3%) чел., женщины — 24 (0,7%) чел.) и др.

При осложненном ГК симптоматика характеризовалась в зависимости от клинических проявлений и связана с опасностью возникновения быстро прогрессирующих церебральных, кардиальных и почечных функциональных нарушений.

Клиническая симптоматика ОНМК, в основном, зависит: как быстро развивается ОНМК и локализации, а так же размеров очага. Ключевым признаком, позволяющим диагностировать инсульт, является неврологический дефицит, связанный с выпадением функции участка мозга.

В нашем исследовании неврологические расстройства осложненного ГК отмечены: гемипарез — 144 (4,1%) чел. (мужчины — 62 (1,8%) чел., женщины — 82 (2,3%) чел.); гемиплегия — 14 (0,4%) чел. (мужчины — 6 (0,2%) чел., женщины — 8 (0,2%) чел.); дизартрия — 100 (2,8%) чел. (мужчины — 41 (1,2%) чел., женщины — 58 (1,6%) чел.); девиация языка — 39 (1,1%) чел. (мужчины — 14 (0,4%) чел., женщины — 25 (0,7%) чел.); моторная афазия — 18 (0,5%) чел. (мужчины — 8 (0,2%) чел., женщины — 10 (0,3%) чел.); сглаженность носогубного треугольника с «перекосом» лица — 97 (2,7%) чел. (мужчины — 43 (1,2%) чел., женщины — 54 (1,5%) чел.); мозговая кома — 37 (1%) чел. (мужчины — 11 (0,3%) чел., женщины — 26 (0,7%) чел.) и др.

На фоне гипертонического криза постнагрузка усугубляет миокардиальную ишемию у больных ИБС (ОИМ/ОКС, отек легких и сердечная астма). Клиническая картина характеризовалась следующими симптомами: тахикардия — 55 (1,6%) чел. (мужчины — 23 (0,7%) чел., женщины — 32 (0,9%) чел.); тахисистолическая форма мерцания предсердий — 52 (1,5%) чел. (мужчины — 17 (0,6%) чел., женщины — 35 (0,9%) чел.); гипергидроз — 75 (2,1%) чел. (мужчины — 31 (0,9%) чел., женщины — 44 (1,2%) чел.); акроцианоз — 40 (1,2%) чел. (мужчины — 13 (0,4%) чел., женщины — 27 (0,8%) чел.); ортопноэ — 11 (0,3%) чел. (мужчины — 7 (0,2%) чел., женщины — 4 (0,1%) чел.); отеки нижних конечностей — 47 (1,3%) чел. (мужчины — 17 (0,5%) чел., женщины — 30 (0,8%) чел.); влажные хрипы

над легкими — 70 (2%) чел. (мужчины — 29 (0,8%) чел., женщины — 41 (1,2%) чел.) и др.

Диагностическая ценность ЭКГ — критериев при ОИМ/ОКС не вызывает сомнений. В проведенном исследовании ЭКГ сделана 2 192 (87,7%) больным: неосложненный ГК — 1 682 (67,3%) чел. (мужчины — 334 (13,4%) чел., женщины — 1348 (53,8%) чел.); осложненный ГК — 510 (20,4%) чел. (мужчины — 180 (7,2%) чел., женщины — 330 (13,2%) чел.)

Глюкозометрия проведена у 348 (14%) пациентов: неосложненный ГК — 120 (4,8%) чел. (мужчины — 27 (1,1%) чел., женщины — 93 (3,6%) чел.); осложненный ГК — 228 (9,2%) чел. (мужчины — 89 (3,6%) чел., женщины — 139 (5,6%) чел.) Этот метод исследования помогает дифференцировать коматозные состояния (гипо- и/или гипергликемические, алкогольные и др.).

Таким образом, возникает много вопросов по клинической интерпритации полученных данных и подходам к диагностике ГК. При ГК всегда имеется нарушение церебрального, коронарного, почечного, а иногда и абдоминального кровотока, который определяет клинику, а в конечном итоге и исход.

Заболеваний, при которых встречается повышенное АД очень много. Учитывая вышеизложенное: анамнез, жалобы, объективные и дополнительные методы исследования, врачами ССМП поставлен диагноз ГК, учитывая основное заболевание и клинические проявления.

Полученные данные, представленные в табл. 7 свидетельствуют, что все пациенты имели сопутствующую патологию.

При неосложненном ГК, из фоновых заболеваний, артериальная гипертензия встречалась у 623 (24,7%) чел. (мужчины — 152 (6%) чел., женщины — 471 (18,7%) чел.); сочетание: АГ, ИБС — 466 (18,7%) чел. (мужчины — 76 (3,1%) чел., женщины — 390 (15,6%) чел.); АГ, ДЭ — 678 (27,2%) чел. (мужчины — 92 (3,7%) чел., женщины — 586 (23,5%) чел.); АГ, СД — 110 (4,4%) чел. (мужчины — 12 (0,5%) чел., женщины — 98 (3,9%) чел.); АГ, хронические заболевания почек — 25 (1%) чел. (мужчины — 7 (0,3%) чел., женщины — 18 (0,7%) чел.); хронический алкоголизм — 25 (1%) чел. (мужчины — 19 (0,7%) чел., женщины — 6 (0,3%) чел.); АГ, хронические заболевания легких — 35 (1,4%) чел. (мужчины — 10 (0,4%) чел., женщины — 25 (1%) чел.) и др.

В исследовании установлены неотложные клинические проявления осложненного ГК,

Таблица 7

Показатели по диагнозам врачей ССМП

Диагноз	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
АГ + ГК	152	6,0	471	18,7					152	6,0	471	18,7	623	24,7
АГ + ИБС + ГК	76	3,1	390	15,6					76	3,1	390	15,6	466	18,7
АГ + ДЭ + ГК	92	3,7	586	23,5					92	3,7	586	23,5	678	27,2
АГ + СД + ГК	12	0,5	98	3,9					12	0,5	98	3,9	110	4,4
АГ + хр. заболевания почек + ГК	7	0,3	18	0,7					7	0,3	18	0,7	25	1,0
АГ + хр. заболевания легких + АГ	1	0,4	25	1,0					10	0,4	25	1,0	35	1,4
АГ+ОНМК+ГК					81	3,2	127	5,0	81	3,2	127	5,0	208	8,2
АГ+ОИМ+АГ					16	0,6	30	1,2	16	0,6	30	1,2	46	1,8
АГ+ прогрессирующая стенокардия + ГК					37	1,5	93	3,7	37	1,5	93	3,7	130	5,2
АГ+ОГЭ+ГК					4	0,2	8	0,3	4	0,2	8	0,3	12	0,5
АГ+ОЛ/СА +ГК					33	1,3	58	2,3	33	1,3	58	2,3	91	3,6
АГ+хронический алкоголизм+ОНМК+ГК					7	0,3	3	0,2	7	0,3	3	0,2	10	0,5
АГ+СД+ОИМ+ГК							8	0,3			8	0,3	8	0,3
АГ+ИБС+ОНМК+ГК					7	0,3	8	0,3	7	0,3	8	0,3	15	0,6
АГ+САК+ГК							1	0,1			1	0,1	1	0,1
ВЛ+АГ+ГК	2	0,1	1	0,1					2	0,1	1	0,1	3	0,2
Травм+ АГ+ГК	2	0,1	1	0,1					2	0,1	1	0,1	3	0,2
ЗМНТ+АГ+ГК	5	0,2	5	0,2					5	0,2	5	0,2	10	0,4
Хронический алкоголизм+АГ+ГК	19	0,7	5	0,2			1	0,1	19	0,7	6	0,3	25	1,0
Всего	377	15,1	1600	64,0	185	7,4	337	13,5	562	22,5	1937	77,5	2499	100,0

ими были: цереброваскулярные — ОНМК — 241 (9,6%) чел. (мужчины — 95 (3,8%) чел., женщины — 146 (5,8%) чел.); острая гипертензивная энцефалопатия — 12 (0,5% чел. (мужчины — 4 (0,2%) чел., женщины — 8 (0,3%) чел.); субарахноидальное кровоизлияние у одной женщины; кардиальные — ОИМ/ОКС — 176 (7%) чел. (мужчины — 53 (2,1%) чел., женщины — 123 (4,9%) чел.); острая левожелудочковая недостаточность (ОЛ, СА) — 91 (3,6%) чел. (мужчины — 33 (1,3% чел., женщины — 58 (2,3%) чел.)

Осложненному ГК сопутствовали: СД у восьми женщин (0,3%), хронический алкоголизм — 10 (0,5%) чел. (мужчины — 7 (0,3%) чел., женщины — 3 (0,2%) чел.).

Начальная цель лечения гипертонических кризов требует немедленного проведения лечебных мероприятий и состоит в снижении артериального давления не более чем на 15–20% от обычных значений. При проведении антигипертензивной терапии надо учитывать, что у 40% больных с артериальной гипертензией нарушена ауторегуляция и при лечении больных с ГК следует оценить как риск, так и вероятность развития осложнений при активном лечении. Врач должен быть уверен, что действия основаны на принципах доказательной медицины.

Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи проводилась с учетом разработанных клинических рекомендаций: «Организация и оказание медицинской помощи больным гипертоническим кризом на догоспитальном этапе в условиях скорой и неотложной медицинской помощи» (см. *Рекомендации..., приложение 1*). Клинические рекомендации разработаны в соответствии Европейскими и Национальными рекомендациям и Стандартам..., на основании современной литературы и клинических исследований, с учетом требований местных органов здравоохранения и экономическими возможностями, ориентированные на конкретное больного.

Следует отметить, что лекарственные средства применяли 2 488 (99,6%) пациентам: неосложненный ГК — 1969 (78,8%) чел., осложненный ГК — 519 (20,7%) чел. Одиннадцать (0,4%) больных от предложенного лечения отказались: неосложненный ГК — 8 (0,3%) чел., осложненный ГК — 3 (0,2%) чел. Это были пациенты в алкогольном опьянении и дисциркуляторной энцефалопатией.

При детализации полученных данных, на догоспитальном этапе применяли: диуретики

Таблица 8

Применение лекарственных средств врачами ССМП больным ГК

Показатели	Неосложненный ГК		Осложненный ГК		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Количество больных, которым оказана помощь	1969	78,8	519	20,7	2488	99,6
Диуретики	386	15,5	105	4,2	491	19,7
Бета-адреноблокаторы						
- табл	23	0,9	15	0,6	38	1,5
- в/в	10	0,4	16	0,7	26	1,1
Игибиторы АПФ табл	357	14,4	49	2,0	408	16,4
в/в	70	2,8	16	0,7	86	3,5
Антагонисты кальция						
- табл	401	16,1	64	2,6	465	18,7
- в/в	54	2,2	23	0,9	77	3,1
Альфа-адреноблокаторы центрального действия (клофелин)						
- табл	23	0,9	1	0,1	24	1,0
- в/в	470	18,9	94	3,8	564	22,7
Наркотические анальгетики	1	0,1	112	4,5	113	4,6
Ненаркотические анальгетики	1006	40,4	242	9,8	1248	50,2
Нитроглицерин						
- спрей	251	10,1	190	7,6	441	17,7
- в/в			9	0,4	9	0,4
Нейропротекторы и препараты магния	952	38,3	299	12,0	1251	50,3
Антиагреганты	17	0,7	16	0,6	33	1,3
Тромболитическая терапия			2	0,1	2	0,1
Антикоагулянты	24	1,0	84	3,4	106	4,4
Антиаритмическая терапия	10	0,4	5	0,2	15	0,6
Спазмолитики	158	6,4	10	0,4	168	6,8
Оксигенотерапия	3	0,1	38	1,5	41	1,6
Прочие	1120	45,0	317	12,8	1437	57,8

(19,7%); бета-блокаторы (2,6%); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (19,9%); антагонисты кальция (21,8%); альфа-блокаторы центрального действия (22,8%); наркотические анальгетики (4,6%); ненаркотические анальгетики (50,2%); нитроглицерин (18,1%); нейропротективные препараты и препараты магния (50,3%); антиагреганты (1,3%); антиаритмические препараты (0,6%); спазмолитические средства (6,8%) и другие (табл. 8).

Исследование продемонстрировало, что выбор медикаментозной терапии зависит от типа гипертонического криза, состояния жизненно важных органов, особенностей фармакодинамики препаратов и их побочных эффектов.

Препараты из группы иАПФ рекомендуются применять в первую очередь, потому что их использование помогает ответить, во-первых, участие РААС в патогенезе ГК; во-вторых, блокировать токсические эффекты ангиотензина II на эндотелий.

Медикаментозную терапию неосложненного ГК начинали с короткодействующих пероральных препаратов, так как они обеспечивают постепенное снижение уровня АД в течение нескольких часов. Нами использова-

лись таблетированные лекарственные формы, — и АПФ: каптоприл — 357 (14,4%) чел.; дигидропиридиновые антагонисты кальция группы нифедипина: нифедипин — 401 (16,1%) чел.; бета-адреноблокаторы — 23 (0,9%) чел.; альфа-адреноблокаторы центрального действия (клофелин) — 23 (0,9%) чел.

Из других групп лекарственных средств пациентам назначались инъекционные формы: диуретики (фуросемид) — 386 (15,5%) чел.; бета-адреноблокаторы (беталок) — 10 (0,4%) чел.; иАПФ (эналаприлат) — 70 (2,8%) чел.; антагонисты кальция (верапамил) — 54 (2,2%) чел.; альфа-блокаторы центрального действия (клофелин) — 470 (18,9%) чел.; нейропротекторы и препараты магния — 952 (38,8%) чел.; ненаркотические анальгетики (анальгин, трамал) — 1006 (40,4%) чел.; нитроглицерин (нитроспрей, нитро-минт) — 251 (10,1%) чел.; антикоагулянты (аспирин) — 17 (0,7%) чел. и другие.

Таким образом, для планируемого снижения уровня артериального давления применяли более агрессивную терапию, чем это было необходимо (снижение САД на 25%, а ДАД на 33,3%). Существует множество причин, объясняющих данную ситуацию, из них:

сложившиеся стереотипы в лечении заболеваний; недостаточный учет патофизиологических процессов ГК; настрой пациентов на инъекции, лечение ГК день-ночь, большое количество групп лекарственных препаратов, но надо выбрать, который подходит к данному больному и др.

Лечение осложненного ГК основано на понимании патофизиологических процессов в уязвимых органах, как миокард и головной мозг.

Необходим индивидуальный подход к лечению каждого клинического проявления и конкретного больного.

Методом выбора терапии при осложненном ГК рекомендуется применение парентеральных гипотензивных препаратов. В настоящее время применяется иАПФ-эналаприлат (ЭНАП-Р) у больных с ГК эффективно снижает уровень АД, не вызывая артериальную гипотензию, способствует снижению степени начального повреждения центральной нервной системы и улучшению динамики восстановления после ОНМК, улучшению трудового прогноза, уменьшению летальности к 21 дню госпитализации (8).

Нами проведен анализ медикаментозной терапии при осложненном ГК, каждого клинического проявления.

ГК, осложненный острым коронарным синдромом (ОИМ/ОКС) (180 вызовов).

Болевой синдром, активируя симпатическую нервную систему, повышает уровень АД, ЧСС и сердечный выброс, что в свою очередь приводит к развитию ишемии миокарда.

Адекватное обезболивание остается важной составляющей в лечении ОКС. Наркотические анальгетики (морфин), использовали в 38 (1,5%); ненаркотические анальгетики (анальгин, трамал) — 176 (7,1%) случаев.

Антиагреганты (аспирин) применяли у 16 (0,6%); бета-блокаторы (обзидан, беталок) — 31 (1,3%); нитроглицерин (перлинганит) внутривенно капельно.

ГК, осложненный левожелудочковой недостаточностью (ОЛ, СА) (88 вызовов).

Острая левожелудочковая недостаточность является жизнеугрожающим состоянием, которое требует ранней, комплексной, индивидуальной и патогенетической терапии, поэтому необходим быстрый контроль АД.

Для коррекции и поддержания оптимального уровня АД применяли таблетированные

антигипотензивные лекарственные препараты: катоприл — 21 (0,8%) чел.; нифедипин — 58 (2,3%) чел. Из инъекционных препаратов вводили: клофелин — 70 (2,8%) пациентам.

Для купирования болевого синдрома и приступа одышки (удушья) использовали морфин у 74 (3%) пациентов.

Снижение пред- и постнагрузки добивались нитроглицеринами: нитроглицерин, нитромином — 88 (2,5%) чел. Диуретики (фуросемид) применяли в 88 (2,5%) случаев.

Оксигенотерапию с парами спирта — 38 (1,5%) больных.

ГК, осложненный цереброваскулярной патологией (ОНМК, ОГЭ, САК) (254 вызова).

На фоне высоких цифр АД развивается острая ишемия головного мозга или разрыв мозговых сосудов (геморагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние).

Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе, в основном, направлена на поддержание жизненно важных функций организма. Снижение АД должно строиться с учетом компенсаторных возможностей церебральной гемодинамики и не следует превышать 10–15% от начального уровня.

Антигипотензивную терапию начинали с таблетированных средств: каптоприл, нифедипин, а у 16 (0,7%) больных использовали эналаприлат (ЭНАП-Р).

Применяли нейропротективную терапию и йоны магния: глицин — 77 (3,1%) чел., семакс — 9 (0,4%) чел., сернокислая магнезия — 213 (8,6%) пациентов.

Для купирования судорожного припадка использовался реланиум у 30 (1,2%) больных.

Положительными результатами терапии ГК в условиях скорой медицинской помощи считали: снижение уровня АД, нормализация ЧСС, купирование болевого синдрома и отека легких, улучшение объективной симптоматики и субъективного состояния больных.

При неосложненном ГК улучшение состояния отмечено у 1 918 (76,7%): мужчины — 348 (13,9%), женщины — 1 570 (62,8%) больных. Состояние осталось без изменений у 59 (2,4%): мужчины — 29 (1,2%), женщины — 30 (1,2%) пациентов.

При осложненном ГК состояние улучшилось у 308 (12,4%): мужчины — 96 (3,9%), женщины — 212 (8,5%) пациентов. Без изменений состояние осталось в 214 (8,5%): мужчины — 89 (3,5%); женщины — 125 (5%) случаев.

Таблица 9

Динамика лекарственных препаратов лечения артериальной гипертензии и гипертонических кризов за 3 года

Количество вызовов Лекарственный препарат	Способ применения	2006 г.		2007 г.		2008 г.		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Всего вызовов с АГ и ГК		15250	100,0	15224	100,0	14963	100,0	45437	100,0
Эналаприлат (ЭНАП-Р)	В/в	2	0,1	14	0,1	209	1,4	225	0,5
Клофелин	В/в	1230	8,1	1055	6,9	747	5,0	3032	6,7
Сернистая магния	В/в	3803	24,9	4388	28,8	4510	30,1	12701	28,0
Дибазол	В/в	1373	9,0	1457	9,6	1200	8,0	4030	8,9
Каптоприл	Под язык	202	1,3	94	0,6	1871	12,5	2167	4,8
Нифедипин	Под язык	2137	14,0	2943	19,3	2442	16,3	7522	16,6
Коринфар	Под язык	1646	10,8	1581	10,4	724	4,8	3951	8,7
Фуросемид	В/в	1187	7,8	1279	8,4	1146	7,7	3612	7,9
Папаверин	В/м	3165	20,8	2553	16,8	2228	14,9	7946	17,5
Анальгин	В/в	7752	50,8	7652	50,3	7115	47,6	22519	49,6
Нитроглицерин – спрей (нитроспрей, нитроминт, изокет)	Под язык	1276	8,4	1086	7,2	658	4,4	3020	6,6

Таким образом, основой неотложной медицинской помощи при ГК является минимально достаточное лечение в максимально ранние сроки. При выборе лекарственного препарата для лечения гипертонического криза важно учитывать антигипотензивный эффект, безопасность и влияние на мозговое кровообращение. Не следует «ступенчато» купировать болевой синдром при остром коронарном синдроме.

На догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи используется большое количество лекарственных препаратов в различных формах, но надо выбрать тот, который подходит к данной клинической ситуации.

В настоящее время для лечения артериальной гипертензии, включая неотложные состояния, рекомендованы 7 классов антигипертензивных препаратов.

Мы провели анализ некоторых лекарственных средств за три года, которые применялись для лечения артериальной гипертензии и гипертонических кризов (см. табл. № 9). Какие препараты стали использовать больше, а какие меньше?

В табл. 9 наглядно показана динамика применения лекарственных препаратов при АГ и ГК.

Больше стали использовать: эналаприлат (ЭНАП-Р) с 2 (0,1%) до 209 (1,4%); каптоприл с 202 (1,3%) до 1 871 (12,5%); нифедипин с 2 137 (14%) до 2 442 (16,3%); сернистая магния с 3 803 (24,9%) до 4 510 (30,1%); анальгин с 7 752 (50,8%) до 7 115 (47,6%).

Меньше применяли: клофелин с 1 230 (8,1%) до 747 (5%); дибазол с 1373 (9%) до 1200 (8%); папаверин с 3165 (20,8%) до 2 228 (14,9%); нитроглицерин — спрей с 1 276 (8,4%) до 658 (4,4%).

Таким образом, при лечении артериальной гипертензии и ГК на догоспитальном этапе стали больше использовать таблетированные лекарственные средства и современный инъекционный ИАПФ, а меньше — клофелин, дибазол и папаверин.

Из 2 499 случаев ГК — 1 949 (78,1%) оставлены дома: неосложненный ГК — 1768 (70,8%) чел.: мужчины — 287 (11,5%) чел.; женщины — 1481 (59,3%) чел.; осложненный ГК — 181 (7,3%) чел.: мужчины — 42 (1,7%) чел.; женщины — 139 (5,6%) чел.

В ходе исследования выявлены ряд причин: отказ больного (ой) от госпитализации — 148 (5,9%) чел.: неосложненный ГК — 85 (3,4%) чел. (мужчины — 21 (0,8%) чел., женщины — 64 (2,6%) чел.; осложненный ГК — 63 (2,5%) чел. (мужчины — 18 (0,7%) чел., женщины — 45 (1,8%) чел.; госпитализация не предлагалась (после лечения улучшение) — 1801 (72,2%) чел.: неосложненный ГК — 1643 (67,4%) чел. : мужчины — 266 (10,7%) чел., женщины — 1 417 (56,7%) чел.; осложненный ГК — 118 (4,8%) чел. (мужчины — 24 (1%) чел., женщины — 94 (3,8%) чел.; стационар на дому — 13 (0,5%) — пациенты с осложненным ГК (мужчины — 2 (0,1%) чел., женщины — 11 (0,4%) чел.

В специализированные стационары города по направлениям врачей ССМП доставле-

Таблица 10

Показатели ошибок догоспитального этапа

Показатели	Неосложненный ГК				Осложненный ГК				Всего				Всего	
	муж		жен		муж		жен		муж		жен		абс	%
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
Не соблюдение стандартов	26	1,0	93	3,7	20	0,8	38	1,5	46	1,8	131	5,2	177	7,0
Недостаточное лечение	11	0,4	37	1,5	2	0,1	9	0,4	13	0,5	46	1,9	59	2,4
Чрезмерное снижение АД	41	1,6	85	3,4	5	0,2	14	0,6	46	1,8	99	4,0	145	5,8
Не правильная тактика	3	0,1	10	0,4			4	0,2	3	0,1	14	0,6	17	0,7
Не сделана ЭКГ	43	1,7	252	10,1	5	0,2	7	0,3	48	1,9	259	10,4	307	12,3
Нет глюкозомерии при СД	2	0,1	14	0,6	3	0,1	4	0,2	5	0,2	18	0,8	23	1,0
Нет глюкозомерии при ОНМК					6	0,2	8	0,3	6	0,2	8	0,3	14	0,5
Всего	126	4,9	491	19,7	41	1,6	88	3,5	147	6,5	479	23,2	726	29,7

но 550 (21,9%) больных: неосложненный ГК — 209 (8,3%) чел. (мужчины — 90 (3,6%) чел., женщины 119 (4,7%) чел.; осложненный ГК — 341 (13,6%) чел. (мужчины — 143 (5,7%) чел., женщины — 198 (7,9%) чел.

Показаниями для госпитализации были:

1. Тяжелое течение ГК и/или устойчивость к фармакологическим лекарственным средствам.

2. Выраженные признаки энцефалопатии (ТИА, ОНМК).

3. Отек легких, сердечная астма.

4. ОИМ/ОКС.

5. Повторный подъем АД через короткий промежуток времени.

Таким образом, больным с неосложненным ГК (79,1%) проводилась адекватная терапия, а только 8,3% пациентов доставлены в стационары города. Из 20,9% больных с осложненным ГК, госпитализировано — 13,6% больных.

Повышение и улучшение качества оказания медицинской помощи определяют: выполнение Стандартов..., клинических рекомендаций, показателей качества, либо принципов оказания экстренной медицинской помощи больным, а также анализ ошибок догоспитального этапа (табл. 10).

Анализ ошибок догоспитального этапа в условиях скорой медицинской помощи свидетельствует, что самыми частыми ошибками являются: назначение лекарственных препаратов без достаточных показаний, особенно антигипотензивных; полипрогмазия и использование, так называемых «коктейлей».

В исследовании к лечебным ошибкам мы отнесли: несоблюдение стандартов, недостаточное лечение и чрезмерное снижение артериального давления.

Несоблюдение стандартов отмечено у 177 (7%) больных: неосложненный ГК — 119 (4,7%) чел.; осложненный ГК — 58 (2,3%) чел.

Недостаточное лечение констатировали в 59 (2,4%) случаев: неосложненный ГК — 48 (1,9%) чел., осложненный ГК — 11 (0,5%) чел.

Анализ состояния системной гемодинамики обеспечивает не столько абсолютные величины, сколько сопоставление показателей уровня АД в динамике. Полученные данные свидетельствуют, что чрезмерное снижение артериального давления было у 145 (5,8%) пациентов: неосложненный ГК — 125 (5%) чел.; осложненный ГК — 19 (0,8%) чел.

В ходе исследования выявлены диагностические ошибки, которые проявились неполными дополнительными методами обследования: не сделана ЭКГ — 307 (12,3%) чел.: неосложненный ГК 295 (11,8%) чел.; осложненный ГК — 12 (0,5%) чел., хотя на диагностику ГК на это не повлияло; не проведена: глюкозомерия у больных СД — 23 (1%) чел.: неосложненный ГК — 16 (0,7%) чел.; осложненный ГК — 7 (0,3%); глюкозомерия при ОНМК — неосложненный ГК — 14 (0,5%) больных.

Тактические ошибки заключались в несвоевременной госпитализации больного (ой). Нами отмечено — 17 (0,7%) пациентов: неосложненный ГК — 14 (0,5%) чел.; осложненный ГК — 3 (0,2%) чел., которые были доставлены домой с улицы и/или общественно-го места.

Таким образом, весь комплекс ошибок оказывает негативное влияние на результаты лечения.

Экономические возможности

Экономическая оценка эффективности определенной медицинской программы или метода лечения в целом представляет собой соотношение затрат на их проведение и их

эффективности, включая в себя прямые и непрямые «затраты» (18).

Выполненный нами анализ показал, что средне-годовые затраты на один вызовов составили — 960,97 руб. В эту стоимость вошли прямые и непрямые затраты: стоимость лекарственных средств и оборудования, расходы на транспорт и обслуживающий персонал и др.

В 2008 году выполнено 14 963 вызова с артериальной гипертензией (рис. 1). При анализе карт вызовов (ф. 110/у) следует отметить, что у 1 922 больных отмечен острый подъем артериального давления. Выполненная медикаментозная терапия показала: каптоприл, коринфар под язык — 1 272 (8,5%) чел.; папаверин внутримышечно — 72 (0,5%) чел.; даны рекомендации по приему лекарственных препаратов до участкового врача — 578 (3,9%) пациентам.

Следовательно, 1 922 больных в вызове ССМП не нуждались. Таким образом, экономия = $960,97 \text{ р.} \times 1\,922 = 1 \text{ млн } 846 \text{ тыс. } 984 \text{ руб. } 34 \text{ коп.}$

Выводы

1. Тщательно собранный анамнез обеспечивает получение важной информации о факторах риска, длительности артериальной гипертензии, уровне повышения артериального давления и наличии гипертонического криза.

2. Артериальная гипертензия является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием и одним из важнейших факторов риска гипертонических кризов.

3. В условиях скорой медицинской помощи назначение лекарственных препаратов у больных с гипертоническим кризом осложняется трудностью обследования, наличием большого количества осложнений и принятием быстрого решения.

4. Применяя Стандарты лечения, врачи не должны игнорировать индивидуальные особенности, наличие ассоциированных заболеваний, чувствительность к препаратам, не увлекаться полипрогмазией и чрезмерным снижением артериального давления.

5. Разработанные Клинические рекомендации по организации и оказании медицинской помощи больным ГК на МУЗ ССМП г. Вологды позволяют более качественно и эффективно оказывать медицинскую помощь на догоспитальном этапе.

6. Для качественной диагностики ГК, особенно осложненного, в условиях скорой медицинской помощи, необходима разработка и внедрение в практику диагностической аппаратуры, тест — диагностики по инновационным технологиям, удобным и простым в практической деятельности.

7. Проведение исследований по применению эффективных лекарственных препаратов на догоспитальном этапе, привлекая фундаментальные технологии.

Заключение

Высокая распространенность артериальной гипертензии, которая в общей популяции составляет 15–25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50%, при этом незначительно выраженная клиническая симптоматика, агрессивное воздействие на органы-мишени и плохая, эффективность лечения становится проблемой не только медицинской, но и государственной в плане профилактики осложнений.

При проведении активной антигипертензивной терапии у больных с ГК следует оценить как риск, так и развитие осложнений при лечении. Врач скорой медицинской помощи должен быть уверен, что действия его основаны на принципах доказательной медицины. Кроме того, лечение ГК должно быть основано на понимании патофизиологических процессов при остром повышении артериального давления в наиболее уязвимых органах, таких как головной мозг и миокард.

Проведение 1 национального Конгресса «Кардионеврология» является важным этапом развития относительно новой и весьма интенсивно развивающейся области медицины, находящейся на стыке нескольких взаимосвязанных клинических дисциплин (неврологии, кардиологии, кардиохирургии и др.)». З.А. Суслина (19).

(Материалы 1 Национального конгресса «Кардионеврология»)

Организация и оказание медицинской помощи больным гипертоническим кризом на догоспитальном этапе в условиях скорой и неотложной медицинской помощи

Клинические рекомендации

Подготовил:

Н.М. Невзоров — старший врач МУЗ ССМП г. Вологды

Рецензент:

Г.Т. Банщиков — главный терапевт департамента здравоохранения, д. м. н.

Вологда, 2008 г.

Сокращения

- ГК — гипертонический криз
АД — артериальное давление
САД — систолическое артериальное давление
ОПС — общее периферическое сопротивление
ЧСС — частота сердечных сокращений
ОИМ — острый инфаркт миокарда
ОКС — острый коронарный синдром

Характеристика проблемы

Артериальная гипертензия (АГ) — клиническое состояние человека, при котором систолическое артериальное давление (АД) составляет 140 мм рт.ст. и выше и (или) диастолическое АД 90 мм рт.ст. и выше; при сахарном диабете 130 и (или) 80 мм рт.ст., хронической почечной недостаточности 120 и (или) 80 мм рт.ст., ассоциированных клинических состояниях (ИБС, ЦВБ, атеросклеротические поражения аорты, периферических артериях) — 130/80 мм рт.ст.

Распространенность АГ среди взрослого населения составляет 38–41% и только 8–10% (1/4 всех болеющих АГ) принимают антигипертензивные средства. Это ведет к различным сердечно-сосудистым осложнениям. В том числе к смертельным исходам.

Клиническим вариантом неблагоприятного течения АГ является гипертонический криз (ГК). Во всех случаях при ГК необходимы неотложные и даже срочные лечебные мероприятия по стабилизации АД.

Определение гипертонического криза

Внезапное (острое) повышение АД проявляющееся клинической симптоматикой поражения головного мозга, глаз, сердца, почек, крупных артерий. Наиболее характерными проявлениями являются головная боль, сердцебиение, кардиалгия, нарушение зрения, диуреза, сосудистая ишемия, поражения органов мишеней. Необходимо отметить преходящие изменения в органах «мишенях» после проведения лечебных мероприятий. Несвоевременное или отказ от лечебных мероприятий может привести к опасным для жизни осложнениям и к структурным изменениям в этих органах.

По уровню АД за ГК следует считать повышение систолического АД 180 и более мм рт.ст. и (или) диастолического — 120 и (или) более мм рт.ст. Следует отметить, что АД 140–179/90–119 мм рт.ст. у больного ГБ следует считать ухудшением течения и заболеванием так же может привести к осложнениям со стороны органов «мишеней». Если у больного ГБ по различным причинам постоянно отмечены высокие уровни АД (более 180/120 мм рт.ст.) и при этом отсутствует клиническая картина острого ухудшения состояния, то данное состояние не считается ГК, хотя и требует неотложных мер по снижению АД, стационарному (амбулаторному) обследованию. Эти характеристики не имеют отношения к хронической АГ беременных и требуют другого тактического подхода и рекомендаций.

Причины гипертонического криза

1. Симптоматическая АГ при обострении заболевания.
2. Перерыв в приеме антигипертензивных препаратов.
3. Перерыв при приеме наркотиков, в том числе алкоголя, табака.
4. Психосоциальный стресс.
5. Естественное течение, когда заболевание манифестирует гипертоническим кризом.
6. Метеорологические колебания.

В настоящее время выделяют два вида гипертонического криза:

Неосложненный ГК (в определенной, но неполной степени совпадает с ГК 1 типа по классификации акад. А.Л. Мясникова). Чаще возникает на ранних стадиях заболевания и несмотря на внезапность криза, поражение органов «мишеней» носит функциональный характер, преобладают вегетативные расстройства (симпто-адреналовый, диэнцефальный, эмоциональный криз), достаточно легко купируется антигипертензивными средствами.

Осложненный ГК — характерен для гипертонической болезни 2–3 ст. (ГК 2 типа по классификации акад. А.Л. Мясникова). В этой стадии заболевания отмечаются в большей или меньшей степени органические изменения (ИБС, ЦВБ, нефросклероз, метаболический синдром и т. д.)

Отмечается декомпенсация течения органов «мишеней», ассоциированных заболеваний: энцефалопатия, отек мозга, прогрессирующая стенокардия, пароксизмальные аритмии, левожелудочковая недостаточность, почечная недостаточность, ретинопатия. Важной характеристикой осложненного гипертонического криза является обратимость осложнения без развития нового заболевания.

Тактика оказания медицинской помощи

Для правильного оказания медицинской помощи при гипертоническом кризе необходимо:

1. Оценить тяжесть и остроту клинической ситуации.
2. Определить особенности течения ГК.

3. Наметить значение, до которого необходимо снизить артериальное давление, и время, за которое это нужно сделать.

4. Выбрать основные и вспомогательные средства для гипотензивной терапии и способы их применения.

Минимально допустимое АД определяют исходя из того, что кровообращение головного мозга зависит от перфузионного церебрального давления. Минимальное АД, при котором сохраняется саморегуляция мозгового кровообращения, примерно на 25% ниже привычных значений среднего артериального давления в покое.

Любое снижение артериального давления, сопровождающееся ухудшением неврологического статуса, следует рассматривать как чрезмерное.

Клиническая картина

Жалобы больных при гипертоническом кризе:

Церебральные:

1. Интенсивная головная боль.
2. Головокружение.
3. Тошнота, рвота.
4. Нарушение зрения, преходящая слепота, двоение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами.
5. Развитие очаговой мозговой симптоматики: онемение или снижение болевой чувствительности языка, губ, кожи лица и рук, ощущение ползания мурашек, появления слабости в конечностях.
6. Преходящие гемипарезы (до одних суток), кратковременная афазия.
7. Судороги.

Кардиальные:

1. Боль в области сердца.
2. Сердцебиение.
3. Ощущение перебоев.
4. Одышка.

Невротические и признаки вегетативной дисфункции:

1. Озноб.
2. Чувство страха, раздражительность.
3. Потливость, иногда чувство жара.
4. Жажда.
5. В конце криза — учащенное, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи.

Лечение

Гипертонический криз неосложненный

Снижение АД постепенное на 15–25% от исходного или 160/110 мм рт.ст. в течение 12–24 часов. Применяются пероральные гипотензивные лекарственные средства (начинают с одного препарата). Оценка эффективности и коррекция неотложной терапии проводится спустя время, необходимое для начала наступления гипотензивного эффекта препарата (15–30 мин).

Цель лечения — достичь снижение САД на 25% ниже кризового в течение часа или ДАД менее 120 мм рт.ст или уменьшить его более чем на 20 мм рт.ст.

Варианты течения

1. При ГК с тахикардией:

1.1. Пропранолол — внутрь 10–40 мг, терапевтический эффект развивается через 30–45 мин, продолжительность 6 час. Препарат выбора у молодых с выраженной вегетативной симптоматикой, на фоне злоупотребления алкоголем, при тиреотоксическом кризе.

2. При ГК без тахикардии:

2.1. Каптоприл — под язык 25 мг, терапевтический эффект развивается через 15–60 мин, продолжительность до 12 час. В России препарат не одобрен для применения у лиц до 18 лет. Препарат выбора у пациентов с сердечной недостаточностью, постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом.

2.2. Нифедипин — под язык 10 мг, терапевтический эффект развивается через 5–20 мин, продолжительность 4–6 час. При приеме часто развивается гиперемия лица. Применяется для купирования ГК у беременных, равноэффективен по сравнению с сернокислой магнезией, лабетололом. Препарат выбора у пациентов с вазоренальной АГ, ХОБЛ, облитерирующими заболеваниями артерий.

2.3. Фуросемид — внутрь 20–40–60 мг, терапевтический эффект развивается через 1–2 часа, продолжительность до 1 часа. Возможно применение при застойной сердечной недостаточности в дополнение к другим гипотензивным препаратам.

2.4. ЭНАП-Н внутрь 10 мг.

2.5. Диазепам (реланиум) — 10–20 мг внутрь.

Примечание:

1) Необходимо избегать резкого снижения АД из-за опасности развития ишемии сердца и головного мозга.

2) Лечение неосложненного ГК обычно достигается без госпитализации в стационар.

3) Нифедипин не показан при перенесенных заболеваниях: инсульте, инфаркте миокарда, стенокардии.

Гипертонический криз осложненный

Методом выбора является терапия с применением парентеральных препаратов.

Терапевтические мероприятия

1. Обеспечение кислородом.

2. Венозный доступ.

3. Лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов.

4. Быстрое снижение АД (на 15–20% от исходного) в течение часа, затем за 2–6 часов до 160/100 мм рт.ст. (возможен переход на пероральные лекарственные средства).

Гипертонический криз, осложненный острым коронарным синдромом.

На фоне высоких цифр АД развивается острая ишемия миокарда.

Лечение направлено на купирование болевого синдрома, улучшение питания миокарда и снижение АД.

1. Ацетилсалициловая кислота (Кардиомагнил) — если больной не принимал самостоятельно до приезда ССМП — 160–325 мг — разжевать с целью улучшения прогноза и как антиагрегантный препарат.

2. Пропранолол (обзидан, анаприлин) — в/в струйно, медленно вводят 0,1% — 1 мл (1 мг), возможно повторить ту же дозу через 3–5 мин до достижения ЧСС 60 в мин, под контролем АД и ЭКГ. Можно внутрь 20–40 мг.

3. Нитроглицерин в таблетках (0,5 мг), в аэрозоле или спрее (Нитроспрей) (0,4–0,8 мг или 1–2 дозы), при необходимости повторение каждые 5–10 мин (0,4 мг — 1 доза) или в/в 0,1% — 10 мл разводят в физиологическом растворе 0,9% — 100 мл и вводят в/в капельно со скоростью 5–10 мкг/мин (2–4 капли/мин) под постоянным контролем АД и ЧСС.

4. Морфин — 1% — 1 мл развести раствором 0,9% натрия хлорида до 20 мл и вводить

в/в дробно по 4–10 мл (или 2–5 мг) каждые 5–15 мин до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

5. ЭНАП-Р (эналаприлат) — 0,625–1,25 мг (0,5–1,0 мл) — в/в струйно в течении 5 минут.

Примечание:

1. Следует помнить, что высокие цифры АД являются противопоказанием к применению антикоагулянтов (гепарина).

2. Не рекомендуемые гипотензивные препараты — нифедипин (нельзя контролировать степень снижения АД); фуросемид.

Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью. При развитии острой левожелудочковой недостаточности вследствие перегрузки миокарда, развивается застой и повышение давления в сосудах малого круга кровообращения, что приводит к отеку легких, поэтому необходим быстрый контроль АД.

Цель — купирование отека легких.

1) Положение больного: при невыраженной картине застоя — приподнятый головной конец, при развернутом отеке легких — сидячее положение со спущенными ногами.

2) Ингаляция увлажненного кислорода со скоростью 4–6 л/мин с парами спирта.

3. Морфин — 1% — 1 мл развести раствором 0,9% натрия хлорида до 20 мл и вводить в/в дробно по 4–10 мл (или 2–5 мг) каждые 5–15 мин до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).

4. Нитроглицерин (снижение пред- и постнагрузки).

Нитроглицерин в таблетках (0,5 мг), лучше аэрозоль или спрей (Нитроспрей) (0,4–0,8 мг или 1–2 дозы), при необходимости повторение каждые 5–10 мин (0,4 мг — 1 доза) или в/в 0,1% — 10 мл разводят в физиологическом растворе 0,9% — 100 мл и вводят в/в капельно со скоростью 5–10 мкг/мин (2–4 капли/мин) под постоянным контролем АД и ЧСС.

5. Эналаприлат (ЭНАП-Р) — коррекция АД — 0,625–1,25 мг (0,5–1 мл) в/в струйно в течение 5 мин.

6. Фуросемид (снижение преднагрузки на сердце) — 20–80–100 мг в/в (начало действия через 5 мин).

Гипертонический криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией

Вследствие нарушения цереброваскулярной саморегуляции происходит расширение и повышение проницаемости сосудов, которое приводит к отеку головного мозга.

1. Эналаприлат — в/в струйно (в течение 5 мин) 0,625–1,25 мг (0,5–1,0), терапевтический эффект развивается через 15 мин, продолжительность 6 часов.

2. Диазепам (при судорожном синдроме) — 10–20 мг (0,5% — 2–4 мл) внутривенно, в последующем, при необходимости, 20 мг в/м или в/в капельно. Эффект развивается через несколько минут, варьирует у разных пациентов.

Примечание:

1. Не рекомендуемый гипотензивный препарат — нифедипин.

Гипертонический криз, осложненный транзиторной ишемической атакой

На фоне высоких цифр АД развивается острая ишемия головного мозга (ишемический инсульт) или разрыв сосудов (геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоотечение).

Терапия направлена на поддержание жизненных функций организма. Снижение АД проводят медленно.

1. Эналаприлат (ЭНАП-Р) — 0,625–1,25 мг (0,5–1,0 мл) в/в струйно в течение 5 мин.

2. Сернокислая магнезия — 1000–2000 мг (10–20 мл) — внутривенно медленно. Уменьшает возбудимость нейронов, замедляет нейромышечную передачу и является физиологическим антагонистом кальция.

3. Глицин — 1 гр (10 таб) — сублингвально (если возможно), является центральным нейромодулятором.

4. Семакс 2–3 кап. в каждый носовой вход, повышает устойчивость организма к гипоксии и центральной ишемии.

5. Купирование судорожного припадка: диазепам (реланиум, седуксен) — 10–20 мг (2–4 мл) — в/в.

Гипертонический криз, осложненный преэклампсией или эклампсией

Следует помнить, что антагонисты кальция вызывают расслабление гладкой мускулатуры во всем организме, что приводит к ослаблению родовой деятельности, а ингибиторы

АПФ являются потенциально тератогенными препаратами.

1. Обеспечение охранительного (от внешних факторов) режима.
2. Магния сульфат — в/в 400–1000 мг болюсно при этом первые 3 мл ввести за 3 мин или капельно в 200 мл физиологического раствора.
3. Нифедипин — 10 мг под язык.
4. Допегид — 0,25–0,5 мг внутрь.
5. Госпитализация в роддом.

Гипертонический криз, осложненный острым расслоением аорты и ее ветвей

Лечение — следует стремиться к быстрому снижению АД до 100–120/80 мм рт.ст (или на 25% от исходного за 5–10 мин., а в дальнейшем до указанных цифр).

1. Пропранолол в/в медленно вводят в начальной дозе 1 мг (0,1% — 1 мл), каждые 3–5 мин повторяют ту же дозу (до достижения ЧСС 50–60 в минуту, уменьшения пульсового давления до 60 мм рт.ст., появления побочных эффектов или достижения общей дозы 0,15 мг (кг)).
2. Нитроглицерин в/в капельно 0,1% — 10 мл развести в 100 мл 0,9% натрия хлорида и вводить с начальной скоростью 1 мл/мин (или 1–2 капли в мин). Скорость введения можно увеличивать каждые 5 мин на 2–3 капли, в зависимости от реакции больного.
3. Морфин — для купирования болевого синдрома, в/в 1 мл развести раствором 0,9% натрия хлорида до 20 мл и вводить дробно по 4–10 мл (или 2–5 мг) каждые 5–15 мин до устранения болевого синдрома и одышки.
4. Если β-блокаторы противопоказаны: верапамил в/в болюсно за 2–4 мин 2,5 — 5 мг (0,25% — 1–2 мл) с возможным повторным введением 5–10 мг через 15–30 мин.

Примечание:

1. Применение β-блокаторов должно предшествовать введению любых лекарственных средств, способных вызвать тахикардию, включая нитраты.
2. Не рекомендуемые гипотензивные препараты: нифедипин, фуросемид.

Инструментальные методы исследования:

1. Электрокардиография.

2. Глюкозометрия (особенно при СД и осложненном гипертоническом кризе).
3. Пульсоксиметрия (при осложненном гипертоническом кризе).

Показания к госпитализации

1. Неосложненный гипертонический криз не требует госпитального лечения. После его купирования отправляется сообщение участковому врачу в территориальную поликлинику для активного посещения на дому.
2. Осложненный гипертонический криз — экстренная госпитализация с учетом развившегося осложнения, транспортировка больного в положении лежа после стабилизации состояния в приемно-диагностические отделения лечебно-профилактических учреждений города.

Возможные тактические ошибки

1. Парентеральное введение гипотензивных препаратов при неосложненном гипертоническом кризе или ухудшении течения гипертонической болезни.
2. Стремление сразу снизить АД до нормальных цифр.
3. Применение дибазола в отсутствие нарушений мозгового кровообращения.
4. Применение препаратов, не обладающих гипотензивным свойством: анальгин, димедрол, но-шпа, папаверин и др.
5. Применение диуретиков (фуросемид) при гипертоническом кризе, осложненным ишемическим инсультом.

Литература

1. Руководство по скорой помощи под редакцией С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2007. — С. 105–117.
2. М.И. Лукашов, О.Б. Полосьянц и др. Гипертонический криз: от традиционных представлений до современных клинических рекомендаций. Неотложная терапия № 1-2 (28-29) 2007. — С. 58–69.
3. Лечение осложненных и неосложненных гипертонических кризов. Научное информационное письмо Европейского общества по изучению артериальной гипертензии. Журнал Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. — Рекринт, 2007. — С. 2–3.

Гипотензивные средства, применяемые на догоспитальном этапе

1. Диуретики

Тиазидные:

- * гидрохлортиазид — 12,5–25 мг внутрь 1–2 раза в сутки
- Фуросемид — 20–80 мг внутрь 2–3 раза в сутки

2. Средства, снижающие активность симпатoadреналовой системы

ЦНС

Клонидин — 0,05–0,6 мг внутрь 2 раза в сутки

Гуанабенз — 4–16 мг внутрь 2 раза в сутки

* метилдофа — 250–1000 мг внутрь 2 раза в сутки или 250–1000 мг в/в каждые 6 часов

Альфа-адренорецепторы

Фентоламин — 1–5 мг в/в струйно

Прозозин — 1–10 мг внутрь 2 раза в сутки

Бета-адренорецепторы

Пропранолол — 10–120 мг внутрь 2–4 раза в сутки

* метопролол — 25–150 мг внутрь 2 раза в сутки

надолол — 20–120 мг внутрь 1 раз в сутки

тимолол — 5–15 мг внутрь 2 раза в сутки

Альфа и бета адренорецепторы

Лабеталол — 100–600 мг внутрь 2 раза в сутки или 2 мг/мин в/в

Диазоксид — 1–3 мг/кг в/в струйно (до 150 мг)

Нитроглицерин — 0,5–1 мг/час в/в капельно

3. Ингибиторы АПФ

каптоприл — 12,5–75 мг внутрь 2 раза в сутки

* эналаприлат — 0,625–1,25 мг в/в (вводить в течение 5 мин) каждые 6–8 час.

4. Антагонисты кальция

Нифедипин — 10–30 мг внутрь 4 раза в сутки, препараты длительного

Действия — 30–90 мг внутрь 1 раз в сутки

* амлодипин — 2,5–10 мг внутрь

Дополнительные гипотензивные средства

1. Сернокислая магнезия — 25% — 10 мг — в/в

2. Дибазол — 1% — 5 мл — в/в

3. Пентамин — 5% — 1,0 — в/в

4. Лазикс — 20–40 мг — в/в

5. Диазепам — 2 мл — в/в

6. * индапамид — 1,5–2,5 мг внутрь

* - доказанные препараты

Список литературы

1. Е.В. Шляхто, А.О. Конради. Лечение гипертонического криза: взгляд с позиций доказательной медицины. ж. Качественная клиническая практика № 2, 2002. — С. 75–75.

2. О.Б. Полосьянц, А.Л. Вёрткин. Лечение осложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе. ж. Артериальная гипертензия. Т. 10, № 2, 2004.

3. Журнал Consilium medicum (экстравыпуск). Системные гипертензии. — М., 12–13 сентября 2007.

3.1. Е.И. Чазов. Программа по борьбе с артериальной гипертензией. — С. 5.

3.2. Р.Г. Оганов. Эпидемиология артериальной гипертензии. — С. 6.

3.3. И.Е. Чазова. Проблема лечения артериальной гипертензии в России. — С. 7.

- 3.4. Э. Хегерти. Цели и стратегия лечения в рекомендациях ESH/ESC, 2007. — С. 8.
- 3.5. Э. Амброзиони. Проблемы лечения особых клинических состояний в рекомендациях ESH/ESC, 2007. — С. 9.
- 3.6. Ю.А. Карпов. Российские национальные исследования по артериальной гипертонии. — С. 10.
- 3.7. М.Г. Глезер. Отдадут ли первенство β-адреноблокаторы в лечении артериальной гипертонии. — С. 11.
- 3.8. О.Н. Ткачева. β-блокаторы при лечении артериальной гипертонии в период беременности: за и против. — С. 12.
- 3.9. М.П. Савенков. Метеопротективные свойства небиволола. — С. 12.
4. И.В. Фомин. Артериальная гипертония в Российской Федерации — последние десять лет. Что делать? — Ж. Сердце. — Т. 6, № 3 (35), 2007.
5. О.П. Шевченко, Е.А. Праскурничий, С.В. Макарова, Г.А. Самарцев, Е.Я. Лапина. Утренний подъем АД у больных артериальной гипертонией: связь с повышением АД при проведении стресстестов и эффективностью терапии эпросартаном. — Ж. Кардиология. — Т. 44, № 3, 2004. — С. 58–63.
6. Седьмой отчет Совместной национальной комиссии по предупреждению, выявлению, оценке и лечению высокого артериального давления. — Ж. Сердце. — Т. 3, № 5 (17), 2004.
7. Ж.Д. Кобалова, В.В. Толкачева, О.Н. Морылева. Клинические особенности и лечение артериальной гипертонии у женщин. — Ж. Сердце — Т. 3, № 6 (18), 2004. — С. 284–289.
8. Н.И. Пентьковский, А.В. Тополянский, Н.М. Невзоров, Ю.Н. Маркевич, М.К. Харина, А.В. Ивченко, А.Л. Верткин. Гипертонический криз в дебюте мозгового инсульта: лечение на догоспитальном этапе. — Ж. Врач скорой помощи. № 2, 2008.
9. М.И. Лукашов, О.Б. Полосьянц, Н.И. Пентьковский, М.М. Шамуилова. Гипертонический криз: от традиционных представлений до современных клинических рекомендаций. — Ж. Неотложная терапия. № 1–2 (28–29), 2007.
10. А.Г. Арутюнов. ГОУВПО «РГМУ Росздрава». — М.: Программа «Пuls — 60». — Ж. Сердце, т. 7, № 1 (39), 2008. Новости доказательной медицины.
11. П.Х. Джанаия, Н.Г. Потемкина, Г.Б. Селиванова. Артериальная гипертония. — М.: Миклош, 2007.
12. О.А. Цветкова. Эффективность и безопасность лизиноприла. — Ж. РМЖ, репринт, 2007 (т. 14, № 16, 2006).
13. И.Н. Бокарев, З.М. Киселева. Артериальные гипертонии и их лечение. Медицинское информационное агенство. — М., 2005.
14. Е.В. Ощепкова. Гипертоническая энцефалопатия: терапевтическая или неврологическая проблема? Репринт.
15. В.А. Невзорова, Н.В. Захарчук, И.В. Плотникова. Состояние мозгового кровотока при гипертонических кризах и возможности его коррекции. — Ж. РМЖ, т. 15, № 24, 2004.
16. С.Ю. Марцевич, Ю.В. Лукина, Н.С. Оганисян. Эффективный контроль артериального давления у больных артериальной гипертонией: роль фиксированных комбинаций лекарственных препаратов. — Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, № 4, 2006.
17. П.Р. Камчатнов. Хронические расстройства мозгового кровообращения — возможности метаболической терапии. — Ж. РМЖ, репринт.
18. О.Д. Остроумова, С.В. Недогода, В.И. Мамаев, Е.Г. Шорикова. Фармакоэкономические аспекты эффективности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при артериальной гипертонии и сердечной недостаточности. — Ж. РМЖ, т. 11, № 5 (177), 2003.
19. Материалы 1 Национального Конгресса.// «Кардионеврология», под редакцией М.А. Пирадова, А.В. Фоякина. — М., 1–2 декабря, 2008.
20. Н.М. Невзоров, Т.Г. Разова, Ю.Н. Маркевич. Применение ЭНАП-Р (эналаприлата) на догоспитальном этапе у больных артериальной гипертонией. — Ж. Врач скорой помощи, № 1–2, 2007.
21. О.А. Кисляк, Е.В. Петрова, Н.Н. Чиркова. Особенности эссенциальной артериальной гипертонии в подростковом возрасте. — Ж. Сердце. — Т. 5, № 4 (28), 2006.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО ПОВЫШАЮЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА ВРАЧА В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин, И.Н. Курнаева,
МУЗ ГССМП городского округа, Тольятти (Главный врач — Савельев О.В.)

VALUE OF DOCTOR PERSONAL RAISING COEFFICIENT IN EMERGENCY AID QUALITY MANAGEMENT



Савельев О.В.

O.V. Savelyev, S.Yu. Habibulin, I.N. Kurnaeva

Резюме

Заработная плата медицинских работников, выраженная в денежной форме, служит эквивалентом вложенного ими труда. Важной функцией оплаты труда является стимулирование к повышению

качества медицинской помощи с учетом сложности и интенсивности работы, отношения к больным.

В последние годы для всех стала очевидной необходимость приведения оплаты медицинских работников к конечному результату их труда. Однако декларированная подобным образом задача не находила своего решения из-за сложности оценки количества и, особенно, качества произведенного медицинским работником продукта. За пределами количественного определения остались многие проявления трудовой активности врачей и среднего медицинского персонала, степень ответственности, стремление к накоплению опыта и повышению квалификации, творческого отношения к труду, физических и эмоциональных нагрузок, культуры общения с пациентами и т. д.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, компенсация

Resume

The wages of medical workers expressed in the monetary form, serve as an equivalent of the

work. The important function of payment is stimulation to improvement of quality of medical aid taking into account complexity and intensity of work, doctors' relation to patients.

Last years for all there was obvious a necessity to tie wages to their work results. However, the problem declared in a similar way, did not find the decision because of complexity of an estimation of quantity and, especially, quality of the product made by the medical worker. Outside of quantitative definition there were many displays of labour activity of doctors and the average medical personnel, responsibility degree, aspiration to accumulation of experience and improvement of professional skill, the creative relation to work, physical and emotional stress factors, culture of dialogue with patients etc.

Keywords: quality of medical aid, compensation

Попыткой устранить эти несоответствия стала разработка в Муниципальном учреждении здравоохранения г.о. Тольятти Городская станция скорой медицинской помощи (МУЗ ГССМП) нового Положения об оплате труда сотрудников, основанной на их рейтингах.

В этой статье мы раскроем некоторые подходы к определению порядка расчета и применения персонального повышающего коэффициента (ППК) к должностному окладу врачей.

Рабочей группой сформулированы общие положения, из которых понятно, что ППК врача является одним из видов выплат стимулирующего характера, начисляемый в целях заинтересованности в улучшении результатов труда врачей МУЗ ГССМП, владеющих и применяющих на практике новые передовые тех-

нологии диагностики и лечения, достигших высоких количественных и качественных показателей в работе и безупречно выполняющих свои должностные обязанности и устанавливается главным врачом конкретно по каждому врачу на квартал.

ППК врача определяется дифференцированно с учетом, как количественных, так и качественных показателей его работы.

Расчет ППК врача осуществляют ответственные лица, назначаемые приказом главного врача, которые ведут учет индивидуальных показателей работы, представляя об этом главному врачу итоговый документ, подписанный руководителем подразделения.

Выплаты стимулирующего характера для главного врача устанавливаются вышестоящей организацией по итогам и результатам лечебно-диагностической и хозяйственной деятельности.

ППК врача выездной бригады СМП начисляется по итогам работы в предыдущем квартале на основании данных учета ответственных лиц по схеме расчета:

$$\text{ППКв} = \text{Ки} + \text{Кк} + \text{Ку}$$

где:

ППКв — персональный повышающий коэффициент врача выездной бригады СМП

Ки — Коэффициент интенсивности

Рассчитывается на основании показателя интенсивности (Пи) работы врача - произведения отношений:

Кол-во отработанного времени	Кол-во результативных вызовов – Кол-во вызовов, снятых с оплаты
----- X -----	
Норматив рабочего времени	Норматив вызовов для бригады этого профиля
где:	
Кол-во отработанного времени – количество часов отработанных в бригаде определённого профиля.	
Норматив рабочего времени – нормативное количество часов за рассчитываемый период (квартал).	
Кол-во результативных вызовов – количество вызовов, выполненных врачом, закончившихся встречей с пациентом.	
Кол-во вызовов, снятых с оплаты – количество вызовов, выполненных врачом, на которых допущена тактическая ошибка, зафиксированная врачом-экспертом.	
Норматив вызовов для бригады этого профиля – норматив вызовов в сутки по профилю бригад, умноженный на количество отработанных суток.	

Норматив вызовов в сутки по профилям бригад, используемый для определения норматива вызовов для бригады этого профиля:

Таблица 1

Норматив вызовов в сутки по профилям бригад

Наименование	Норма в сутки
Выездная бригада группы анестезиологии-реанимации	6
Выездная кардиологическая бригада	7
Выездная неврологическая бригада	7
Врачебная выездная бригада скорой медицинской помощи	12

В случае работы врача в разных бригадах коэффициент интенсивности рассчитывается на основании показателя интенсивности (Пи) работы врача — произведения отношений:

$$\begin{array}{l}
 \frac{\text{Общее кол-во отработанного времени}}{\text{Норматив рабочего времени}} \times \frac{\text{Кол-во результативных вызовов} - \text{Кол-во вызовов, снятых с оплаты}}{\text{Сумма нормативов вызовов для бригады каждого профиля}} \\
 \\
 \text{Коэффициент интенсивности рассчитывается по формуле:} \\
 \text{показатель интенсивности} * (\max \text{ Ки} - \min \text{ Ки}) \\
 \text{Ки} = \frac{\text{показатель интенсивности}}{(\max \text{ Пи} - \min \text{ Пи})}
 \end{array}$$

Таблица 2

Соотношение показателя и коэффициента интенсивности

Уровень	Показатель интенсивности	Коэффициент интенсивности
Min	0,00	0
	0,00 – 3,00	показатель интенсивности * 0,6 / 3,00 = = показатель интенсивности / 5
Max	Более 3,00	0,6

Сведения предоставляются на основании отчетных данных ПК «ADIS» и графика работы.

Ответственный — заведующий подстанцией.

Кк — Коэффициент качества

Рассчитывается на основании экспертной оценки (ЭО) работы врача с использованием ПК «ADIS» (или другой принятой на ГССМП электронной программе экспертизы качества) по результатам экспертизы качества скорой медицинской помощи (ЭК СМП) подстанций.

ЭК СМП проводится врачами-экспертами, утвержденными приказом главного врача, согласно «Положению об экспертизе качества МУЗ ГССМП».

Коэффициент качества рассчитывается по формуле:

$$(\text{ЭО} - \min \text{ ЭО}) * (\max \text{ Кк} - \min \text{ Кк})$$

$$\text{Кк} = \frac{\text{ЭО} - \min \text{ ЭО}}{\max \text{ ЭО} - \min \text{ ЭО}}$$

Таблица 3

Соотношение экспертной оценки работы врача и коэффициента качества

Уровень	Экспертная оценка работы врача	Коэффициент качества
Min	Менее 0,70	0
	0,70 – 1,00	(ЭО - 0,70) * (0,75 - 0,00) / (1,00 - 0,70) = = (ЭО - 0,70) / 0,4
Max	1,00	0,75

Сведения предоставляются на основании отчетных данных ПК «ADIS».

Ответственный — заведующий подстанцией.

Ку — Коэффициент участия

Рассчитывается на основании качественной и количественной характеристики, оформляемой заведующими подстанций по форме:

Таблица 4

Показатели качественно-количественной характеристики врача

Показатели	Повышающий коэффициент	Подтверждающий документ
Участие в экспертизе качества подстанции	0,09	Приказ главного врача
Участие в работе врачебной комиссии	0,09	Приказ главного врача
Доклады на утренних конференциях и семинарах подстанции	0,08	Журнал п-с
Сдача зачётов (СЛР, ООИ, ВИЧ, оборудованию)	0,06	Протокол сдачи зачетов
Печатные работы	0,08	Ксерокопия
Посещение утренних конференций и семинаров подстанции	0,05	Журнал п-с
Наличие письменных благодарностей	0,06	Ксерокопия
Участие в клинических исследованиях, городских, областных, российских, международных конференциях, съездах, форумах	0,06	Документ участника
Наличие устных благодарностей	0,03	Отчет по обращениям на ГССМП

Таблица 5

Модель конечных результатов подстанции МУЗ ГССМП

№	Наименование показателя	Ед. изм.	Целев. Знач.	Критическое Знач.	Оценка Целев. Знач.	Коеф. Показателя	Фактически е показатели подстанции	
							абс	%
<i>Показатели результативности</i>								
1	Удельный вес случаев доезда бригады в срок до 20-ти минут при urgentных состояниях (1-3 срочности) всего выездов: до 20 минут.	%	100	65	10	0,29		
2	Удельный вес повторных вызовов в течение суток	%	2	5	9	3		
3	Количество вызовов, снятых при расчёте премии	случай	0	5	5	1		
4	Результаты анализа выполнения стандартов СМП	%	100	75	10	1		
5	Экспертная оценка качества СМП (по данным ПК "ADIS")	к	1	0,8	10	50		
6	Удельный вес случаев расхождения диагноза врача СМП и заключительного диагноза стационара	%	2	5	5	1,7		
7	Коэффициент категоричности	к	0,33	0	3	9,1		
8	Количество письменных благодарностей	случай	1	0	2	0,5		
9	Количество устных (в т.ч. по телефону) благодарностей	случай	5	0	2	0,4		
10	Участие в научной работе (количество печатных работ)	случай	1	0	2	0,5		
11	Место сотрудников в соревнованиях бригад СМП	место	1	5	1	0,25		
<i>Показатели дефектуры</i>								
1	Обоснованная жалоба	случай	0	0	5			
2	Обоснованная претензия по качеству СМП со стороны ЛПУ	случай	0	0	5			
3	Дисциплинарных взысканий сотрудников подстанций	случай	0	0	5			

Таблица 6

Соотношение интегральной оценки МКР подстанции и повышающего коэффициента

Интегральная оценка (МКР)	Повышающий коэффициент
Менее 0,7	0
0,7 - 0,8	0,6
0,81 - 0,85	0,7
0,86 - 0,9	0,8
0,91 - 0,95	0,9
0,96 - 1,0	1,0

Таблица 7

Показатели качественно-количественной характеристики заведующего подстанцией

Показатели	Повышающий коэффициент	Подтверждающий документ	Отметка подтверждения
Прием зачетов по СЛР, ООН, ВНЧ, оборудованию	0,3	Протокол приема зачетов	
Участие в работе Врачебной комиссии	0,3	Приказ главного врача	
Дополнительная экспертиза качества СМП	0,2	Данные ПК «АДИС»	
Внедрение новых технологий (диагностики, лечения, управления)	0,2	Приказ главного врача	
Печатные работы	0,2	Ксерокопия	
Участие в клинических исследованиях, городских, областных, российских, международных конференциях, съездах, форумах	0,1	Документ участника	
<i>Максимум</i>	<i>1,3</i>		

Сведения предоставляются на основании подтверждающих документов.

Ответственный — заведующий подстанцией.

Коэффициент качества и коэффициент участия врача выездной бригады СМП подтверждаются врачебной комиссией МУЗ ГССМП, что оформляется соответствующим протоколом, утверждается главным врачом МУЗ ГССМП и передается ответственным лицам, ведущим учет показателей работы.

Персональный повышающий коэффициент врачам — заведующим подстанциями начисляется по итогам работы предыдущего квартала на основании данных учета ответственных лиц.

Схема расчета персонального повышающего коэффициента заведующего подстанцией:

$$ППКзп = Крп + Ку$$

где:

ППКзп — персональный повышающий коэффициент заведующего подстанцией

Крп — Коэффициент работы подстанции

Рассчитывается при помощи модели конечных результатов (МКР) (табл. 5).

Интегральная оценка МКР производится на основании количественных и качественных показателей подстанции. ЭК СМП проводится согласно «Положению об экспертизе качества МУЗ ГССМП» (табл. 6).

Сведения предоставляются на основании отчетных данных ПК «ADIS».

Ответственный — заместитель главного врача МУЗ ГССМП по медицинской части.

Ку — Коэффициент участия

Рассчитывается на основе качественно-количественной характеристики заведующего подстанцией, оформленной заместителем главного врача МУЗ ГССМП по медицинской части по форме:

Сведения предоставляются на основании подтверждающих документов.

Ответственный — заместитель главного врача МУЗ ГССМП по медицинской части.

Соответствующий порядок начисления ППК заведующим отделами и старшим врачам разработан с учетом коэффициентов интенсивности, своевременности доезда бригад на адрес, качества и участия.

Максимальные значения ППК и, соответственно, составляющих его коэффициентов, устанавливаются в зависимости от финансовых возможностей конкретного бюджетного периода. При этом, приоритетность (ранжирование) коэффициентов и показателей остается неизменной.

Наличие дисциплинарных нарушений, обоснованных жалоб от населения или организаций, повлекших за собой дисциплинарные взыскания, снижает персональный повышающий коэффициент в размерах:

при наличии замечания — на 50 %,

при наличии выговора — на 100 %.

Снижение персонального повышающего коэффициента распространяется на 1 месяц со дня подписания приказа о дисциплинарном взыскании.

Главный врач МУЗ ГССМП имеет право индивидуально изменять размер снижения персонального повышающего коэффициента врача.

Выводы

1. Таким образом, оплата труда каждого работника учреждения определяется его личным вкладом, с учетом конечных результатов работы учреждения. А это значит, что заработная плата формирует социальную функцию, где она является стимулирующей, а более того, мотивационной функцией трудовых доходов.

2. Мотивационный метод непосредственно заработной платы имеет значение в реализации задач на перспективу, ассоциирует психологическую значимость в сознании работника признания его авторитета в коллективе, косвенно повышает его социальный статус, позволяет оценить успехи в работе, сравнительно с другими. Естественно, важным мотивационным стимулом выступает непосредственная оценка работника, выраженная, в конечном счете, размером заработка.

3. По тому как идет процесс признания заслуг работника, выражающийся динамикой роста заработной платы, можно говорить и об интеграции его с процессом совершенствования качества оказания медицинских услуг. Для правильной социально обусловленной мотивации организация заработной платы есть решающее условие достижения цели управления трудом, нацеленности работника на качественный производительный труд.



Решением Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический журнал «Врач скорой помощи» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени кандидата наук.

Правила оформления рукописей для публикации в журнале «Врач скорой помощи»

Статьи научно-практического характера, посвященные обсуждению проблем неотложной терапии на догоспитальном этапе, интересным случаям из практики, направлять в редакцию в машинописной форме (до 6–10 машинописных страниц, а также в электронном виде). В статьях должны быть указаны все авторы (ФИО полностью), ведущее учреждение, контактный адрес, телефон, электронная почта. Фото авторов обязательно. Рукописи рецензируются. Авторы получают извещение о разрешении по поводу публикации, а также контрольные экземпляры.

На правах рекламы

На правах рекламы

СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА ЗА 2009 ГОД

Рубрики	Стр.	№
ОТ РЕДАКТОРА	3	1-12
Отчеты о проведении конференций по СМП	3	1
IX Всероссийский научно-образовательный форум «Скорая помощь — 2008»: решения выполняются	3	3
Дни неотложной помощи в Забайкалье. Отчет	4	4
В Горном Алтайске состоялась первая научно-практическая конференция для врачей стационаров, поликлиник и скорой медицинской помощи	6	6
Отчет о проведении Российского национального конгресса «Человек и лекарство — 2009»	10	6
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ СМП		
Очерки становления и развития экстренной медицинской помощи в Самарканде. Мировая практика организации и развития экстренной и скорой медицинской помощи	8	9
ТЕМА НОМЕРА		
Технологические особенности хирургической тактики при тяжелой абдоминальной травме	4	5
Неотложные состояния в гинекологии	12	5
Оценка степени тяжести функциональных нарушений у пациентов с травмами периферических нервов по вейвлет-коэффициентам сигнала М-ответа	16	5
Совершенствование оказания медицинской помощи на этапах лечения и реабилитации пострадавших с травмами челюстно-лицевой области	18	5
Тестирование реанимационной укладки Wera Medical (тестирование реанимационного чемодана-укладки от немецкого производителя Wera Medical в условиях Московской службы скорой помощи)	25	5
Оценка и прогнозирование тяжести состояния и эффективности лечения больных с хроническим бронхитом	29	5
Синдром сухого глаза в офтальмологической практике	31	5
Научные и методологические аспекты акупунктуры	36	5
Ультразвуковая семиотика травмы селезенки у детей	38	5
Результаты психодиагностического исследования руководителей бригад	42	5
Новые технологические разработки в радиохирургии опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга	46	5
Восстановительное лечение больных, перенесших мозговой инсульт, в амбулаторных условиях	52	5
О применении фармакоакупунктуры в восстановительном лечении больных с нейропатиями лицевого нерва	53	5
Динамика вариабельности ритма сердца в процессе терренкура	55	5
Патофизиологические основы использования препаратов ботулинического токсина типа А в профилактическом лечении головных болей	56	5
Комплексная немедикаментозная терапия тяжелых форм миофасциального болевого синдрома поясничной локализации	58	5
Динамическая сегментарная диагностика функционального состояния спинальных нервов	60	5
Некоторые особенности изучения связи сердечно-сосудистых заболеваний с экологическими и метеорологическими факторами на низкогорных курортах России	61	5
Динамика качества жизни у больных с артериальной гипертонией I-II степеней		

Рубрики	Стр.	№
на фоне транскраниальной электростимуляции .....	.63	.5
Комплексная терапия боли различного генеза .....	.65	.5
Динамическая электронейростимуляция в лечении пациентов с хроническим вертеброгенным мышечно-тоническим болевым синдромом .....	.66	.5
Оказание медико-социальной помощи «уязвимым группам населения» в г. Казани. Проблемы и пути их решения .....	.68	.5
Оперативное лечение стрессовых переломов 5-й плюсневой кости у спортсменов .....	.70	.5
Некоторые патогенетические особенности формирования скаленус-синдрома .....	.72	.5
Рекомендации по рациональному и полноценному офисному питанию .....	.74	.5
НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ		
Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности. Российские рекомендации .....	.19	.1
Небулайзерная терапия будесонидом на догоспитальном этапе .....	.3	.2
Применение эналаприлата для лечения пациентов с гипертоническим кризом в дебюте острого нарушения мозгового кровообращения .....	.9	.2
Комплексное патогенетическое лечение острых и хронических форм нарушений мозгового кровообращения у больных артериальной гипертензией .....	.52	.3
Значение комплекса растительных фосфолипидов и глицерата в терапии неотложных состояний, ассоциированных с приемом этанола .....	.10	.4
Роль низкомолекулярных гепаринов в профилактике и лечении тромботических осложнений у пациентов с соматической патологией в многопрофильном стационаре .....	.28	.4
Экспресс-диагностика неотложных состояний в кардиологии на догоспитальном этапе .....	.29	.8
Эффективность и безопасность применения лорноксикама для купирования болевых синдромов у пациентов с онкологическими заболеваниями в общесоматической практике .....	.38	.8
Роль препаратов альфа-липоевой кислоты в фармакологии сахарного диабета 2 типа и его осложнений .....	.38	.10
Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме .....	.21	.11
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		
Поиск новых антиагрегационных средств в ряду производных 3-аминофуразан-4-карбоксамидоксима .....	.43	.1
Эффективность применения стандарта медицинской помощи больным с бронхиальной астмой в городском округе Тольятти в период с 1997 по 2007 год (по данным бригад скорой медицинской помощи) .....	.19	.2
Опыт применения чрескожной эндоскопической гастростомии для длительного проведения энтерального питания .....	.24	.2
Применение фосфолипидного гепатопротекторного препарата фосфоглив у больных ревматоидным артритом при проведении базисной терапии .....	.30	.2
Купирование нарушений сердечного ритма в условиях скорой помощи .....	.34	.2
Острое нарушение мозгового кровообращения .....	.36	.2
Опыт работы по совершенствованию системы непрерывного профессионального образования врачей общей практики в Московской области .....	.17	.3
Особенности организации проведения реанимационных мероприятий в условиях скорой помощи .....	.30	.3
Диагностические технологии в практике бригад скорой медицинской помощи .....	.34	.3
Современная концепция неспецифического аортоартериита .....	.40	.3

Рубрики	Стр.	№
Инфаркт/инсульт: зеркальное отражение или искаженное зеркало	47	3
Оценка эффективности раннего выявления дислиппротеинемии при коронарном атеросклерозе	45	4
Новые стандарты в оценке дислиппротеинемии атерогенного генеза на фоне активации перекисного окисления липидов	46	4
Результаты лечения пострадавших в ДТП на догоспитальном этапе	47	4
Электроимпедансная маммография при доброкачественных заболеваниях молочных желез у женщин в перименопаузе	48	4
Купирование нарушений сердечного ритма в условиях скорой помощи	16	6
Карта вызова скорой медицинской помощи	18	6
Результаты проведения озонотерапии в послеоперационном периоде пациентам при радиочастотной абляции метастазов печени	19	6
Вопросы совершенствования организации скорой медицинской помощи при внезапной смерти больных ишемической болезнью сердца	17	8
Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе	20	8
Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Бобровском районе Воронежской области	26	8
Магнитно-резонансная ангиография в диагностике патологической извитости внутренней сонной артерии	53	9
«Цель оправдывает средства», или еще раз о скрининге и профилактике остеопороза	58	9
Влияние уровня квалификации врачей скорой помощи по гериатрии на показатели качества	30	10
Опыт применения небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома в условиях скорой медицинской помощи Северска	33	10
Оказание скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в г.о. Тольятти (в том числе на федеральной трассе М-5)	26	11
Особенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы, осложненной острой задержкой мочеиспускания у пациентов на фоне коморбидных состояний	31	11
Аминокислотный и минеральный состав травы подмаренника настоящего	39	11
Использование подмаренника настоящего в комплексном лечении псориаза	42	11
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СМП		
Маленький город и проблемы инсульта	12	6
Организация оказания скорой медицинской помощи пострадавшим от минно-взрывной травмы	8	7
О проблемах догоспитального тромболизиса	10	7
К 80-летию Станции СМП г. Хабаровска	13	7
Использование лечебно-диагностической аппаратуры и оказанию скорой медицинской помощи в рамках национального проекта «ЗДОРОВЬЕ»	16	7
Галидор и его эффективность при сосудистых заболеваниях головного мозга на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи	28	7
Сравнительные характеристики анамнестических и некоторых клинико-лабораторных показателей у больных с различной патологией шейки матки	39	7
Опыт применения внутривенной формы эналаприла в терапии осложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе на примере МУЗ «Свободненская станция скорой медицинской помощи»	46	7

Рубрики	Стр.	№
Клинико-морфологическая характеристика и эффективность лечения осложненных аневризм брюшного отдела аорты у больных с соматической патологией	.48	.7
Звук как переносчик биологически активной информации поляризационно-лазеро-радиоволновых спектров	.58	.7
Об оказании неотложной помощи в поликлинике	.8	.8
Организация помощи пострадавшим в ДТП в ходе реализации национального проекта «Здоровье»	.25	.9
Организация последипломной подготовки врачей-педиатров по неотложным состояниям	.28	.9
Значение цикла «СМП» в подготовке врача скорой помощи	.31	.9
Использование лечебно-диагностической аппаратуры и оказание скорой медицинской помощи в рамках национального проекта «Здоровье»	.33	.9
Использование лечебно-диагностической аппаратуры и оказание скорой медицинской помощи в рамках национального проекта «Здоровье»	.7	.10
Пути повышения качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе населению г. Северодвинска	.19	.10
Использование лечебно-диагностической аппаратуры и оказанию скорой медицинской помощи в рамках национального проекта «ЗДОРОВЬЕ»	.6	.11
АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ		
Острая задержка мочеиспускания на догоспитальном этапе. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Проект, 2009	.14	.8
ЮБИЛЕИ		
История развития службы скорой медицинской помощи в Центре атомного судостроения в городе Северодвинске. К 70-летию со дня образования (1939–2009)	.24	.10
ОБЗОРЫ		
Значение инсулинрезистентности в нарушении половой функции мужчин (обзор литературы)	.48	.1
Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения.	.53	.1
Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли	.23	.6
Аптечка путешественника	.28	.6
Обморок	.45	.6
Сердечно-легочная реанимация: обновление рекомендаций (обзор)	.45	.6
НА ЗАМЕТКУ		
Наша служба и опасна, и трудна!	.62	.1
А так ли прав Сафар?	.69	.1
Редкое издание	.72	.1
Искусственное дыхание. Непрямой массаж сердца.	.68	.2
Виды кровотечений. Техника наложения жгута	.68	.2
ДИССЕРТАЦИИ		
Новые технологии и стандарты неотложной терапии при обострении бронхиальной астмы у больных на догоспитальном этапе	.42	.2
Особенности танатогенеза при остром инфаркте миокарда	.36	.6
Прогностическое значение величин мочевой экскреции метаболитов монооксида азота при острых инсультах	.47	.10

Рубрики **Стр.** **№**

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Мукоидные кисты червеобразного отростка, включая водянку, мукоцеле, миксоглобулез отростка и их осложнения, в том числе аппендикулярные псевдомиксомы брюшины51 4

Эволюция хирургического лечения острого холецистита63 4

ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Гранты на обучение в клинической ординатуре 73 3

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру 72 4

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру 33 6

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру МГМСУ46 8

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру МГМСУ64 9

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру МГМСУ4510

ВАЖНО

Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Приказ Минздравсоцразвития России № 3895910

Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году4711

Замечания по поводу проекта Закона «О службе скорой медицинской помощи и статусе ее сотрудников»6811

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Татьяна Голикова — о социальной политике, госрегулировании в сфере занятости, лекарственном и пенсионном обеспечении в 2009 году53 6

Приказ №451н от 27 августа 2008 г. «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи»56 6

Приказ Минздравсоцразвития России №112 от 13 марта 2009 г. «О подготовке врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в 2009 году»60 6

Конкурс молодых ученых МГМСУ или как мы ездили в Турцию65 6

«Вне зависимости. Откройте мир без курения»68 6

Свиной грипп: слухи чрезмерны70 6

Студенческая олимпиада МГМСУ50 8

Врач — это призвание?52 8

Тренинг по GCP новый учебный проект57 8

Мы учим учить67 9

«В старых книжках о сердце писали так...»69 9

Профессиональные праздники и памятные даты

1 декабря



Всемирный день борьбы со СПИДом. Официально дата отмечается с 1988 г. А через восемь лет Всемирный день борьбы с неизлечимой болезнью приобретенного иммунодефицита превращен в Кампанию против СПИДа.



День воинской славы России (победа русской эскадры над турками у мыса Синоп). В 1853 г. во время Крымской войны эскадра П.С. Нахимова заблокировала и уничтожила в Синопской бухте турецкий флот под командованием Осман-паши.

2 декабря



День банковского работника. 2 декабря 1990 г. был принят первый в новейшей истории российский Закон «О Центральном Банке Российской Федерации», положивший начало формированию современной банковской системы. Всего же история отечественных банков как кредитных учреждений берет начало с 1724 г.

3 декабря



Международный день инвалидов. Провозглашен на Генеральной Ассамблее ООН в 1992 г. с целью пропаганды повсеместной интеграции инвалидов в жизнь общества.



День юриста. Отмечается в соответствии с Указом Президента РФ от 4 февраля 2008 г. и объединяет юристов разных сфер деятельности, которые служат защите прав и свобод нашего общества.

4 декабря



День информатики. 4 декабря 1948 г. Государственный комитет Совета министров СССР по внедрению передовой техники в народное хозяйство зарегистрировал изобретение И.С. Бруком и Б.И. Рамеевым цифровой электронной вычислительной машины. Это был первый официальный документ, касающийся развития вычислительной техники в нашей стране.

5 декабря



День воинской славы России (начало контрнаступления советских войск в битве под Москвой). Памятный день установлен Федеральным законом от 13 марта 1995 г. Эпохальное контрнаступление Красной Армии началось на участке фронта от Калинина до Ельца. Уже 8 декабря 1941 г. Гитлеру пришлось подписать директиву о переходе к обороне группы армий «Центр» на всем советско-германском фронте.



Всемирный день волонтеров. Учрежден на Генеральной Ассамблее ООН в 1985 г. в целях привлечения большего числа добровольных помощников во все сферы человеческой деятельности.

6 декабря



День сетевого. Это профессиональный праздник участников сетевого (многоуровневого, структурного) маркетинга и бизнеса прямых продаж. Всего в России насчитывается более 3,5 миллионов человек, работающих в этой сфере новой экономики.

7 декабря



Международный день гражданской авиации. Поддержанный ООН праздник стал отмечаться с 1994 г. — года пятидесятилетия подписания Международной конвенции о гражданской авиации в Чикаго.

8 декабря



День образования казначейства Российской Федерации. В 1992 г. Президент России подписал указ, которым была воссоздана система органов Федерального казначейства страны. Казначейская система обеспечивает прозрачность бюджетных расходов. От ее развития во многом зависит эффективность работы финансовой системы.

9 декабря



Международный день борьбы с коррупцией. В этот день в 2003 г. в Мексике была открыта для подписания Конвенция ООН против коррупции.



День героев Отечества. Государственная Дума установила эту памятную дату в 2007 г. В этот день в 1769 г. императрица Екатерина II учредила орден Святого Георгия Победоносца — награду для воинов, проявивших в бою доблесть и отвагу. В нынешние времена 9 декабря — день особого чествования Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации, кавалеров возрожденного ордена Святого Георгия и ордена Славы.

10 декабря



День прав человека. 10 декабря 1948 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека.



Всемирный день футбола. Отмечается по решению ООН. Международное сообщество отдает дань самому массовому и популярному виду спорта, который для многих миллионов не просто игра, а стиль жизни. Современный футбол появился в 1863 г., когда были приняты правила игры и создана Футбольная ассоциация Англии.

12 декабря



День Конституции Российской Федерации. 12 декабря 1993 г. на референдуме была принята пережившая политический кризис новая Конституция Российской Федерации. Впервые Основной Закон страны был принят в 1918 г. в образовавшейся РСФСР.

Поздравим друзей и нужных людей!

14 декабря



Всемирный день детского телевидения и радиовещания. Эту праздничную дату утвердили в 1994 г. в Каннах представители Детского фонда ЮНИСЕФ.

15 декабря



День памяти журналистов, погибших при исполнении профессиональных обязанностей. Отмечается Союзом журналистов России с 1991 г. По данным организации, ежегодно в России при различных обстоятельствах погибают от десяти до двадцати репортеров, отдавших жизнь в борьбе за честную и оперативную информацию.

17 декабря



День ракетных войск стратегического назначения. РВСН как вид Вооруженных сил были созданы решением Правительства СССР 17 декабря 1959 г. Дата отмечается на основании Указа Президента России 1995 г. С начала нового века войска подразделяются на собственно РВСН и Космические войска.



День сотрудников государственной фельдъегерской службы. В этот день в 1796 г. Указом императора Павла I в России был учрежден Фельдъегерский корпус. С того дня служба военных курьеров по доставке важнейших государственных документов ни разу не прекращала свою деятельность.

18 декабря



День работников органов ЗАГС. История органов ЗАГС Российской Федерации началась 18 декабря 1917 г., когда был подписан декрет «О гражданском браке, о детях и о ведении книг актов состояния». С этого дня юридические последствия за актами гражданского состояния признаются лишь в случае, если они были зарегистрированы в государственных органах.



День подразделений собственной безопасности органов внутренних дел РФ. Данное управление в структуре МВД было создано в соответствии с министерским приказом от 18 декабря 1995 г. Первым предшественником ГУСБ стал в 1934 г. аппарат особоуполномоченного НКВД СССР.

19 декабря



Международный день помощи бедным. Первые программы ООН по искоренению нищеты начали действовать 10 лет назад.



День риэлтора. Эту дату, отмечаемую каждую третью субботу месяца, определила в 1996 г. Московская профессиональная гильдия. Вначале день риэлтора задумывался как PR-акция, но впоследствии приобрел статус профессионального праздника специалистов рынка недвижимости.

20 декабря



День работника органов государственной безопасности РФ (День ФСБ). В этот день в 1917 г. постановлением Совета Народных Комиссаров для борьбы с контрреволюцией и саботажем в Советской России была образована Всероссийская чрезвычайная комиссия (ВЧК). Указом Президента РФ от 20 декабря 1995 г. бывший «День чекиста» получил статус профессионального праздника всех сотрудников безопасности.

22 декабря



День энергетика. В декабре 1920 г. Всероссийский съезд Советов принял Государственный план электрификации России (ГОЭЛРО). В память об этом событии Указом Президиума Верховного Совета СССР от 23 мая 1966 г. и был утвержден профессиональный праздник энергетиков.

23 декабря



День дальней авиации ВВС России. В этот день в 1913 г. совершил первый полет четырехмоторный тяжелый бомбардировщик «Илья Муромец» конструктора Игоря Сикорского. Спустя ровно год царским указом была сформирована первая в мире эскадрилья таких самолетов. А праздничным день стратегической авиации стал в 1999 г. по приказу главноком ВВС.

24 декабря



День воинской славы России (День взятия турецкой крепости Измаил). 22 декабря 1790 г. русские войска под командованием А.В. Суворова за 9 часов овладели крепостью, гарнизон которой превосходил по численности атакующих. Потери неприятеля оказались на порядок большими — свыше 26 тыс. человек. Памятный день воинской славы установлен Федеральным законом от 13 марта 1995 г.

27 декабря



День спасателей Российской Федерации. В этот день в 1990 г. Советом Министров РСФСР образован Российский корпус спасателей. Необходимость создания частей нынешнего МЧС была вызвана растущим количеством природных и техногенных катастроф. Профессиональный праздник установлен Указом Президента России от 26 ноября 1995 г.

28 декабря



Международный день кино. 28 декабря 1895 г. в индийском салоне «Гран-кафе» на бульваре Капуцинов (Париж, Франция) состоялась публичный показ «Синематографа братьев Люмьер». Этот день принято считать датой рождения кинематографа. Ныне праздник профессионалов и любителей кино отмечается по всему миру.

ГлавВрач – ВАШ ПУТЬ К ЭФФЕКТИВНЫМ УПРАВЛЕНЧЕСКИМ РЕШЕНИЯМ

Ежемесячный журнал «ГлавВрач» предназначен для руководителей учреждений здравоохранения разного уровня — от главных врачей и их заместителей различных лечебно-профилактических учреждений до руководителей здравоохранения муниципального, регионального и федерального уровней

В журнале можно прочитать:

- о перспективах развития отечественного и зарубежного здравоохранения;
- об организации работы медицинских учреждений;
- о принятии новых законодательных и нормативных актов, регламентирующих медицинскую деятельность;
- об интересном региональном и зарубежном опыте в сфере здравоохранения;
- о работе ЛПУ в системах ОМС и ДМС;
- о лекарственном обеспечении;
- об управлении качеством;
- о психологии управления;
- о подготовке кадров;
- о решении трудовых и социальных вопросов;



а также найти много другой интересной и актуальной информации, необходимой руководителям учреждений здравоохранения для принятия эффективных управленческих решений.

Журнал издается Издательским домом «Панорама».

Главный редактор журнала — **А.И. Вялков**, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог «Роспечати» – подписной индекс 80755;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 99650;
- через редакцию – тел./факс отдела подписки: (495) 625-96-11.

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

- авторов;
- фотографов;
- распространителей периодики.
- рекламных агентов.

Контактная информация:

тел. редакции: (495) 625-95-14, e-mail: gv_vop@mail.ru, <http://gv.glav-vrach.ru>

тел. для справок: (495) 749-54-83, 9.00–17.00

На правах рекламы

МЕДСЕСТРА

<http://medsestra.medizdat-press.ru>



Ежемесячный профессиональный журнал для медсестер и руководителей сестринского медперсонала

В издании представлена актуальная информация по основным направлениям деятельности и организации работы сестринского персонала, методах ухода за больными, о нормативно-правовом и информационном обеспечении, а также профессиональном образовании медсестер. Методические разработки. Практические рекомендации. Официальные документы Минздравсоцразвития РФ.

Председатель редакционного совета — А. Ю. Бражников, декан факультета ВСО, профессор кафедры организации и управления сестринским делом ММА имени И.М. Сеченова.

Ежемесячное издание. Объем — 80 с.

В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Перспективы развития сестринского дела

- информация о направлениях развития сестринского дела.

Обмен опытом

- опыт работы специалистов сестринского дела, акушерского дела и других специалистов в области медицины.

Правовые аспекты

- лицензирование и сертификация в практической деятельности менеджера сестринского дела.

Маркетинг в здравоохранении

- маркетинг в сестринском деле и в здравоохранении.
- маркетинг медицинских услуг.

Межрегиональная лига акушерок

- акушерское дело и проблемы его организации.

Здоровый образ жизни

- сохранение и поддержание здоровья населения страны.

Уход за пациентом

- роль медицинской сестры в организации ухода и реабилитации больных.

Инфекционная безопасность

- дезинфекция, асептики и антисептики.

Страховая медицина

- страхование и проблемы в системе ОМС и ДМС.
- организация системы страховой медицины.

Как подписаться на журнал «Медсестра»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46105.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12365.

Телефон для справок: (495) 749-54-83, 9.00—17.00

На правах рекламы

ФИЗИОТЕРАПЕВТ

<http://fizio.medizdat-press.ru>



Научно-практический журнал для врачей-физиотерапевтов

Практика организации физиотерапевтической службы. Оригинальные исследования. Современные методы физиотерапии и новое физиотерапевтическое оборудование. Реабилитация. Курортология. Бальнеология. Проблемы ЛФК и мн. др.

Главный редактор – Г. Н. Пономаренко, д. м. н., профессор, член Межведомственного ученого совета Минздравсоцразвития РФ и РАМН, Комитета МЗСР РФ по новой медицинской технике, сопредседатель Санкт-Петербургского научного медицинского общества физиотерапевтов и курортологов, действительный член РАЕН.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.
В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация работы в физиотерапии

- организация, структура, объем и содержание работы физиотерапевтических подразделений в лечебных учреждениях.

Оригинальные статьи

- результаты исследований лечебных эффектов новых физических методов лечения, помогающих понять связь между воздействием физических методов патогенетической направленности и основными синдромами заболеваний.

Новые технологии

- современные физиотерапевтические технологии и методические подходы к их применению в практической деятельности врача-физиотерапевта.

Официальный отдел

- приказы, информационные письма, положения и методические рекомендации по

физиотерапевтической службе, должностным обязанностям врачей и среднего медицинского персонала физиотерапевтической службы.

Обзоры и диссертации

- научные обзоры, тезисы в области физиотерапии и авторефераты диссертаций;
- перспективные методы лечения по материалам международных исследований, в т. ч. доказательной медицины.

Последипломное образование

- информация о курсах переподготовки, повышения квалификации, сертификационных циклах по физиотерапии.

Лекции

- описание физических методов лечения пациентов с наиболее распространенными нозологическими формами заболеваний.

Как подписаться на журнал «Физиотерапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84881.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 13534.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

Телефон для справок: (495) 749-54-83, 9.00—17.00

На правах рекламы

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
Агентства «Роспечать»

4. СП4

АБОНЕМЕНТ № 46543 (номер заказа)

Врѣя скорой помощи

(наименование издания) Количество экземпляров:

по 20 руб. за экземпляр											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Кубы

(полный адрес) (город)

Коды

(почтовый индекс)

ДОСТАВочная КАРТОчка

№ 46543 (номер заказа)

Врѣя скорой помощи

(наименование издания)

Словесность	количество	руб.		коп.							
		заказ	исп.	заказ	исп.						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

по 20 руб. за экземпляр

Кубы

(полный адрес)

(город)

Коды

(почтовый индекс)

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
«Почта Россия»

4. СП4

АБОНЕМЕНТ № 24216 (номер заказа)

Врѣя скорой помощи

(наименование издания) Количество экземпляров:

по 20 руб. за экземпляр											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Кубы

(полный адрес) (город)

Коды

(почтовый индекс)

ДОСТАВочная КАРТОчка

№ 24216 (номер заказа)

Врѣя скорой помощи

(наименование издания)

Словесность	количество	руб.		коп.							
		заказ	исп.	заказ	исп.						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

по 20 руб. за экземпляр

Кубы

(полный адрес)

(город)

Коды

(почтовый индекс)

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должны быть представлены отрывок кассовой машины.

При оформлении подписки (передплатовки) без кассовой машины на абонементе представляется отрывок календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонумент выдается подписчику с квитанцией об оплате стоимости подписки (передплатовки).

.....

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должны быть представлены отрывок кассовой машины.

При оформлении подписки (передплатовки) без кассовой машины на абонементе представляется отрывок календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонумент выдается подписчику с квитанцией об оплате стоимости подписки (передплатовки).

.....

Для оформления подписки на газету или журнал,

а также для передплатовки платные бланк абонемента с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами, разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями, изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных календарей при передплатовке издания, а также календарей «ПВ-МЕСТО» производится работниками корреспондентской связи и подписных агентств.

Для оформления подписки на газету или журнал,

а также для передплатовки платные бланк абонемента с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами, разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями, изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных календарей при передплатовке издания, а также календарей «ПВ-МЕСТО» производится работниками корреспондентской связи и подписных агентств.

.....

.....

Выгодное предложение!

Подписка на 1-е полугодие по льготной цене – 2760 руб. (подписка по каталогам – 3450 руб.)

Оплатив этот счет, **вы сэкономите на подписке около 20%** ваших средств.

Почтовый адрес: 125040, Москва, а/я 1

По всем вопросам, связанным с подпиской, обращайтесь по тел.:

(495) 749-2164, 211-5418, 749-5483, тел./факс (495) 250-7524 или по e-mail: podpiska@panor.ru

ПОЛУЧАТЕЛЬ:

ООО Издательство «Профессиональная Литература»

ИНН 7718766370	КПП 771801001	р/сч. № 40702810438180001886	Вернадское ОСБ №7970, г. Москва
----------------	---------------	------------------------------	---------------------------------

БАНК ПОЛУЧАТЕЛЯ:

БИК 044525225	к/сч. № 30101810400000000225	Сбербанк России ОАО, г. Москва
---------------	------------------------------	--------------------------------

СЧЕТ № 1ЖК2010 от « _____ » _____ 2009

Покупатель:

Расчетный счет №:

Адрес:

№№ п/п	Предмет счета (наименование издания)	Кол-во экз.	Цена за 1 экз.	Сумма	НДС 0%	Всего
1	Врач скорой помощи (подписка на I полугодие 2010 г.)	6	460	2760	Не обл.	2760
2						
3						
ИТОГО:						
ВСЕГО К ОПЛАТЕ:						

Генеральный директор



К.А. Москаленко

К.А. Москаленко

Главный бухгалтер

Л.В. Москаленко

Л.В. Москаленко

ВНИМАНИЮ БУХГАЛТЕРИИ!

В ГРАФЕ «НАЗНАЧЕНИЕ ПЛАТЕЖА» ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ ТОЧНЫЙ АДРЕС ДОСТАВКИ ЛИТЕРАТУРЫ (С ИНДЕКСОМ) И ПЕРЕЧЕНЬ ЗАКАЗЫВАЕМЫХ ЖУРНАЛОВ.

НДС НЕ ВЗИМАЕТСЯ (УПРОЩЕННАЯ СИСТЕМА НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ).

ОПЛАТА ДОСТАВКИ ЖУРНАЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗДАТЕЛЬСТВОМ. ДОСТАВКА ИЗДАНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПОРТЕ ЦЕННЫМИ БАШЕРОДЯМИ ЗА СЧЕТ РЕДАКЦИИ. В СЛУЧАЕ ВОЗВРАТА ЖУРНАЛОВ ОТПРАВИТЕЛЮ, ПОЛУЧАТЕЛЬ ОПЛАЧИВАЕТ СТОИМОСТЬ ПОЧТОВОЙ УСЛУГИ ПО ВОЗВРАТУ И ДОСЫЛУ ИЗДАНИЙ ПО ИСТЕЧЕНИИ 15 ДНЕЙ.

ДАННЫЙ СЧЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ НА ИЗДАНИЯ ЧЕРЕЗ РЕДАКЦИЮ И ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОДПИСЧИКОМ. СЧЕТ НЕ ОТПРАВЛЯТЬ В АДРЕС ИЗДАТЕЛЬСТВА.

ОПЛАТА ДАННОГО СЧЕТА-ОФЕРТЫ (СТ. 432 ГК РФ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ЗАКЛЮЧЕНИИ СДЕЛКИ КУПИЛИ-ПРОДАЖИ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ (П. 3 СТ. 434 И П. 3 СТ. 438 ГК РФ).

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ

Поступ. в банк плат.	Списано со сч. плат.				
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №		Дата	Вид платежа		
Сумма прописью					
ИНН	КПП	Сумма			
Плательщик		Сч.№			
		БИК			
Банк Плательщика Сбербанк России ОАО, г. Москва		Сч.№			
		БИК	044525225		
Банк Получателя ИНН 7718766370 КПП 771801001		Сч.№	30101810400000000225		
		Сч.№	40702810438180001886		
Получатель ООО Издательство «Профессиональная Литература» Вернадское ОСБ 7970 г. Москва		Вид оп.	Срок плат.		
		На счл.	Очер. плат.		
		Код	Рез. поле		
Оплата за подписку на журнал Врач скорой помощи (___ экз.) на 6 месяцев, без налога НДС (0%). ФИО получателя Адрес доставки: индекс _____, город _____ ул. _____, дом _____, корп. _____, офис _____ телефон _____, e-mail: _____					
Назначение платежа					
Подписи			Отметки банка		
М.П.		_____		_____	

При оплате данного счета в платежном поручении в графе «**Назначение платежа**» обязательно укажите:

- ❶ **Название издания и номер данного счета**
- ❷ **Точный адрес доставки (с индексом)**
- ❸ **ФИО получателя**
- ❹ **Телефон (с кодом города)**

По всем вопросам, связанным с подпиской, обращайтесь по тел.:

(495) 922-1768, 211-5418, 749-5483,
 тел./факс **(495) 250-7524**
 или по e-mail: **podписка@panor.ru**