

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

Поступ. в банк плат.		Списано со сч. плат.		XXXXXXX	
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №			Дата		электронно Вид платежа
Сумма прописью		ИНН		Сумма	
ИИН		КПП		Сч. №	
Плательщик			БИК		Сч. №
Банк плательщика			БИК		Сч. №
Сбербанк России ОАО, г. Москва			БИК		044525225
Банк получателя			Сч. №		30101810400000000225
ИНН 7718766370		КПП 771801001		Сч. №	
ООО Издательство «Профессиональная Литература»		Вернадское ОСБ №7970, г. Москва		Сч. №	
Получатель		Код		Сч. №	
Вид оп.		01		Срок плат.	
Наз. пл.				Очер. плат. 6	
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.		_____		_____	

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

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ»

В редакцию журнала предоставляются:

1. Авторский оригинал статьи (на русском языке) – в распечатанном виде (с датой и подписью автора) и в электронной форме (первый отдельный файл на CD-диске/по электронной почте), содержащей текст в формате «Word» (версия 1997–2003).

Весь текст набирается шрифтом Times New Roman Cyr, кеглем 12pt, с полуторным междустрочным интервалом. Отступы в начале абзаца – 0,7 см, абзацы четко обозначены. Поля (в см): слева и сверху – 2, справа и снизу – 1,5. Нумерация – «от центра» с первой страницы. **Объем статьи** – не более 15–16 тыс. знаков с пробелами (с учетом аннотаций, ключевых слов, примечаний, списков источников).

Структура текста:

– **Сведения об авторе/авторах:** имя, отчество, фамилия, должность, место работы, ученое звание, ученая степень, домашний адрес (с индексом), контактные телефоны (раб., дом.), адрес электронной почты, – размещаются перед названием статьи в указанной выше последовательности (с выравниванием по правому краю).

– **Название статьи.**

– **Аннотация статьи** (3–10 строк) об актуальности и новизне темы, главных содержательных аспектах, размещается после названия статьи (курсивом).

– **Ключевые слова** по содержанию статьи (8–10 слов) размещаются после аннотации.

– **Основной текст статьи** желательно разбить на подразделы (с подзаголовками).

Инициалы в тексте набираются через неразрывный пробел с фамилией (одновременное нажатие клавиш «Ctrl» + «Shift» + «пробел»). Между инициалами пробелов нет.

Сокращения типа т. е., т. к. и подобные набираются через неразрывный пробел.

В тексте используются кавычки «...», если встречаются внутренние и внешние кавычки, то внешними выступают «елочки», внутренними «лапки» – «...”...”».

В тексте используется длинное тире (–), получаемое путем одновременного нажатия клавиш «Ctrl» + «Alt» + «–», а также дефис (-).

Таблицы, схемы, рисунки и формулы в тексте должны нумероваться; схемы и таблицы должны иметь заголовки, размещенные над схемой или полем таблицы, а каждый рисунок – подрисуночную подпись.

– **Список использованной литературы / использованных источников** (если в список включены электронные ресурсы) оформляется в соответствии с принятыми стандартами, выносится в конец статьи. Источники даются в алфавитном порядке (русский, другие языки). Отсылки к списку в основном тексте даются в квадратных скобках [номер источника в списке, страница].

– **Примечания** нумеруются арабскими цифрами (с использованием кнопки меню текстового редактора «надстрочный знак» – x²). При оформлении библиографических источников, примечаний и ссылок автоматические «сноски» текстового редактора не используются. «Сноска» дается в подстрочнике на 1 странице в случае указания на продолжение статьи и/или на источник публикации.

– **Подрисуночные подписи** оформляются по схеме: название/номер файла иллюстрации – пояснения к ней (что/кто изображен, где; для изображений обложек книг и их содержимого – библиографическое описание; и т. п.). Номера файлов в списке должны соответствовать названиям/номерам предоставляемых фотоматериалов.

2. Материалы на английском языке – информация об авторе/авторах, название статьи, аннотация, ключевые слова – в распечатанном виде и в электронной форме (второй отдельный файл на CD / по электронной почте), содержащей текст в формате «Word» (версия 1997–2003).

3. Иллюстративные материалы – в электронной форме (фотография автора обязательна, иллюстрации) – отдельными файлами в форматах TIFF/JPG разрешением не менее 300 dpi.

Не допускается предоставление иллюстраций, импортированных в «Word», а также их ксерокопий. Ко всем изображениям автором предоставляются подрисуночные подписи (включаются в файл с авторским текстом).

4. Заполненный в электронной форме Договор авторского заказа (высылается дополнительно)

5. Рекомендательное письмо научного руководителя – обязательно для публикации статей аспирантов и соискателей.

Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

Статьи, оформленные без учета вышеизложенных Правил, к публикации не принимаются.

Правила составлены с учетом требований, изложенных в Информационном письме Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки РФ от 14.10.2008 № 45.1–132 (<http://vak.ed.gov.ru/ru/list/inffletter-14-10-2008/>).



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



ГИЛЬДИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ

Рецензируемый журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» № 3/2010

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 издательства:
medizdat@bk.ru

Подписано в печать 15.02.10.
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.

ОТ РЕДАКТОРА*А.Л. Вёрткин, М.А. Фельдман*

«Скорая» опять на пороге перемен! О совершенствовании работы «03» 6

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин*

Электронные активы (информационные технологии в службе СМП) 11

П.П. Лесенко, А.В. Лесенко, В.П. Мелешко, П.А. Михеев, В.В. Мороз, З.А. Мусакиева

Качество диагностики и оказания медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе врачами станции скорой медицинской помощи города Норильска за 2007–2008 гг. 13

Л.Е. Белый

Современные аспекты медикаментозного купирования почечной колики 23

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин

Экспертиза качества скорой медицинской помощи на вызовах с летальным исходом (методика и внедрение) 27

А.П. Шадрин, С.Н. Морозов

Опыт применения противошокового костюма при транспортной травме на догоспитальном этапе в г. Якутске 30

НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ*Е.Ю. Тихоновская, А.Л. Вёрткин*

Оптимизация терапии неотложных состояний, ассоциированных с приемом этанола у соматических больных в стационаре скорой медицинской помощи 32

ЭТО ИНТЕРЕСНО*О.А. Штегман*

Ведение больных с острым коронарным синдромом с использованием тромболитической терапии 46

*Е.В. Василенко*Исследование аминокислотного и минерального состава травы псефеллюса подбеленного *Psephellus dealbatus* (Willd.) C. Koch 55

Основные положения практических рекомендаций Национальной Академии Клинической Биохимической Лабораторной Медицины США (NACB). Использование биомаркеров для начального обследования при острых коронарных синдромах (ОКС) 58

ОБЗОРЫ*Б.И. Барташевич, И.Б. Карлова*

Кровоостанавливающий жгут — истины, которые не совсем истины (обзор литературы) 62

ВАЖНО

Как правильно писать: «слитно» или «раздельно». О разграничении понятий «скорая медицинская помощь» и «первая помощь» 71

FROM EDITOR*A.L. Vertkin, M.A. Feldman*

Ambulance is again on the eve of changes! About improving the work of «03» 6

ORIGINAL RESEARCH*O.V. Savelyev, S.Yu. Xabibulin*

Electronic assets (information technologies in ambulance service) 11

*P.P. Lesenko, A.V. Lesenko, V.P. Meleshko, P.A. Mikheev, V.V. Moroz, Z.A. Musakieva*Quality of diagnostics and medical aid performance in the case of polytrauma
at prehospital stage by ambulance station doctors of Norilsk city in 2007–2008 13*L.E. Belyi*

Modern aspects of medicated nephrocolica stopping 23

*O.V. Savelyev, S.Yu. Xabibulin*Expertise of emergency call service quality at medical emergency calls
with fatal cases (methodic and insertion) 27*A.P. Shadrin, S.N. Morozov*Experience of antishock costume use in the case of transport trauma
at prehospital stage in Yakutsk city 30**PHARMACOTHERAPY NEWS***E.Yu. Tikhonovskaya, A.L. Vertkin*Optimization of emergencies therapy, associated with reception of ethanol by patients
with somatic pathology in an emergency in-patient clinic 32**IT IS INTERESTING***O.A. Shtegman*Curation of patients with acute coronary syndrome by means
of thrombolytic therapy use 46*E.V. Vasilenko*Investigation of amino acid and mineral composition
of *Psephellus dealbatus* (Willd.) C. Koch herb 55I main articles of practical recommendations of national academy
of clinical biochemical laboratory medicine of USA (NACB) 58**REVIEWS***B.I. Bartashevich, I.B. Karlova*

Blood-stopping garrot — truth, that is not true (literature review) 62

IMPORTANTHow correctly to write: «together» or «separately».
About differentiation of concepts «emergency aid» and «first aid» 71

«СКОРАЯ» ОПЯТЬ НА ПОРОГЕ ПЕРЕМЕН! О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАБОТЫ «03»

А.Л. Вёрткин, М.А. Фельдман, ННПОСМП

AMBULANCE IS AGAIN ON THE EVE OF CHANGES! ABOUT IMPROVING THE WORK OF «03» ...

A.L. Vertkin, M.A. Feldman

Почти 10 лет назад, а если быть предельно точным, то 15 сентября 2000 года врач московской станции СМП Людмила Абашкина получила удостоверение Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) № 1. С этого началась история, созданного по инициативе Российской академии медицинских наук (РАМН) и Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), общества сотрудников «скорой».

Четыре важные задачи

Насколько это было необходимо, неужели многолетний труд врачей и фельдшеров до той поры не был оценен? Соответствует ли уровень образования и образованности медицинского персонала «скорой» современным требованиям цивилизованного общества? Как живет и трудится главный участник, приходящий на помощь пациенту при неотложных состояниях, природных и иных катаклизмах? Вот лишь краткий перечень вопросов, которые мы задали, прежде всего, себе, планируя длительную, кропотливую, не простую, во многом непрогнозируемую работу. Однако, без особых колебаний, невзирая на многочисленные порой недоумения (почему, к примеру, скорой помощью должен заниматься стоматологический ВУЗ?!) с большим энтузиазмом принялись за дело. Руководствовались мы при этом следующими аргументами:

- Согласно официальным данным скорая медицинская помощь (СМП) — самый массовый вид медицинской помощи населению страны, ежегодно осуществляющая более 50 млн выездов к пациентам.

- Демографическая ситуация в стране, обусловленная высокой смертностью населения от сердечно-сосудистых заболеваний, требовала расстановки правильных акцентов. К людям пришло понимание, что при острой боли в груди, высоком уровне артериального давления (АД), приступе аритмии или тяжелой одышке, следствием чего может быть смертельный исход, каждый должен набрать две до боли известные цифры «03».

- Врач или фельдшер СМП это не только специалист, профессионально оказывающий немедленную помощь, способный верно в считанные минуты определить единственную в конкретной ситуации тактику ведения пациента.

- Где изыскать ресурсы для улучшения работы «скорой».

В качестве первого шага было решено улучшить качество медицинской помощи на догоспитальном этапе — на этапе СМП. Для этого предстояло приобрести опыт использования клинических рекомендаций по ведению больных с неотложными состояниями или синдромами, требующими ургентной помощи, разработать стандарты медицинской помощи, улучшить систему профессиональной подготовки и переподготовки врачей и фельдшеров СМП, в том числе с помощью дистанционных технологий, привлечь молодых специалистов к научно-практической деятельности СМП. Встали и другие вопросы — улучшить возможности общения сотрудников разных станций СМП, проводя конференции, семинары, используя Интернет-ресурс, специальную литературу, создать систему, способствующую росту престижа «скорой» в стране.

Почему начали с лекарств

О том, что без стандартов не обойтись, ясно было всем. В подготовке их приняли участие сотрудники Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), Самарского госмедуниверситета, Новгородской медакадемии и многие другие ведущие учреждения страны. Работа над ними включала несколько этапов.

На первом (2000–2005) были организованы и проведены клинические исследования лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения на станциях СМП. Они стали первыми в стране открытыми, контролируемыми многоцентровыми клиническими исследованиями. Это не означало, что были предложены совершенно новые направления терапии на догоспитальном этапе. Нет, многие из них были хорошо известны в стационарах, но по каким-то причинам не нашли своего места на «скорой». Среди них **БАНТ**: эффективность небулайзерной терапии, которая была отмечена у 4539 больных бронхиальной астмой в 32-х городах России и Казахстана, показавшая хороший результат (97,6%), уменьшение частоты госпитализаций и повторных вызовов. **КРИЭК**: применение нифедипина и каптоприла при неосложненном гипертоническом кризе (ГК) у 2187 больных в 18 городах России и Казахстана, показавшее высокую эффективность (89,6%) купирования ГК пероральными лекарственными препаратами, уменьшение частоты госпитализаций и повторных вызовов, соответственно в 2,5–3 раза. **ЭЛОК**: применение эналаприлата (энап Р) при осложненном гипертоническом кризе у 194-х пациентов в 6-ти городах России и подтвердившее эффективность лечения ГК у подавляющего большинства больных (89,6%). **НОКС**: применение нитроспрея и внутривенной форм нитроглицерина у 252-х пациентов с острым коронарным синдромом в 13-ти городах России, и доказавшее не меньшую эффективность сублингвального использования нитроглицерина. **ЭБИВА**: сравнение анальгетической активности (лорноксикам, кеторалак) и безопасности парантерально вводимых растворов нестероидных противовоспалительных препаратов (1021 пациент, 11 городов России). **АЗЭТ**: эффективность лечения острых аллергических заболеваний антигистаминными препаратами 2-го — 3-го поколений и др. Все это подтвердило, что их надо активней внедрять в практику. Создана сис-

тема оказания медицинской помощи при острых сосудистых катастрофах — острый коронарный синдром (внедрены экспресс-технологии с использованием тропонина, тромболизис внедряется на большом количестве станций уже на протяжении последних 5-ти лет), инсульте (создан алгоритм протективной защиты мозга с использованием современных лекарственных средств, в частности цитиколина — цераксона и др.). Особое место уделяется вопросам разработки медикаментозной помощи при острых алкоголь-ассоциированных состояниях, направленных на защиту поврежденных органов и др.

Параллельно были затрачены усилия на работу с литературой, посвященной неотложной медицине. Были переведены на русский язык и адаптированы к нашим условиям рекомендации многих научных обществ, опубликованные в последние годы. В итоге получился документ, основанный на доказательных исследованиях, опыте ведущих вузов и НИИ России и подтвержденный на практике.

На следующем этапе мы передали Стандарты в Министерство здравоохранения и социального развития РФ, для экспертной оценки их разослали в Департаменты здравоохранения и станции СМП более 100 городов РФ. В обсуждении приняли участие руководители Министерств здравоохранения республик и областей; главные внештатные специалисты по СМП, руководители городских департаментов здравоохранения; главные врачи больниц скорой помощи, а также заведующие кафедрами скорой медицинской помощи, главные и старшие врачи станций СМП и др. Министерство утвердило 46 стандартов. Среди них в классе «болезни системы кровообращения»: острый инфаркт миокарда, стенокардия, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, нарушения сердечного ритма, инсульт и т. д.

Знания — надежная опора

Для реализации планов Общества по улучшению системы образования специалистов СМП на первом этапе стало необходимо создать научно-практическую библиотеку СМП. Для этой цели подготовили учебники для фельдшеров и врачей, клинические руководства, в том числе по дистанционному образованию, монографии по фармакотерапии неотложных состояний, методические рекомендации по оказанию скорой помощи на догоспитальном этапе и др. Причем все указан-

ные материалы были утверждены соответствующими структурами и рекомендованы в качестве учебных пособий для медицинских колледжей и вузов РФ.

Для реализации до- и последипломного образования подготовили и утвердили образовательные программы, сертификационные циклы и циклы усовершенствования по всем разделам скорой помощи. Сегодня Общество, совместно с профильными кафедрами МГМСУ осуществляет образовательную программу Минздравсоцразвития по СМП (острые сосудистые и травматические катастрофы) для преподавателей медицинских колледжей страны. Знания студенты и курсанты получают на лекциях, клинических разборах больных, в симуляционных классах, в ходе тестовых заданий, экзаменов и др. В качестве дополнительных ресурсов для повышение квалификации сотрудников СМП создали сайт ННПОСМП и специальные журналы «Врач скорой помощи» и «Неотложная терапия», открыты рубрики по СМП более чем в 15-ти журналах, выпускаемых в РФ и т. д.

ННПОСМП постоянно организует выездные региональные конференции в разных регионах России. За прошедшие годы таких конференций проведено более 100. Члены общества активно участвует в Национальных конгрессах кардиологов, терапевтов, пульмонологов, ежегодном Всероссийском конгрессе «Человек и лекарство» и др. В 2009 году проведена первая международная конференция «СМП в мегаполисе» в Турции.

Кадры, которые решают все

Важным итогом работы ННПОСМП стала организация и проведение в Москве в октябре 2005 года Первого Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи и «Круглого стола» в Государственной Думе в декабре 2005 года. Решения съезда сыграло главную роль в привлечении общественного интереса к скорой помощи. Интересным проектом Общества стала инициатива проведения юбилеев станций СМП и они состоялись в Сарапуле, Троицке и Великом Новгороде, Якутске, Новотроицке, Сургуте, Северодвинске, Краснодаре, Волгограде и др. Поскольку трудно себе представить сегодня работу «скорой» без кадров высокой квалификации, то важным разделом работы Общества стало самообразование врачей, повышение их мотивации к непрерывному совершенствованию и пополнению знаний.

Общество взяло на себя подготовку интернов, ординаторов и аспирантов. На базе кафедры клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета подготовлено более 40 клинических ординаторов, 10 аспирантов и 25 интернов по специальности «врач скорой помощи», врачами СМП защищено 3 докторские и 9 кандидатских диссертаций.

2007 год ознаменовался новым этапом развития СМП в стране — состоялся Второй Всероссийский съезд врачей скорой медицинской помощи. Делегатами съезда стали 570 представителей из 69-ти субъектов Российской Федерации. В своих выступлениях они отмечали, что реализация Национального проекта «Здоровье» позволила за сравнительно небольшой срок достичь существенных сдвигов в области охраны здоровья граждан Российской Федерации. Благодаря проекту повысились денежные выплаты медицинским работникам «скорой». Расходы с начала года составили 2,994 млрд руб. Это позволило привлечь в службу СМП дополнительные медицинские кадры и привело к снижению коэффициента совместительства врачей. При реализации мероприятий Национального проекта удалось обновить каждую третью работающую на линии автомашину и существенно сократить время доезда бригады «скорой». Почетные грамоты, награждения значками «Отличнику здравоохранения» также сыграли положительную роль в работе с кадрами.

В пяти Всероссийских конкурсах на звание «Лучший врач года», которые будут проводиться в девятый раз, 6 наших врачей стали его победителями, два из них удостоены высшим призом конкурса — «Хрустальной Гигиеей». А в этом году впервые в Положении о конкурсе появилась самостоятельная номинация — «Лучший врач скорой медицинской помощи».

В соответствии с предложением Минздравсоцразвития РФ о совершенствовании нормативной базы кадрового менеджмента по специальности «скорая медицинская помощь» ННПОСМП начало подготовку создания новой образовательно-кадровой модели врача скорой медицинской помощи. Главным в этой модели является непрерывное профессиональное развитие, начинающееся после завершения базового медицинского образования и продолжающееся после этого в течение всей профессиональной жизни каждого врача. Международный опыт Великобритании, Ав-

стралии, Германии, некоторых штатов США, и многолетний опыт работы подготовки врачей СМП в УГМА (Екатеринбург), Санкт-Петербурге и в МГМСУ доказывает, что задача может быть достигнута путем создания системы непрерывного внутривузовского/постградуального образования, при котором мотивация и выбор специализации происходят уже на младших курсах медицинского вуза.

В этой связи мы предлагаем ряд шагов по оптимизации подготовки специалистов СМП. Среди них — повысить требования к выпускникам по специальности «лечебное дело» к уровню компетенций в вопросах оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, разработать и внедрить систему непрерывной «сквозной» профессиональной ориентации студентов на получение данной специальности на всех уровнях до- и последиplomного образования. Система должна в рамках единого шестилетнего обучения в медицинском вузе уже на младших курсах обеспечить студенту возможность получить знания и навыки по специальным дисциплинам (набор «кредитов»), проходить производственную практику на станциях СМП и в отделениях неотложной помощи, начиная с должностей медицинской сестры после 3-го курса и фельдшера или «помощника» врача СМП — после 4-го курса медицинского вуза, проходить сертификацию и присвоение квалификационной категории по полученной специальности и другое.

Также важно в связи с существованием в России безврачебных бригад СМП обеспечить возможность профессионального усовершенствования для фельдшеров, имеющих стаж работы на «скорой». В настоящее время Минздравсоцразвития РФ для снижения нагрузки на службу СМП, количества необоснованных вызовов и вызовов к хроническим больным проводит работу по совершенствованию деятельности службы неотложной медицинской помощи. Для этой цели создана рабочая группа профильной комиссии «терапия и врач общей практики».

Сегодня ННПОСМП — это большой отряд профессионалов, в нем состоит 3871 человек. Это мощный потенциал способный решить самые насущные вопросы. На юбилейном форуме «Скорая помощь — 2009», который впервые в истории СМП проходил совместно с конгрессом терапевтов в декабре 2009 года, было принято, что будет продолжена работа по стандартизации и обеспечению преемственности всех служб, интеграция в Государственные программы по улучшению здоровья населения, страхование персонала СМП, внедрению новых диагностических и лечебных технологий, практике проведения клинических исследований, симуляционного обучения и др. Словом, работа СМП продолжается, а ее результаты послужат дальнейшему укреплению здоровья наших соотечественников.

	<p style="text-align: center;">Скорая помощь Руководство для фельдшеров и медсестер А.Л. Вёрткин</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Медсестринское образование — самая актуальная медицинская тема на сегодняшний день. ✦ Автор — руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи. ✦ Принципиально новая форма изложения — система подробных алгоритмов, понятных даже читателям без медицинского образования.
<p>Конг. Информация для приобретения книги:</p> <p>127299, г. Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18, корп. 5</p> <p>Телефон/факс: +7 (495) 411-68-86, 611-05-60</p>	<p>Реально ли предотвратить грозные последствия тяжелых заболеваний и патологических состояний? Да, овладев новейшими знаниями об оказании экстренной медицинской помощи на ранних этапах.</p> <p>Принципиально новая форма изложения позволила сделать доступными эти вопросы при широко известных и редких патологиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при острой хирургической патологии; - при неврологических болезнях, эндокринопатиях; - при психиатрических, нефрологических, гинекологических и урологических катастрофах. <p>Даже читателям без медицинского образования будет понятна оригинальная наглядная информация по первой доврачебной помощи.</p> <p>Книга предназначена для студентов медицинских колледжей, вузов, среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи, отделений неотложной помощи, отделений неотложной помощи, стационаров и поликлиник.</p>
<p>Целевая аудитория</p>	<p>Для среднего медицинского персонала Скорой медицинской помощи, отделений неотложной помощи, стационаров и поликлиник, студентов медицинских колледжей, вузов.</p>

На правах рекламы

Шанс

Школа
Неотложных
Состояний

Кратковременные
интенсивные курсы
симуляционного обучения.

Эффективность обучения



Основные программы

1. Базовые мероприятия по жизнеобеспечению (BLS)

2. Специализированные мероприятия сердечно-легочной реанимации (ALS)



Московский государственный
медико-стоматологический университет



Национальное научно-практическое общество
скорой медицинской помощи

Основная программа предусматривает два дня занятий по 6 часов.

Возможно включение дополнительных модулей:

- Неотложные состояния в кардиологии
- Оборудование автомобиля скорой помощи
- Правила использования автомобильной аптечки первой помощи

Занятия проводятся в группах по 6 человек.



ЭЛЕКТРОННЫЕ АКТИВЫ (ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЛУЖБЕ СМП)

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин
Муниципальное учреждение здравоохранения
«Городская станция скорой медицинской помощи» городской округ Тольятти

ELECTRONIC ASSETS (INFORMATION TECHNOLOGIES IN AMBULANCE SERVICE)

O.V. Savelyev, S.Yu. Khabibulin



Савельев О. В.

Резюме

С 2004 года в Департаменте здравоохранения мэрии (ДЗ) городского округа Тольятти была создана компьютерная сеть для медицинских учреждений города, которая получила

название «INTRONET». По сравнению с Интернетом она имеет ряд преимуществ:

- бесплатность для лечебно-профилактических учреждений;
- изолированность от других сетей;
- сопровождение (создание почтовых ящиков, наладка, сопровождение и защита) специалистами ДЗ.

Ключевые слова: передача, вызовы, поликлиники, карта СМП, специалист, сопровождение, терапия, «актив»

Summary

Since 2004 in the Health Care Department of City Executive Board of Tolyatti region was organized the computer network for medical establishments in the city which was called «INTRONET». It has some advantages comparatively with Internet:

- it is free for medical establishments
- it is isolated from others nets
- it is supported (post boxes creation, adjustment, support and protection) by Health Care Department specialists



Хабибулин С. Ю.

Key words: passing, calls, polyclinics, ambulance map, specialist, support, therapy, «asset».

В связи с появлением новых возможностей передачи и приема информации администрацией Муниципального учреждения здравоохранения Городской станции скорой медицинской помощи (МУЗ ГССМП) было принято решение использовать INTRONET для обмена информацией с другими ЛПУ города.

Первым этапом в этой работе стала передача «активных вызовов» — информации в поликлиники о вызовах СМП к пациентам, которым требуется динамическое амбулаторное наблюдение и коррекция получаемой терапии. Кроме этого, появилась возможность передавать информацию не только об этих пациентах, но обо всех вызовах СМП на квартиры.

До этого момента «активы» передавались в регистратуры поликлиник по телефону, занимали продолжительное время, на качество передачи влияли неустойчивость связи и «человеческий фактор».

На первом этапе внедрения отработывалась технология (компьютерные программы, порядок передачи и приема данных, уточнение необходимой информации). При этом оставался прежний механизм передачи «активов» — телефонный.

Следующим этапом стала предварительная апробация (практическая отработка технологий, разрешение возникающих вопросов). Механизм передачи «активов» — телефонный, дополненный электронным вариантом.

В завершающей стадии внедрения передача «активов» происходит только в электронном виде.

Для защиты информации о пациентах от несанкционированного доступа были приняты соответствующие меры:

- применяется кодификатор диагнозов,
- файлы защищаются паролем,
- приказами по учреждениям назначены ответственные по передаче и приему информации с подпиской об ответственности за разглашение врачебной тайны.

В результате проведенной работы сложился следующий алгоритм передачи «активов»:

Утром до 9:00 старший врач на своем компьютере делает специальную выборку вызовов СМП на квартиры за истекшие сутки (или за несколько суток, если накануне были выходные или праздничные дни) и передает эту выборку в отдел медстатистики. В выборке отдельно отмечены вызова СМП с «активами». На них поликлинике необходимо обратить особое внимание. Кроме того, для удобства участковых врачей в выборке указываются телефоны, по которым вызывали СМП. Операция занимает 20–30 секунд.

Медицинский статистик до 9:20, при помощи специально созданной компьютерной программы, обрабатывает выборку на своем компьютере (разделение вызовов по адресным базам поликлиник, архивирование, защита паролем) и по сети INTRONET рассылает полученные файлы по электронным почтовым ящикам поликлиник. Операция занимает 1 минуту.

Дальнейшая обработка этой информации осуществляется программистами и статистиками поликлиник.

С января 2007 года и по настоящее время система зарекомендовала себя эффективной и работающей стабильно. В крайне редких случаях сбоях сети медстатистик возвращается на резервный телефонный вариант передачи «активов».

Таким образом, мы добились 100 % своевременной передачи информации в поликлиники о «домашних» вызовах СМП. В том числе и «активов».

В настоящее время нами отрабатывается возможность подобного информационного взаимодействия с больницами.

Это позволит:

- Уточнять список пациентов, доставленных бригадами СМП, но не госпитализированных в стационар,
- Выявлять случаи необоснованной доставки бригадами СМП пациентов, не госпитализированных в стационар,
- Проводить анализ расхождения диагнозов СМП компьютерными средствами и рассматривать его с любой точки зрения (по подстанциям, по профилю бригад, по нозологическим группам, по руководителям бригад и т. п.)

Перспектива обмена информацией с больницами:

- Полная независимость от возвращаемости талонов к сопроводительным листам СМП.
- Отпадет необходимость в оформлении возвратных талонов, оставив только сопроводительный лист СМП.

КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВРАЧАМИ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА НОРИЛЬСКА ЗА 2007–2008 гг.

П.П. Лесенко, А.В. Лесенко, В.П. Мелешко,
П.А. Михеев, В.В. Мороз, З.А. Мусакиева
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Норильск

QUALITY OF DIAGNOSTICS AND MEDICAL AID PERFORMANCE IN THE CASE OF POLYTRAUMA AT PREHOSPITAL STAGE BY AMBULANCE STATION DOCTORS OF NORILSK CITY IN 2007–2008

P.P. Lesenko, A.V. Lesenko, V.P. Meleshko,
P.A. Mikheev, V.V. Moroz, Z.A. Musakieva

Целью исследования явился статистический анализ качества диагностики и эффективности оказания медицинской помощи больным с множественными, комбинированными и сочетанными травмами в муниципальном образовании г. Норильск Красноярского края для улучшения качества оказываемой помощи больным данной категории на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: диагностика, политравма, скорая помощь, пострадавшие, срочная госпитализация, переломы.

Key words: diagnostics, polytrauma, ambulance, injured persons, urgent hospitalization, fractures.

Задачи

1. Провести анализ диагностики при политравме на этапе оказания скорой медицинской помощи.
2. Оценить качество и объем оказываемой неотложной помощи при политравме на догоспитальном этапе.
3. Доказать снижение количества летальных исходов в зависимости от скорости прибытия на место происшествия и качества оказания специализированной помощи.
4. Зависимость досуточной летальности и смерти в ПДО от своевременности доезда и

качества оказания экстренной медицинской помощи на ДГЭ пострадавшим с политравмой.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ диагностики и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе бригадами СМП муниципального образования г. Норильск у 275-ти больных с политравмой различной степени тяжести за период 2007–2008 гг.

По Норильску, Талнаху и Кайеркану за 2007–2008 гг. было зафиксировано 19 236 происшествий. Из данного количества было отобрано для анализа 275 выездных карт с множественными, комбинированными и сочетанными травмами. Из них причиной травмы стали случаи ДТП в количестве 61 (22,2%), количество пострадавших в этих дорожно-транспортных происшествиях — 64 человека.

Из 275-ти случаев множественные, комбинированные и сочетанные травмы были получены по следующим причинам: дорожно-транспортные происшествия — 64 случая, падение с высоты — 36 случаев, бытовые травмы — 175 случаев.

Таблица 1

Количество пострадавших	2007 г.				2008 г.			
	Норильск	Талнах	Кайеркан	всего	Норильск	Талнах	Кайеркан	всего
Всего ДТП				195				195
Пострадавшие в ДТП				280				253
Пострадавшие в ДТП с политравмой	20	4	5	29	24	10	2	36
Падение с высоты	9	3	0	12	20	2	2	24
Бытовые травмы	63	25	3	91	73	8	3	84

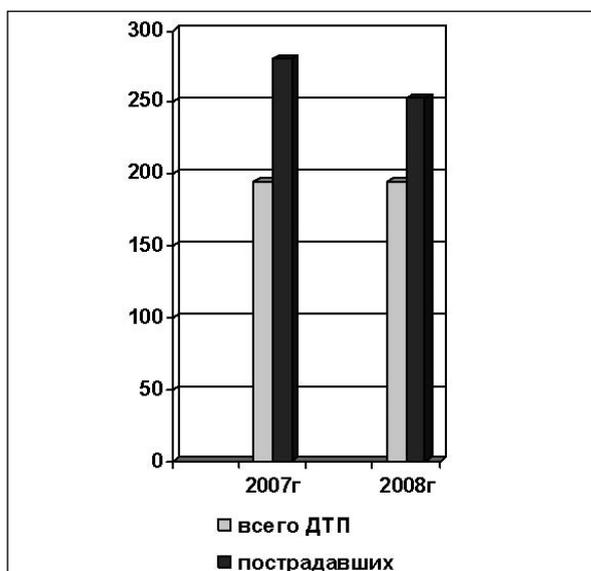


Рис. 1а

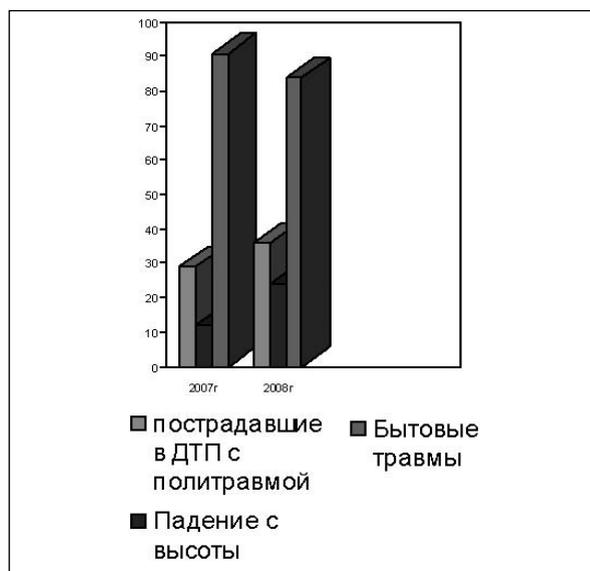


Рис. 1б

По ССМП в 2007–2008 годах зарегистрировано по 195 случаев ДТП в каждом году, в которых пострадало 280 человек в 2007 году и 253 человека в 2008 году (табл. 1).

В 2008 году количество пострадавших уменьшилось на 27 человек.

- По сравнению с 2007 годом в 2008 году количество пострадавших в ДТП, получивших множественные, комбинированные и сочетанные травмы, увеличилось на 7 человек.

- Травм, полученных при падении с высоты, в 2008 году увеличилось в 2 раза.

- Количество травм полученных вследствие бытовых причин уменьшилось на 7 случаев (рис. 1а, б).

Структура травм по нозологии проявилась тенденцией к увеличению в 2008 г.:

- переломами костей верхних и нижних конечностей в 22,5% случаев, в 2007 г. — 19,7%.

- повреждений костей черепа и ЧМТ в 47,1% случаев, в 2007 г. — 42,3%.

- переломами костей таза, грудной клетки и позвоночника — 11,1% случаев.

В 2008 году снизился:

- процент переломов костей таза, позвоночника, внутренних органов на 1,6% случаев

- процент мелких травм (ушибы, раны, ссадины головы, лица, туловища, конечностей) на 6% (рис. 2, табл. 2).

По возрасту пострадавшие за 2007–2008 гг. распределились следующим образом:

- до 17-ти лет — 16 человек, от 17-ти до 30-ти лет — 90, от 30-ти до 50-ти лет — 138, старше 50-ти лет — 31 человек (рис. 3–5).

В 2008 году:

- несовершеннолетних пострадавших уменьшилось на 4,4%;

- процент трудоспособного населения увеличился на 7,4%;

- было отмечено, что пострадавших мужчин в 3,2 раза больше, чем женщин (мужчин 210 человек, женщин 65 человек);

Таблица 2

Виды травм	2007 г.	%	2008 г.	%
ЧМТ и повреждение костей черепа	58	42,3	65	47,1
Повреждение костей таза, позвоночника, внутренних органов	12	8,8	10	7,2
Повреждение конечностей	27	19,7	31	22,5
Ушибы, раны, ссадины головы, лица, туловища, конечностей	40	29,2	32	23,2
Всего:	137		138	

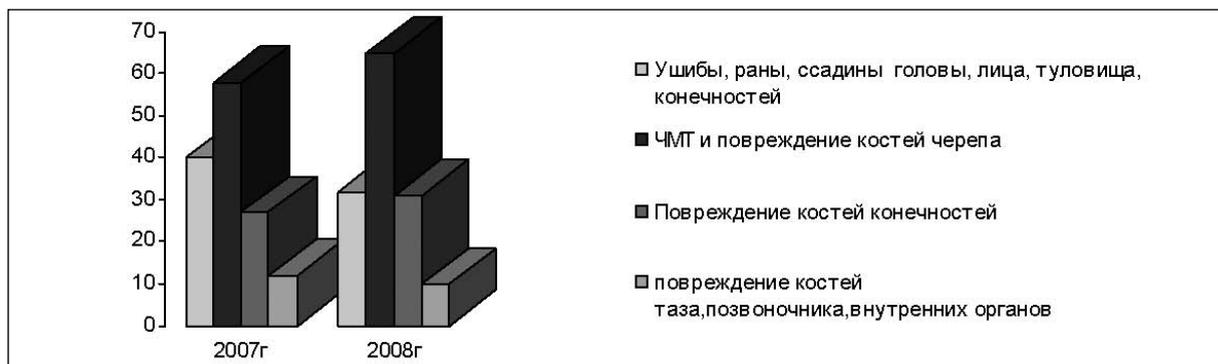


Рис. 2

	2007 г.	2008 г.
До 17 лет	11	5
От 17 до 30 лет	38	48
От 30 до 50 лет	64	65
>50 лет	17	14

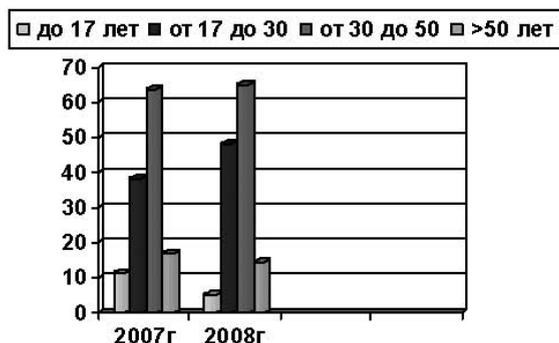


Рис. 3

	2007 г.	2008 г.	всего
мужчины	112	98	210
женщины	33	32	65

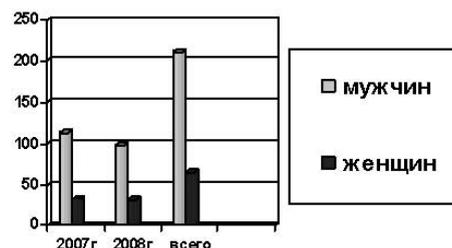


Рис. 4

	2007 г.	2008 г.	всего
Всего пострадавших	137	138	275
В алкогольном опьянении	47	51	98

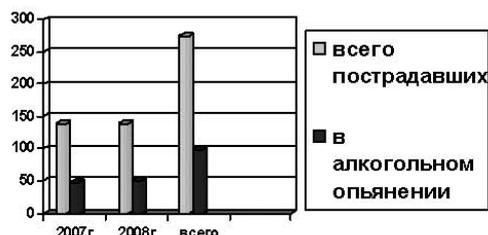


Рис. 5

— из общего количества пострадавших за 2007–2008 гг. 98 человек в алкогольном опьянении (47 человек — в 2007 г., 51 человек — в 2008 г.), в 2008 году число пострадавших, находящихся в алкогольном опьянении, увеличилось на 2,6%.

Оперативность прибытия бригады СП на место происшествия:

В 2008 году время доезда бригад СМП к месту происшествия от 3-х до 15-ти минут отмечалось в 128 случаях — 92,8% (в 2007 году 117 случаев — 85,4%), в 7-ми случаях (5,1%) — время доезда бригады занимало от 15-ти мин

до 20-ти мин ввиду отдаленности места происшествия, либо вызова «на себя» специализированной бригады (в 2007 г. было 12 случаев — 8,8%) (рис. 6, табл. 3).

Сократилось время прибытия бригад СП к месту происшествия в оптимальный промежуток времени на 7,4%.

Правила «золотого часа» были соблюдены в 248-ми случаях (90,2%), в 27-ми случаях (9,8%) не было соблюдено ввиду отдаленности места происшествия, либо вызова «на себя» специализированной бригады (рис. 7, табл. 4).

Таблица 3

	2007 г.		2008 г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%
время прибытия бригады к месту ДТП от 3-15мин	117	85,4	128	92,8
время прибытия бригады к месту ДТП от 15-20мин	12	8,8	7	5,1

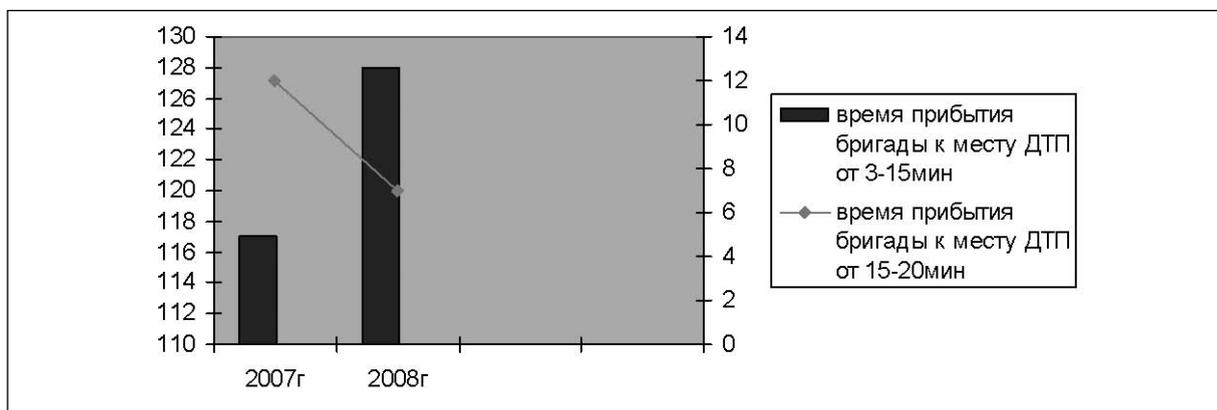


Рис. 6

Таблица 4

	2007 г.	2008 г.
Правила «золотого часа» соблюдены	118	130
Правила «золотого часа» не соблюдены	19	8

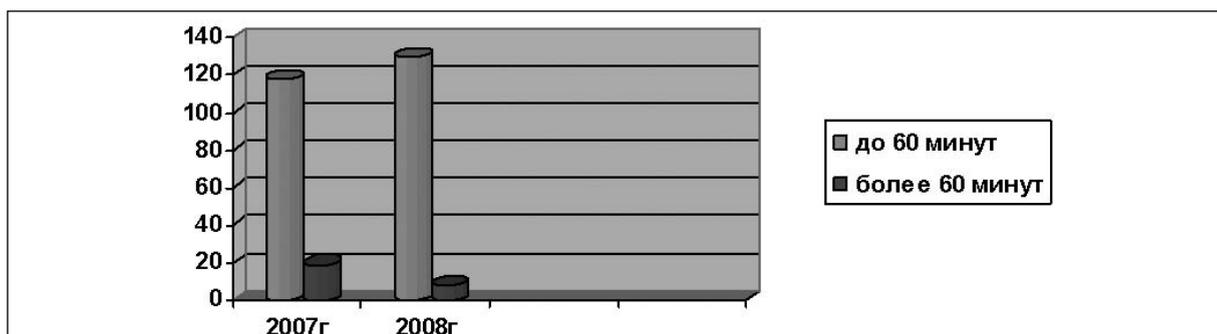


Рис. 7

Для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с множественными, комбинированными и сочетанными травмами на ДГЭ врач выполняет *следующие задачи*:

- выявление угрожающего жизни и препятствующего безопасной транспортировке синдрома;
- выявление доминирующего повреждения при политравме;
- установление степени травматического шока;
- срочная госпитализация в профильное отделение стационара.

Медицинская помощь пострадавшим с политравмой проводилась согласно алгоритмам оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в зависимости от степени тяжести и синдрома.

В легких случаях и при травмах средней степени тяжести были использованы, наряду с иммобилизацией анальгетики, вводимые преимущественно внутривенно. При сочетанных травмах, при повреждениях тяжелой степени, осложненных шоком, проводились *противошоковые мероприятия*:

- обезболивание наркотическими анальгетиками (морфин, промедол, фентанил) и их комбинации с не наркотическими средствами;
- инфузионная терапия (изотонический раствор натрия хлорида, полиглюкин);
- дексаметазон от 4 до 12 мг;
- оксигенотерапия и иммобилизация шинами Крамера и пневмошинами.

При анализе выездных карт за 2007–2008 гг. было отмечено, что травматический шок развился в 74-х случаях (30%).

Частота развития травматического шока по степеням: из всего числа больных без шока 203 человека (73,8%), с ТШ I ст. — 29 человек (10,5%), с ТШ II ст. — 27 человек (9,8%) и с ТШ III ст. — 16 человек (5,8%) (*рис. 8, табл. 5*).

При оценке уровня сознания по шкале Глазго (см. ниже) у пострадавших за 2007–2008 гг. в 67-ми случаях было нарушено сознание: 36 (13%) в состоянии оглушения — в 2007 году отмечалось значительное количество (20,4%), в то время как в 2008 году лишь 5,8%; 6 (2%) — в сопоре, и 25 (9%) — в коме (*рис. 9, табл. 6*).

В 2008 году наблюдается снижение уровня нарушения сознания по типу оглушения на 14,6%. Уровень нарушения сознания сопор и кома по сравнению с 2007 годом — остается на прежнем уровне.

Так же при анализе отмечался факт наружного кровотечения у 67 больных, что составило 24,4% от общего количества больных, в 208 (75,6%) случаях открытого кровотечения не наблюдалось. В 90 случаях (32,7%) отмечался нормальный уровень АД (120/80 мм рт.ст.), в 95 (34,5%) — отмечалось снижение уровня АД (ниже 100/60), в 90 случаях (32,7%) — уровень АД выше 130/90 мм рт.ст. В 9 случаях (3,3%) — АД не определялось. В 53 (19,3%) случаях уровень SpO2 составлял 95–100%, в 12 (4,4%) случаях — ниже 95%, в 4 случаях (1,5%) — ниже 70% (*табл. 7*).

Таблица 5

	2007 г.	2008 г.
ТШ I	17	12
ТШ II	7	20
ТШ III	4	12
Без шока	105	96

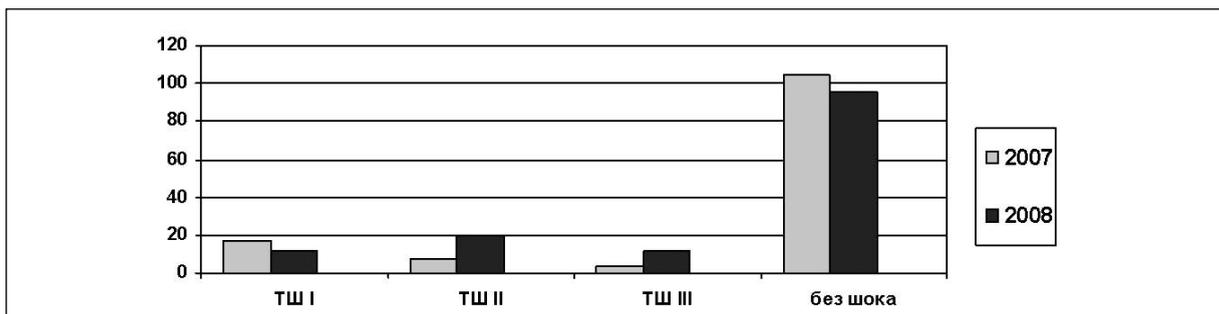


Рис. 8

В 2008 году:

— случаев получения травм с наличием открытого кровотечения было зафиксировано на 56,2% меньше;

— число пострадавших, у которых было отмечено снижение изначального уровня АД ниже 100/60 мм рт. ст. снизилось на 33,3%; лиц, с повышенным уровнем АД > 130/90 мм рт.ст.

Таблица 6

	Ясное сознание	Оглушение	Сопор	Кома
2008 г.	94	28	3	12
2007 г.	14	8	3	13

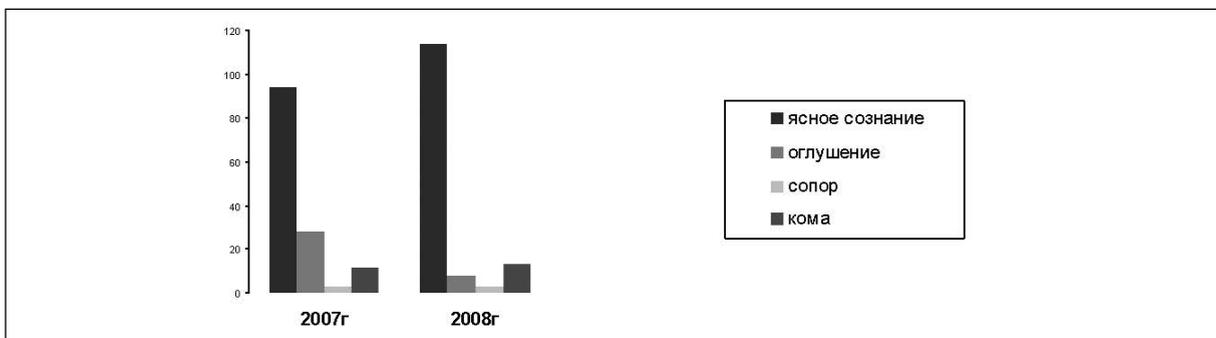


Рис. 9

Таблица 7

	2007 г.	2008 г.
Наличие открытого кровотечения	48	19
Отсутствие открытого кровотечения	89	119
Нормальный уровень АД	38	52
АД <100/60 мм рт. ст.	57	38
АД >130/90 мм рт. ст.	40	50
Уровень АД не определяется	1	8
SpO2 95-100%	22	31
SpO2 <95%	3	7
SpO2 <70%	0	1

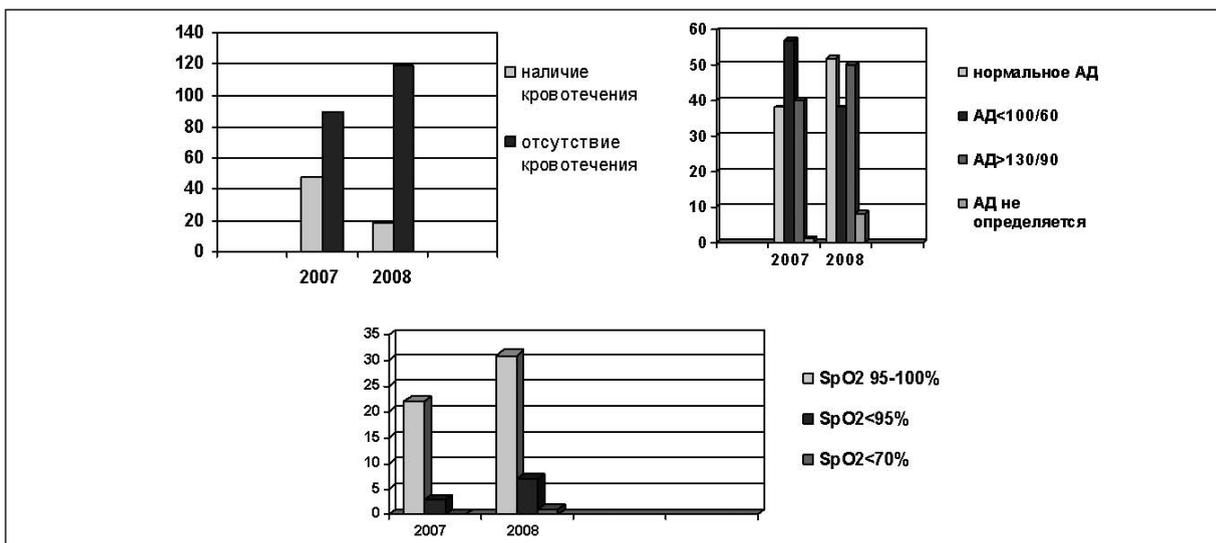


Рис. 10а, б, в

было отмечено на 20% больше в сравнении с 2007 годом; количество пострадавших с тяжелой травмой, у которых уровень АД не определялся вовсе, зафиксировано больше на 7 случаев (рис. 10, а, б, в);

— пострадавших со снижением уровня SpO2 ниже 95% в 2008 году отмечалось больше на 4 случая, чем в 2007г., а со снижением SpO2 <70% у лиц, получивших множественные травмы, зафиксирован лишь один случай в 2008 г.

Формулировка диагнозов врачами и фельдшерами СМП в 2007–2008 гг. неполная в 41 случае (15%) — нет указания на наличие травматического шока, комы либо острой дыхательной недостаточности.

Анализ качества и объема оказания экстренной медицинской помощи больным с политравмой на догоспитальном этапе

Процент оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой специализированными бригадами в 2008 году увеличился на 19,2% по сравнению с предыдущим годом и составляет 81,2% (табл. 8).

Увеличение связано с увеличением выезда специализированных бригад на место происшествия, а также вызовом «на себя» линейными бригадами отдаленных подстанций для более квалифицированного оказания медицинской помощи пострадавшим во время транспортировки в стационар.

Медицинская помощь пострадавшим при политравмах проводилась согласно алгоритмам оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в зависимо-

сти от степени тяжести травмы и ведущего синдрома:

- В 67-ми случаях (24,4%) имелись показания для остановки наружного кровотечения. Проведена остановка наружного кровотечения-наложение эластического жгута либо давящей повязки в 61 случае (22,2%), в 6-ти случаях (2,2%) не была проведена (рис. 12, табл. 9).

Прерывание шокогенной импульсации из зоны повреждения. Адекватное обезболивание в 2007–2008 гг. было проведено в 166-ти случаях (60,4%). Недостаточное обезболивание в 10-ти случаях (3,6%), в 9-ти случаях (3,2%) обезболивание не проведено (табл. 10).

Для анальгезии использовались следующие лекарственные препараты:

- наркотические анальгетики — в 82-х случаях (30%);
- НПВП — в 58-ми случаях (21%);
- ненаркотические анальгетики — в 26-ти случаях (9,5%);
- анальгетики — в 40 случаях (14,5%)

(рис. 13).

В 2008 году улучшилось качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе:

- Применение НПВП в качестве купирования болевого синдрома увеличилось на 9,4% при травмах средней и легкой степени тяжести (табл. 11).

Обеспечение венозного доступа и инфузионная терапия в 2007–2008 гг.(устранение дефицита ОЦК) проведена в 134-х случаях (48,7%), и проведена в следующих объемах:

Как видно из диаграммы, инфузионная терапия не была проведена в 3-х случаях (1%), в

Таблица 8

	2007 г.	%	2008 г.	%
Количество пострадавших	137		138	
Специализированные бригады	85	62%	112	81,2%
Линейные бригады	42	30,7%	22	15,9%
Фельдшерские бригады	10	7,3%	4	2,9%

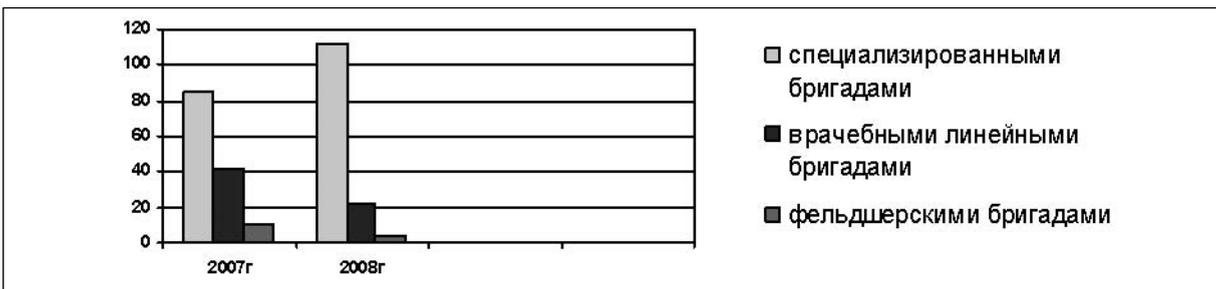


Рис. 11

Таблица 9

	2007 г.	2008 г.
Всего случаев с открытым кровотечением	19	48
Остановка кровотечения	17	44
Не проведена остановка кровотечения	2	4

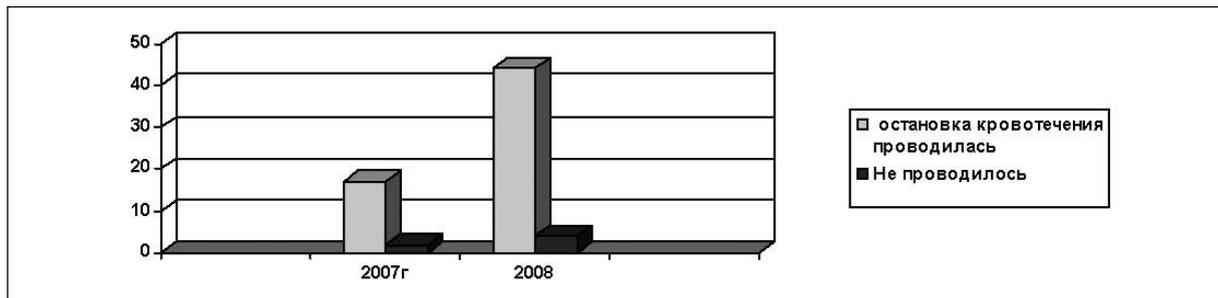


Рис. 12

Таблица 10

	2007 г.		2008 г.	
Всего пострадавших	137	%	138	%
Всего обезболиваний	81	59,1	95	68,8
Из них наркотическими препаратами	44	32,1	38	27,5
Ненаркотическими препаратами	18	13,1	8	5,8
НПВП	24	17,5	34	24,6
Анальгетики	24	17,5	16	11,6
Недостаточное обезбоживание	1	0,7	9	6,5
Не проведено обезбоживание	3	2,2	6	4,3

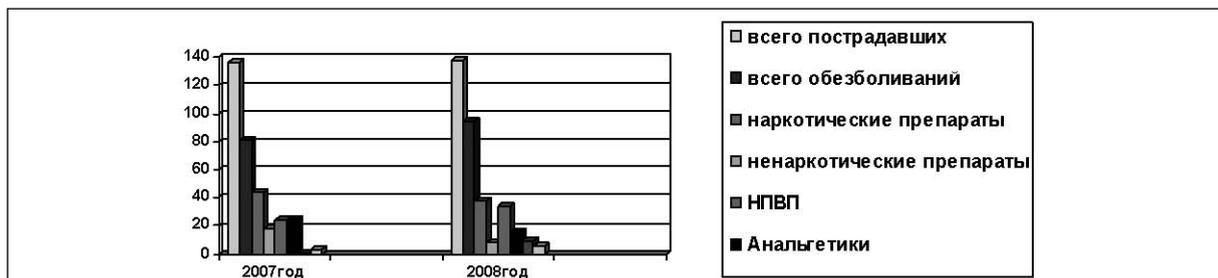


Рис. 13

объеме 200–250 мл — в 59-ти случаях (21,5%), в объеме 400 мл — в 50-ти случаях (18,2%), 800 мл — в 14-ти случаях (5%), 1200 мл — в 8-ми случаях (2,9%). При анализе выездных карт объем инфузионной терапии соответствовал тяжести состояния (рис. 14).

Транспортная иммобилизация оказана в 81-м случае — 29,5% (2007 г. — 41 случай; 2008 г. — 40 случаев) — использовались стандартные транспортные шины Крамера, пневмошины, шейный воротник, который применялся при подозрении на травму шейного отдела позвоночника. Не была проведена в 11-ти случаях — 4% (2007 г. — 6 случаев; 2008 г. — 5 случаев), связанных с не диагностированными травмами на догоспитальном этапе.

Коррекция нарушений газообмена — оксигенотерапия проведена в 77-ми случаях (28%), не была обеспечена адекватная респираторная поддержка в 7-ми случаях (2,5%) — 2007–2008 гг.

Противошоковая терапия проведена в 59-ти случаях: ГКС применялись в 52-х случаях (19%), симпатомиметики в 7-ми случаях (2,5%), противошоковая терапия не проведена в 8 случаях (3%)

В 134-х случаях (48,7%) была наложена асептическая повязка, в 10-ти случаях (3,6%) — не была проведена десмургия.

Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе проводилось с применением реанимационных пособий (рис. 15, табл. 12):

— восстановление проходимости дыхательных путей с применением электроотсоса

Таблица 11

	2007 г.	2008 г.
Инфузионная терапия в объемах:	Количество случаев	Количество случаев
200-250мл	28	31
400мл	28	22
800мл	8	6
1200мл	3	5

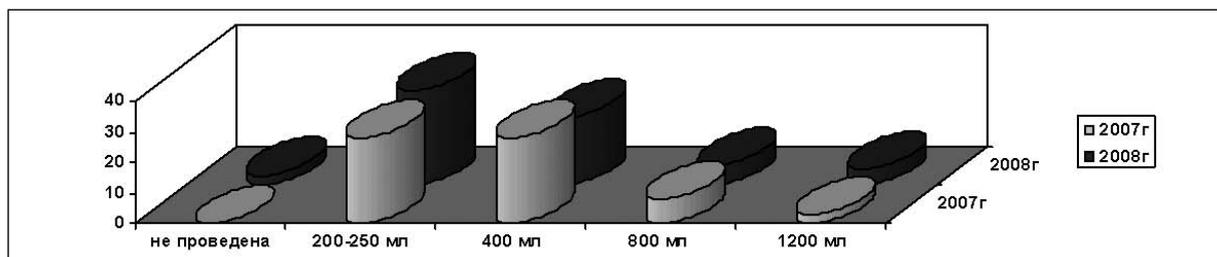


Рис. 14

Таблица 12

	2007 г.	2008 г.
Транспортная иммобилизация	41	40
Проведение оксигенотерапии	37	40
Противошоковая терапия:		
-глюкокортикостероиды	27	25
-симпатомиметики	3	4
Десмургия	78	56
Реанимационные пособия:		
-применение S-образного воздуховода, эл. отсоса	8	9
-интубация+ИВЛ	4	3
Результат терапии:		
-получен (улучшение состояния)	48	86
-состояние без изменений	25	27
Указание динамики состояния пострадавшего на фоне проводимой терапии во время транспортировки и передачи в стационаре:		
-отмечена	105	101
-не отмечена	26	28

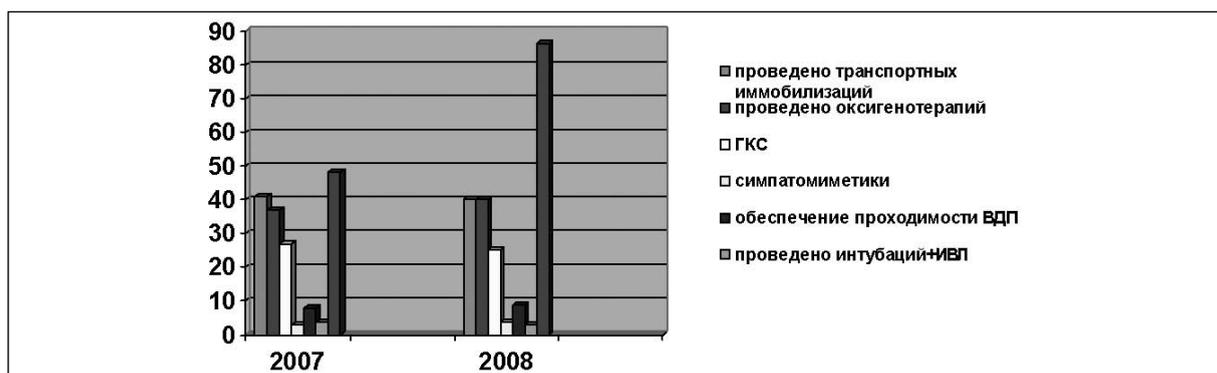


Рис. 15

и S—образного воздуховода использовалось в 17-ти случаях (6,2%);

— интубация трахеи + ИВЛ применено в 7-ми случаях (2,5%).

На фоне проводимой терапии результат в виде улучшения состояния был получен в

134-х случаях (48,7%), в 52-х случаях (19%) не было указано состояние пострадавшего после оказанной медицинской помощи.

Динамика состояния пострадавших во время транспортировки и передачи в стационаре не указана в 66-ти случаях (24%).

Таблица 13

	2007 г.		2008 г.	
	137 человек		138 человек	
Общее количество пострадавших				
Отказались сами	6	4,4%	9	6,5%
Направлено на госпитализацию	131	95,6%	129	93,5%
Госпитализировано	130	94,9%	125	90,6%
Отказано в ПДО	1	0,7%	4	2,9%
Доставлено в травмпункт	1	0,7%	4	2,9%
Расхождение диагнозов	13	9,5%	18	13%
Смерть пострадавших в ПДО	1	0,8%	1	0,8%
Досуточная летальность в стационаре	2	1,5%	-	-

Госпитализировано 255 пострадавших, что составило 92,7%. Не была показана госпитализация в 5-ти случаях — 1,8% (амбулаторные случаи) — с последующим направлением в травмпункт. В 15-ти случаях (5,5%) был зафиксирован отказ от госпитализации на ДГЭ.

В 2008 году расхождение диагнозов отмечается в 18-ти случаях (13%) за счет гипердиагностики ЗЧМТ у пострадавших, находившихся в алкогольном состоянии, и ошибок диагностики при сочетанной и множественной травме.

Досуточная летальность в ПДО и стационаре МБУЗ «ГБ № 1» за 2007–2008 гг. пострадавших, поступивших по СП с тяжелыми политравмами, составляет:

— за 2007 г. 2 случая смерти в течение первых суток в стационаре, 1 случай в ПДО;

— за 2008 г. 1 случай смерти в ПДО (табл. 13).

При проведении исследования по диагнозам комбинированная, множественная и сочетанная травма летальных случаев на догоспитальном этапе по СП не зафиксировано.

Выводы

1. Пострадавшие с политравмой в основном мужское трудоспособное население, треть из которых находились в алкогольном опьянении.

2. На догоспитальном этапе 2/3 пострадавших обслуживается специализированными бригадами.

3. К 93% пострадавшим с политравмой бригады СП прибывают через 3–15 мин.

4. Правило «золотого часа» соблюдается в 90,2% случаев.

5. В структуре травм ЧМТ и повреждение костей черепа составили в 2008 г. — 47,1% случаев, в 2007 году — 42,3%, переломы конечностей — 22,5% в 2008 году и 19,7% — в 2007 году, повреждение костей таза, позвоночника и внутренних органов в 2008 году — 7,2% случаев от всех видов политравм.

6. Диагностика на догоспитальном этапе на достаточно высоком уровне, процент расхождения диагнозов за 2007–2008 гг. составляет 9,5% и 13% соответственно. Процент

расхождений диагноза выше у пострадавших, находящихся в алкогольном опьянении.

7. Качество оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой на ДГЭ улучшилось в 2008 году и проводится согласно алгоритму в полном объеме, выполняя основные функции:

- a. Адекватное обезболивание;
- b. Инфузионную терапию;
- c. Борьбу с полиорганной недостаточностью;
- d. Ликвидацию нарушений внешнего дыхания и гипоксии тканей.

8. Диагностические ошибки на ДГЭ связаны с трудностью диагностики при политравме.

9. Ошибки лечебного характера связаны: с недостаточной иммобилизацией при не диагностированных множественных переломах; низким количеством интубации и ИВЛ при мозговой коме. А также за счет недостаточного обезболивания пострадавших при мелких травмах, что зачастую связано с нахождением пострадавших в алкогольном опьянении.

10. Отмечается снижение досуточной летальности пострадавших с политравмой ввиду своевременного доезда бригад СП до пациента, оказание ему адекватной медицинской помощи и своевременной госпитализации в стационар.

11. Для дальнейшего совершенствования медицинской помощи пострадавшим с политравмой на ДГЭ необходима лучшая организация экстренной медицинской помощи и взаимодействия служб медицины катастроф и ГИБДД. Для этого требуется улучшение медицинской подготовки водителей, сотрудников ГИБДД и спасателей, т. к. своевременность и умение оказать первую медицинскую помощь в первые минуты играют решающую роль в сохранении жизни пострадавшим.

12. Досуточная летальность пострадавших в стационаре связана с тяжелой политравмой, осложненной ТШ 3-й степени и не зависит от времени прибытия бригад СМП к месту происшествия и качества оказания медицинской помощи.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Л.Е. Белый

доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии
ГОУВПО «Ульяновский государственный университет»

THE MODERN ASPECTS OF MEDICINE THERAPY OF RENAL COLIC

L.E. Belyi

Резюме

В обзоре рассмотрены вопросы медикаментозного лечения болевого синдрома у больных с почечной коликой. Сформулированы принципы данного вида консервативной терапии почечной колики. Описан механизм действия основных лекарственных средств, включаемых в схемы консервативной терапии почечной колики.

Ключевые слова: почечная колика, болевой синдром, нестероидные противовоспалительные средства, спазмолитики, антидиуретики.

Summary

In the review questions therapy of painful syndrome at patients with renal colic are considered. Main principles of conservative analgetic therapy of renal colic are formulated. The pharmacodynamics of medicines included in the schemes of conservative treatment is described.

Keywords: renal colic, painful syndrome, nonsteroidal antiinflammatory drugs, spasmolytic drugs, antidiuretics.

Начиная медикаментозную терапию почечной колики необходимо четко понимать, что лечение должно преследовать две основные цели: устранение боли и ликвидацию обструкции верхних мочевых путей. В первую очередь медикаментозная терапия должна быть направлена на купирование болевого синдрома, а лишь затем на изгнание камня из верхних мочевых путей. Применение инфузионной терапии у больного с почечной коликой на высоте болевого синдрома с целью литокинеза не только не оправдано, но и противопоказано, поскольку

может привести к усилению болей, возникновению лоханочно-почечных рефлюксов и развитию острого обструктивного пиелонефрита.

Если вспомнить этапы патогенеза почечной колики, станет ясно, что основными звеньями патогенетической цепи, обуславливающими развитие болевого синдрома, являются повышение внутрилоханочного давления и спазм гладкой мускулатуры верхних мочевых путей. Соответственно, медикаментозная терапия должна быть направлена на снижение гломерулярной фильтрации и устранение спазма гладкой мускулатуры почечной лоханки и мочеточника.

Оптимальным решением является использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) [2, 7, 13]. Известно, что в большей степени анальгезирующий эффект НПВС проявляется при болях умеренной интенсивности, которые локализуются в мышцах, суставах, сухожилиях, нервных стволах, а также при головной или зубной боли. При сильных висцеральных болях большинство НПВС менее эффективны и уступают по силе анальгезирующего действия препаратам группы морфина (наркотическим анальгетикам). В то же время, в ряде контролируемых исследований показана достаточно высокая анальгетическая активность диклофенака, кеторолака, кетопрофена, метамизола при коликах и послеоперационных болях. Эффективность НПВС при почечной колике, возникающей у больных мочекаменной болезнью, связана с торможением синтеза простагландина E2 в почках, редукцией почечного кровотока и снижением образования мочи. Все это ведет к уменьшению гидростатического давления в почечной лоханке и

мочеточнике, что обеспечивает длительный анельгезирующий эффект. Преимуществом НПВС перед наркотическими анальгетиками является то, что они не угнетают дыхательный центр, не вызывают лекарственную зависимость, не обладают спазмогенным действием.

В последние годы было установлено, что существуют, как минимум, два изофермента циклооксигеназы (ЦОГ), которые ингибируются НПВС. Первый изофермент — ЦОГ-1 — контролирует выработку простагландинов, регулирующих целостность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, функцию тромбоцитов и почечный кровоток, а второй изофермент — ЦОГ-2 — участвует в синтезе простагландинов при воспалении. Причем, ЦОГ-2 в нормальных условиях отсутствует, а образуется под действием некоторых тканевых факторов, инициирующих воспалительную реакцию (цитокины и другие). Таким образом, при купировании почечной колики врач сталкивается с проблемой выбора НПВС. Купирование почечной колики в большей степени связано с ингибированием ЦОГ-1, что в то же время сопряжено с возможным развитием побочных эффектов данной группы лекарственных средств.

Наиболее распространенными НПВС являются диклофенак-натрий, ибупрофен, индометацин, нимесулид, пироксикам, кеторолак трометамин.

В мировой практике наибольшее распространение при купировании почечной колики получил диклофенак натрия. Препарат применяют внутримышечно, перорально, сублингвально и ректально. Для купирования почечной колики возможно назначение диклофенака по 75 мг 1–2 раза в день внутримышечно. Эффект наступает быстрее и более выражен. Затем переходят на пероральный прием препарата.

Одним из наиболее активных нестероидных противовоспалительных препаратов является индометацин. Обладает выраженной анальгезирующей активностью, больше, чем другие НПВС, ухудшает почечный кровоток.

Экспериментальные исследования Пытеля Ю.А., Золотарева И.И. [4] показали, что при длительном применении индометацина возникают некроз почечных сосочков и нарушения почечной гемодинамики. При выполнении исследований, в ходе которых была предпринята попытка лечения индометацином животных с хроническим пиелонефритом, выяснилось, что индометацин способствовал усилению воспалительных и склеротических процессов в почках, атрофии и гибели большого количества

клубочков и канальцев, увеличению выраженности фильтрационно-реабсорбционной недостаточности. Газымов М.М. [3] приводит данные о целесообразности использования индометацина при почечной колике, поскольку данный препарат в течение 15 мин после приема снижает диурез на 50%.

Laerum E. et al. [8] проведено сравнительное исследование болеутоляющего эффекта диклофенака, вводимого внутримышечно, и индометацина, вводимого путем внутривенных инъекций. Статистически значимое уменьшение боли было отмечено через 5 минут после введения диклофенака и через 10 мин после введения индометацина. В 22% случаев после введения индометацина потребовалось назначение наркотических анальгетиков, в то время как после введения диклофенака лишь 11% больных требовалась дополнительная анальгетическая терапия.

После выхода на фармацевтический рынок кеторолака, этот препарат зарекомендовал себя как высокоэффективный препарат для купирования болевого синдрома. Болеутоляющий эффект начинает проявляться через 10 мин после введения кеторолака. При введении одной дозы в 10 мг кеторолака внутривенно средняя пиковая концентрация в плазме 2,4 мкг/кг достигалась через 5,4 мин после введения. Установлено, что 30 мг кеторолака, введенного внутримышечно, примерно эквивалентны 12 мг морфина. В то же время, нежелательные реакции, характерные для морфина и других наркотических анальгетиков (тошнота, рвота, угнетение дыхания, запоры, задержка мочи), отмечаются значительно реже. Применение кеторолака не ведет к развитию лекарственной зависимости.

Stein A. et al. [12] провели сравнительное исследование эффективности кеторолака (одна внутримышечная инъекция 60 мг кеторолака) и диклофенака (одна внутримышечная инъекция 75 мг диклофенака). В исследование было включено 57 больных с почечной коликой, из которых 27-ми больным назначен кеторолак, а 30-ти — диклофенак. Эффективность лечения оценивалась по 4-балльной шкале в различные временные интервалы после введения анальгетиков. Результаты исследования позволяют считать, что кеторолак по анальгезирующему эффекту сопоставим с диклофенаком и может быть использован для купирования почечной колики. Cohen E et al. [5] также сообщают о сопоставимости анальгетических эффектов кеторолака и диклофенака при купировании почечной колики.

Назначают внутрь 10 мг каждые 4–6 часов; высшая суточная доза — 40 мг; продолжительность применения не более 7 дней. Внутримышечно и внутривенно назначают по 10–30 мг; высшая суточная доза — 90 мг; продолжительность применения не более 2-х дней.

Об эффективности назначения НПВС при почечной колике свидетельствуют и доплерографические исследования почечного кровотока. Shokeir A.A. et al. [11] выполняли ультразвуковое исследование ренальной гемодинамики у пациентов с почечной коликой до и после назначения 75 мг диклофенака. Авторы отмечают достоверное уменьшение резистивных показателей через 6 часов после введения НПВС. Наши исследования также продемонстрировали уменьшение индекса резистивности у пациентов с почечной коликой, получавших терапию диклофенаком [1].

Следует помнить об отрицательном влиянии нестероидных противовоспалительных препаратов у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (эрозии, язвы), особенно в период или тотчас после их обострения. В этом случае на первый план при купировании почечной колики выходят другие традиционно используемые лекарственные средства: спазмолитики, М-холинолитики.

Перспективным, и в то же время практически неиспользуемым в отечественной медицинской практике способом является применение для купирования почечной колики антидиуретиков.

Известно, что в задней доле гипофиза вырабатывается вазопрессин, основным эффектом которого является регулирование реабсорбции воды дистальными отделами почечных канальцев. Увеличивая проницаемость канальцев, вазопрессин способствует реабсорбции воды и уменьшению диуреза. Адиуретин (desmopressine, desurin, minirin, minurin) является синтетическим аналогом вазопрессина. Изменения в структуре натурального гормона позволили увеличить антидиуретическую активность десмопрессина и уменьшить активность вазопрессина. По сравнению с естественным гормоном он выделяется в 12 раз медленнее, что обеспечивает длительный терапевтический эффект. Десмопрессин вводят интраназально из-за протеолитического разрушения его в желудочно-кишечном тракте.

Moro U. et al. [10] в эксперименте исследовали влияние десмопрессина на гидростатическое давление в верхних мочевых путях при их острой обструкции. Был установлен до-

стоверный антидиуретический эффект десмопрессина, сопровождающийся уменьшением давления в просвете почечной лоханки и мочеточника.

Constantinides C. et al. [6] изучали эффективность десмопрессина, как антидиуретического средства, при купировании почечной колики. Пациентам с почечной коликой, не страдающим артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью, интраназально назначалось 40 мкг десмопрессина. У 53,7% больных приступ почечной колики был купирован через 30 минут, 40,7% потребовалось назначения НПВС, а 5,6% дополнительно вводились наркотические анальгетики.

Lopes T. et al. [9] провели сравнительное исследование, целью которого также было изучение возможности применения десмопрессина для купирования почечной колики. Десмопрессин назначался как монотерапия и в сочетании с внутримышечным введением диклофенака. На основании проведенного исследования авторы сообщают о высокой эффективности десмопрессина, простоте применения и возможности амбулаторного использования препарата.

Таким образом, принципы медикаментозного купирования почечной колики претерпевают определенную трансформацию. На смену традиционно используемым для купирования болевого синдрома при почечной колике наркотическим анальгетикам и спазмолитикам пришли новые лекарственные препараты, использование которых должно активно внедряться в клиническую практику.

Список использованной литературы

1. Белый Л.Е. Особенности нарушений почечного кровотока при острой обструкции верхних мочевых путей // Российский медицинский журнал. — 2005. — №6. — С. 27–29.
2. Воцула В.И. Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика: монография. — Минск: ВЭВЭР, 2006. — 268 с.
3. Газымов М.М. Мочекаменная болезнь: монография. — Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 1993. — 180 с.
4. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Уратный нефролитиаз. — М.: Медицина, 1995. — 176 с.
5. Cohen E., Hafner R., Rotenberg Z., Fadilla M., Garty M. Comparison of ketorolac and diclofenac in the treatment of renal colic // Eur. J. Clin. Pharmacol. — 1998. — Vol. 54, №6. — P. 455–458.

6. Constantinides C., Kapralos V., Manousakas T., Mitropoulos D., Alamanis C., Dimopoulos C. Management of renal colic with intranasal desmopressin spray // *Acta Urol. Belg.* — 1998. — Vol.66, №4. — P.1–3.
7. Kinn A.C., Larsson S.A., Nelson E., Jacobsson H. Diclofenac treatment prolongs renal transit time in acute ureteral obstruction: a renographic study // *Eur. Urol.* — 2000. — Vol. 37, №3. — P. 334–338.
8. Laerum E., Ommundsen O.E., Gronseth J.E., Christiansen A., Fagertun H.E. Intramuscular diclofenac versus intravenous indomethacin in the treatment of acute renal colic // *Eur. Urol.* — 1996. — Vol. 30, №3. — P.358–362.
9. Lopes T., Dias J.S., Marcelino J., Varela J., Ribeiro S., Dias J. An assessment of the clinical efficacy of intranasal desmopressin spray in the treatment of renal colic // *Br. J. Urol. Int.* — 2001. — Vol.87, №4. — P. 322–325.
10. Moro U., De Stefani S., Crisci A., De Antoni P., Scott C.A., Selli C. Evaluation of the effects of desmopressin in acute ureteral obstruction // *Urol. Int.* — 1999. — Vol. 62, №1. — P. 8–11.
11. Shokeir A.A., Abdulmaabound M. Resistive index in renal colic: a prospective study // *Br. J. Urol.* — 1999. Vol. 83, №4. — P. 378–382.
12. Stein A., Ben Dov D., Finkel B., Mecz Y., Kitzes R., Lurie A. Single-dose intramuscular ketorolac versus diclofenac for pain management in renal colic // *Am. J. Emerg. Med.* — 1996. — Vol.14, № 4. — P. 385–387.
13. Tozawa K., Yasui T., Okada A., Yoshimura M., Hirose M., Endo S., Ito Y., Kohri K. Optimal treatment of urolithiasis pain // *Hinyokika Kyo.* — 2004. — Vol. 50, №8. — P. 569–71.

НОВОСТИ

«Стоматология».

II этап итоговой ГА выпускников вечернего отделения МГМСУ

В соответствии с положением об итоговой государственной аттестации выпускников высших учебных заведений РФ в МГМСУ (Москва) 15 января 2010 г. состоялся 2 этап ИГА — оценка практических умений (на фантомах, муляжах, у постели и/или кресла пациента), в т. ч. оказание врачебной помощи пациентам при неотложных состояниях. Комплект междисциплинарного задания содержал перечень определенных манипуляций, которые необходимо выполнять выпускнику в соответствии с государственным образовательным стандартом ВПО.

Данный экзамен по специальности «Стоматология» проводился на базе Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Москва, ул. Вучетича д. 9а, здание МГМСУ).

Экзамен проходил при участии членов ГАК: ректора МГМСУ, заслуженного врача РФ, профессора О.О. Янушевича; проректора по научной работе профессора И.Ю. Лебедева, декана стоматологического факультета МГМСУ профессора А.В. Митронова, зам. декана доц. Г.А. Осипова, В.А. Козлова, зам. председателя ГАК профессора Э.М. Кузьминой, секретарей ГАК профессора Г.И. Лукиной и доц. С.Ю. Страховой и др.

Представители Тверской государственной медицинской академии профессор, декан стоматологического факультета В.А. Румянцев, зам. декана доц. А.Н. Чумаков — специально приехали для ознакомления с опытом проведения ИГА на стоматологическом факультете МГМСУ и высказали положительный отзыв, отметив высокий уровень организации мероприятия. Все студенты получили «ЗАЧТЕНО».

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ВЫЗОВАХ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

(МЕТОДИКА И ВНЕДРЕНИЕ)

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин

Городская станция скорой медицинской помощи МУЗ г.о. Тольятти

(главный врач — О.В. Савельев)

EXAMINATION OF QUALITY OF THE FIRST HELP ON CALLS WITH THE LETHAL OUTCOME

(THE TECHNIQUE AND INTRODUCTION)

O.V. Savelyev, S.Yu. Khabibulin

In the basic totals of examination of quality of the first help as well as other examinations of quality of medical aid, the expert estimation and risk of occurrence of a mistake of the head of a brigade (the doctor or the medical assistant) serve.

Dynamics of these parameters (decrease in risk of a mistake and increase of an expert estimation) also is the main attribute of efficiency to examination of quality of the first help. The purpose of work — decrease in risk of a mistake on calls with a lethal outcome up to 0 (absence of mistakes — neither system, nor casual).

Except for improvement of quality of the first help on calls with the lethal outcome, the parallel problem which a red string passed through all work, is a simplification of all process of examination on calls with a lethal outcome for minimization of expenses (time, experts, resources) and increases in its efficiency.

Разработка и внедрение методов улучшения качества скорой медицинской помощи (СМП) является одной из основных задач руководителя службой. Такая работа основывается на тщательном и достоверном анализе выполненной работы с целью выявления ошибок руководителей бригад СМП — экспертизе качества скорой медицинской помощи (ЭК СМП).

ЭК СМП отличается от других видов экспертизы качества медицинской помощи сво-

ими объемами (в Тольятти среднесуточное количество вызовов 450–600), спецификой работы, и тем, что анализ возможен лишь *post faktum*, — только уже после выполненного вызова и повлиять на качество помощи конкретному пациенту, выявив какие-либо ошибки, невозможно. ЭК СМП может быть направлена только в будущее, на профилактику ошибок медперсонала.

Основными итоговыми показателями ЭК СМП, так же как и других экспертиз качества медицинской помощи, служат экспертная оценка и риск возникновения ошибки руководителя бригады (врача или фельдшера).

Для точности понимания этих терминов приведем их определения:

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) — исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое врачом-экспертом, в задачи которого входит выявление ошибок руководителей выездных бригад, описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения ошибок руководителя выездной бригады, обоснование заключения и составление рекомендаций по их предотвращению.

Метаэкспертиза качества скорой медицинской помощи — это повторная ЭК СМП, осуществляется параллельно или последовательно с ЭК СМП тем же методом другим специалистом для предотвращения субъективности оценки и экспертных ошибок.

Риск возникновения ошибки руководителя бригады СМП — нормализованный усредненный показатель количества ошибок на один вызов СМП, отношение общего количества ошибок к количеству вызовов СМП, прошедших экспертизу.

Экспертная оценка — итоговый показатель качества СМП, рассчитываемый по специальной формуле с учетом долевого значения ошибок разных видов.

Динамика этих показателей (снижение риска ошибки и повышение экспертной оценки) и служит главным признаком эффективности ЭК СМП.

Цель работы — снижение риска ошибки на вызовах с летальным исходом до 0 (ни одной ошибки — ни системной, ни случайной).

Кроме улучшения качества СМП на вызовах с летальным исходом, параллельная задача, которая красной нитью проходила через всю работу, — это упрощение всего процесса ЭК СМП на вызовах с летальным исходом (ЭК СМП ВсЛИ) для минимизации затрат (времени, специалистов, ресурсов) и увеличения ее эффективности.

Большим подспорьем в проведении ЭК СМП стало использование подсистемы «Экспертиза качества» АСУ «ADIS», установленной на МУЗ ГССМП в 1996 году. Отработка методики позволила использовать эту функцию системы на все 100 %. Итоги экспертизы могут быть получены как по всей станции, так и по каждой подстанции, по каждому руководителю бригады.

Опыт многолетней экспертизы качества вызовов СМП с летальным исходом («смерть до прибытия бригады» и «смерть в присутствии бригады») показал, что организация ЭК СМП проходит несколько этапов. Поскольку описания такого опыта в доступной нам литературе найти не удалось, все пришлось приобретать эмпирически, на своих ошибках.

Этапы развития ЭК СМП вызовов с летальным исходом:

1 этап — отработка методики ЭК СМП

- составление требований к картам вызова (как должна быть написана карта-образец);
- отработка методики ЭК СМП; (сравнение карт вызовов с образцом);
- выявление типичных ошибок;
- доведение типичных ошибок до сведения персонала.

2 этап — минимизация затрат на ЭК СМП

- составление алгоритма ЭК СМП (описание процесса экспертизы);
- организация единого подхода к ЭК СМП;
- делегирование функций.

3 этап — изменение методов воздействия на руководителей бригад СМП

- выявление руководителей бригад, допускающих много ошибок;
- моральное воздействие:
 - вывешивание списка наиболее «отличившихся» («доска позора»);
 - разбор на врачебной комиссии;
- материальное воздействие.

Сейчас ЭК СМП ВсЛИ на нашей станции находится на 3-м этапе развития.

Результаты 2-х этапов по итогам 3-х последних лет:

Динамика результатов ЭК СМП показывает ее эффективность, но до достижения цели — отсутствие ошибок — еще далеко.

Встречаемость ошибок с половины (каждая вторая карта) снизилось до 1/5 (каждая пятая карта). Снижение экспертной оценки связано с ужесточением в феврале 2009 года подхода к оценке различных ошибок — оформления документации, сбора информации о пациенте, диагноза, оказания помощи, передаче информации, тактическим решениям (табл.).

Другим результатом ЭК СМП ВсЛИ стало изменение структуры различных ошибок в сторону менее серьезных ошибок — практически ис-

Таблица

Сравнительные результаты ЭК СМП ВсЛИ по станции за 2007–2009 гг.

Позиция	2007	2008	2009 (I полугодие)
Всего вызовов СМП с летальным исходом	1810	1798	950
Охват экспертизой (%)	100,0	100,0	100,0
Количество ошибок	692	526	220
<i>Доля вызовов с ошибками (%)</i>	<i>45,0</i>	<i>27,9</i>	<i>20,7</i>
<i>Риск возникновения ошибки</i>	<i>0,38</i>	<i>0,29</i>	<i>0,23</i>
<i>Экспертная оценка</i>	<i>0,95</i>	<i>0,97</i>	<i>0,96</i>

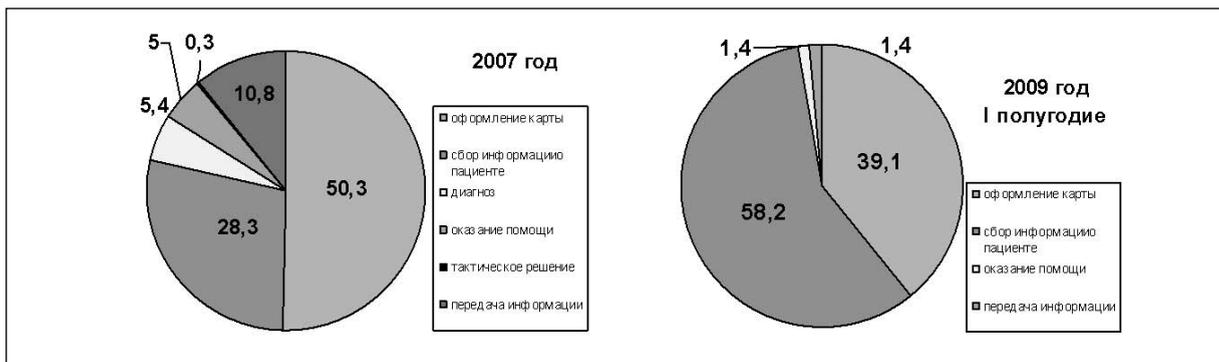


Диаграмма. Динамика структуры замечаний ЭК СМП Всли по станции за 2007–2009 гг.

чезли ошибки диагноза и ошибки тактических решений (диаграмма). «Ахиллесовой пятой» на сегодня стали ошибки сбора информации о пациенте. В основном это касается не указания времени смерти или обнаружения тела.

Самой большой сложностью на первом этапе оказалось оформление карт при смерти в присутствии бригады. Проблема заключалась в несоответствии места в карте и количества информации, которую необходимо на ней разместить. Анализ помощи в таких картах порой был просто невозможен. Решением стала разработка и введение «Протокола реанимации», который был стандартизирован и оформляется при каждой реанимации, крепится к карте вызова.

Второй проблемой стали разные подходы разных экспертов к вопросу, что считать ошибкой руководителя бригады СМП на вызове с летальным исходом. Для решения был собран список типичных ошибок, который был обсужден, отредактирован и утвержден экспертами. После этого персонал станции был ознакомлен с тем, что на вызове с летальным исходом считается ошибкой. «Предупрежден — значит вооружен».

Типичные ошибки, встречающиеся при ЭК СМП Всли, мы опишем в отдельной статье.

На втором этапе был подробно описан сам процесс экспертизы («технологическая карта»). По описанию создан простой и однозначный алгоритм ЭК СМП Всли.

Благодаря этому стало неожиданно ясно, что, пользуясь этим алгоритмом, экспертизу качества медицинской помощи на вызовах с летальным исходом может проводить специалист, не имеющий высшего медицинского образования. ЭК СМП Всли после предварительной подготовки была делегирована медицинскому статистику.

Кроме того, алгоритмизация и автоматизация процесса ЭК СМП Всли позволили снизить временные затраты — на проведение экспертизы около 150-ти вызовов с летальным исходом работник без медицинского образования затрачивает 2–2,5 часа в месяц.

Единственной задачей медика (заместителя главного врача по медицинской части) остались консультирование при возникновении вопросов и контроль — метаэкспертиза 10% карт для контроля качества самой экспертизы, контроль полноты и сроков ЭК СМП.

Ранее традиционно методами воздействия на руководителей бригад СМП с целью предупреждения ошибок была индивидуальная беседа заведующего подстанцией, изредка — разбор на утренней пятиминутке подстанции.

Теперь, когда ошибки стали единичными, следующим шагом стало выявление «типичных руководителей» бригад СМП, допускающих наибольшее количество ошибок, ежемесячное поименное доведение конкретных ошибок до сведения не только руководителей, допустивших ошибки, но и всего персонала. «Его урок — другим наука».

Следующим этапом станет разбор ошибок на врачебной комиссии и, при его неэффективности, материальные методы воздействия — использование возможности влияния экспертной оценки на персональный повышающий коэффициент.

Выводы

Совершенствование методики экспертизы качества скорой медицинской помощи вызовов с летальным исходом позволило не только улучшить качество скорой медицинской помощи, что подтверждается итоговыми показателями ЭК СМП Всли.

В динамике это выразилось снижением общего количества ошибок, снижением риска их возникновения, исчезновением серьезных, юридически опасных, ошибок.

Стало возможным минимизировать затраты (временные, интеллектуальные) на этапе самой экспертизы, задействовав в ней неквалифицированный персонал без медицинского образования.

Рефлексия опыта экспертной работы четко показала этапы развития ЭК СМП, повышения ее эффективности, ошибки и проблемы, возникающие на этих этапах, и способы их решения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА ПРИ ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ЯКУТСКЕ

А.П. Шадрин, С.Н. Морозов
МУ «Станция скорой медицинской помощи» ГО «Город Якутск»

EXPERIENCE OF ANTISHOCK COSTUME USE IN THE CASE OF TRANSPORT TRAUMA AT PREHOSPITAL STAGE IN YAKUTSK CITY

A.P. Shadrin, S.N. Morozov

Резюме

В Якутске, где время транспортировки с места происшествия в стационар в среднем составляет до 10 минут в 2007–2008 гг. на догоспитальном этапе погибло от 17-ти до 26-ти (1,7–2,5%) пострадавших. Одной из основных причин смерти на догоспитальном этапе является сочетанная травма и сопряженная с ней массивная кровопотеря с развитием геморрагического, а чаще травматического шока. Необходимость совершенствования помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой побудила нас к применению противошокового костюма (ПШК) в условиях г. Якутска и пригородов (население порядка до 300 тыс. человек).

Summary

In Yakutsk, where the transportation time from the accident place to the hospital takes in average 10 seconds, in 2007–2008 at prehospital stage from 17 to 26 (1,7–2,5%) of injured people died. One of the main reasons of prehospital death is combined trauma and connected with it massive blood loss with hemorrhagic, mostly traumatic shock development. The necessity of improving the medical help for patients with heavy concomitant injury motivated us to antishock costume use in Yakutsk city and its suburbs conditions (population about 300 thousand of people).

Из истории ПШК: в 1977 г. Комитет по травме Американской коллегии хирургов включил MAST (military anti-shock trousers — аналог противошокового костюма) в список необходимого оснащения, применяемого на догоспитальном этапе. В настоящее время во многих странах противошоковый костюм является обязательным табельным оборудованием служб неотложной медицинской помощи и спасения, отделений травматологии и армейских медицинских подразделений. Согласно рекомендациям VI Европейского конгресса реаниматологов, бригады скорой медицинской помощи должны владеть методами наложения ПШК и его контроля. С 1992 г. в России имеется опыт применения отечественного противошокового костюма «Каштан», который был разработан в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского совместно с НПП «Звезда». Клиническое испытание его проходило также в условиях военных действий в Приднестровье.

Принцип действия ПШК состоит в наружной пневмокомпрессии нижней половины тела, приводящей к перераспределению кровотока (аутогемотрансфузия) в пользу вышележащих жизненно важных органов. При надувании двух ножных и брюшной секций ПШК до достижения давления 40–70 мм рт. ст. в течение 8–10 мин происходит перераспределение крови из нижних конечностей и таза в верхнюю половину тела. Это соответствует трансфузии 1,5–2 л собственной, абсолютно совместимой крови

пострадавшего. ПШК по сути является единственным средством временной остановки внутрибрюшных кровотечений. Он обеспечивает более щадящую и безопасную транспортировку пострадавшего, позволяет преодолеть острый дефицит времени при оказании ему неотложной медицинской помощи и тем самым продлевает «золотой час» (период относительной компенсации сразу после травмы, когда кровопотеря еще не достигла критического уровня, несмотря на тяжелые повреждения внутренних органов и скелета). **Применение ПШК на ранних этапах интенсивной терапии шока выявило положительный эффект, который выражается в повышении системного артериального давления за счет:**

— повышения периферического сопротивления сосудов нижних конечностей, что позволяет циркулировать там меньшему объему крови.

— увеличения сердечного выброса вследствие возрастания венозного возврата крови к сердцу до оказания полноценной волемиической поддержки.

— механической централизации кровообращения.

— улучшения коронарного и мозгового кровотока.

Показаниями к применению ПШК при тяжелой сочетанной травме мы считаем следующие клинические ситуации: невозможность поддержания систолического артериального давления выше 80 мм рт. ст., при гиповолемическом шоке, в том числе при остановившемся кровотечении, необходимости временного гемостаза и иммобилизации при переломах костей таза и нижних конечностей, необходимости временного гемостаза при травмах органов брюшной полости, сопровождающихся острой кровопотерей.

Противопоказаниями (относительными), по нашему мнению, являются: тампонада сердца, сдавление головного мозга при черепно-мозговой травме, для наложения брюшной секции — не дренированный напряженный пневмоторакс (необходимость сохранить диафрагмальное дыхание). Безопасным периодом, на протяжении которого можно использовать противошоковый костюм, считаются 6 ч.

Клинический пример.

Пострадавший мужчина, 20 лет. Диагноз: Сочетанная автотравма. ЧМТ: УГМ. Ушиб грудной клетки. Тупая травма живота: разрыв печени. Геморрагический шок 2 ст. Бригада скорой помощи прибыла на место происшествия через 20 мин после аварии. При осмотре пострадавшего врачом констатировано: дыхание поверхностное, частота дыхания 26 в минуту, при аускультации — ослаблено, кожные покровы бледные, землистого цвета, акроцианоз; пульс на периферии не определяется, ЧСС 120 в минуту, АД 40/00 мм рт. ст., тоны сердца глухие. Уровень сознания — оглушение. Реакция на боль, зрачковый и роговичный рефлекс сохранены. Зрачки узкие, симметричные. Респираторная поддержка, инфузионная терапия (физиологический раствор 0,9% — 500 мл, рефортан 500 мл, раствор преднизолона 30 мг). Наложено ПШК: давление в ножных секциях 80 мм рт. ст., в брюшной секции 30 мм рт. ст. В приемное отделение пострадавший доставлен через 60 мин после прибытия «скорой» на место аварии. АД 100/70 мм рт. ст. Поднят в операционную. После стационарного лечения в удовлетворительном состоянии выписан домой.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПРИЕМОМ ЭТАНОЛА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.Ю. Тихоновская, А.Л. Вёрткин
Кафедра клинической фармакологии,
фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ, ННПОСМП

OPTIMIZATION OF EMERGENCIES THERAPY, ASSOCIATED WITH RECEPTION OF ETHANOL BY PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY IN AN EMERGENCY IN-PATIENT CLINIC

E.Yu. Tikhonovskaya, A.L. Vertkin

Резюме

По данным Росстата в России на одного человека приходится 13–14 литров чистого алкоголя в год (В.Н. Медведев, Н.И. Кораблин, 2002). С демографической точки зрения эта проблема все больше становится актуальной, поскольку прогредиентно увеличивается доля злоупотребляющих алкоголем молодых людей, возраст которых меньше 25-ти лет и лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: гепатопротекторы, злоупотребление алкоголем, СМП, поражение органовмишеней, хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ), специфические заболевания, алкогольная висцеропатия.

Summary

According to Russia's statistical agency, one person consumes 13–14 litres of pure alcohol a year (V.N. Medvedev, N.I. Korablin, 2002). From demographic point of view, this problem becomes actual as more young men consume increasingly high volumes of alcohol (age < 25 years) and persons of advanced age increases more and more.

Keywords: hepatoprotectors, alcohol abuse, emergency aid, defeat of target organs, a chronic alcoholic intoxication, specific diseases, alcoholic visceropathy.

Несмотря на то, что пожилые люди более тяжело переносят алкогольные эксцессы, и такие случаи нередко встречаются в клинической практике, эта проблема редко обсуждается в литературе. Между тем, частота госпитализаций, обусловленных злоупотреблением алкоголем, среди больных старше 60-ти лет составляет более 5%, а алкогольные повреждения органов — существенно меняют течение и прогноз внутренних заболеваний и поэтому требует своевременной фармакотерапии (Кнауер С., 2003; Моисеев В.С., 2005; Вёрткин А.Л., 2009).

С экспертной точки зрения длительное поступление алкоголя в организм в различных дозах приводит к поражению органов-мишеней, что обозначается термином хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ), а развивающиеся при этом специфические заболевания внутренних органов и нервной системы объединяются общим понятием алкогольная висцеропатия.

Как известно, алкогольная висцеропатия характеризуется относительной «доброкачественностью» течения и потенциальной обратимостью патологических изменений в случае прекращения регулярного приема алкоголя. В обратном случае, по мере усугубления специфической для ХАИ дистрофии органов и тканей, развивается полиорганная недостаточность, которая нередко становит-

ся причиной и фоном для развития неотложных состояний и летального исхода.

К неотложным состояниям, ассоциированным со злоупотреблением алкоголем в медицинской практике относят:

— Острое отравление этанолом (ООЭ) — острое заболевание, проявляющееся в угнетении функций центральной нервной системы (ЦНС), пропорциональном концентрации алкоголя в крови (в МКБ-10 имеет шифр и код).

— Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — патологическое состояние, вызванное острым лишением алкоголя у лица с алкогольной зависимостью (в МКБ-10 имеет шифр и код).

Такие пациенты, как правило, обращаются за неотложной медицинской помощью не в специализированные наркологические учреждения, а на скорую медицинскую помощь (СМП) с последующей госпитализацией в общетерапевтические или реанимационные отделения стационаров [Вовк Е.И. и соавт., 2006; Верткин А.Л. и соавт., 2007].

Неотложные состояния, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем, занимают около 20% койко-дней от общего количества людей, поступающих по экстренным показаниям в отделение реанимации (Москвичев В.Г., А.Л. Вёрткин, 2008) и составляют 7% — 20% от общего числа пациентов многопрофильного стационара (Энтин Г.М. и соавт., 2002).

Наиболее частой алкоголь-обусловленной патологией внутренних органов являются заболевания печени. Так, по данным Московского городского бюро патологоанатомических исследований, в структуре летальных исходов у больных с ХАИ патология печени составляет 31,3% (Зайратьянц О.В., 2008). У этих лиц на фоне ООЭ или ААС фатальная декомпенсация алкогольной болезни печени (Е.И. Вовк, А.Л. Вёрткин, Москвичев В.Г., 2008) сопровождается высокой активностью и выраженным цитолизом, усугублением симптомов энцефалопатии, портальной гипертензии, гастропатии и желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК).

Как известно, с целью коррекции печеночной недостаточности используется антифибротическая терапия — лечение, нацеленное на ограничение или обратное развитие воспаления и коллагенообразования. С этой целью используют глюкокортикостероиды и гепатопротекторы (Федеральное руководство по использованию лекарственных средств, 2009).

Эффективность применения системных глюкокортикостероидов в настоящее время оценивается крайне неоднозначно. Они достоверно снижают уровень кратковременной смертности при остром алкогольном гепатите, но не уменьшают риск ЖКК, способствуют развитию гнойно-септических осложнений и усилению отека синдрома.

Гепатопротекторы — составляют 9,2% от общего количества лекарственных средств на Российском рынке и их действие направлено на защиту печени от повреждающего воздействия экзогенных или эндогенных факторов и/или ускоряющих ее нормальную регенерацию. Среди них наибольшей популярностью пользуются фосфолипиды, синтезирующиеся здоровой печенью в количестве необходимом для поддержания нормального функционального состояния мембран. При системном алкогольном или ином токсическом воздействии поражении печени этот процесс нарушается и возникает необходимость их экзогенной доставки в необходимом количестве. Эта задача может быть решена путем введения в организм, так называемых, эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ), веществ, получают из соевых бобов и представляющих высокоочищенную фракцию фосфатидилхолина, содержащего полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). В отличие от эндогенного, фосфатидилхолин, содержащийся в ЭФЛ, содержит не одну, а две ПНЖК, что значительно повышает его активность в отношении восстановления функций клеточных мембран. ЭФЛ имеют высокое сродство с эндогенными фосфолипидами и при введении в организм, легко включаются в состав фосфолипидных мембран и других структур печени, мозга и всех остальных тканей. В результате ограничивается индуцированное этанолом некроз гепатоцитов и замедляется синтез коллагена. Данные многочисленных клинических исследований доказывают, что ЭФЛ эффективно восстанавливают функцию печени на всех стадиях алкогольной болезни (Lieber Ch.S., 1994–1997; Подымова С.Д., 1998; Буеверов А.С. и соавт., 2001).

Существенным дополнением к ЭФЛ может служить глицеризиновая кислота, являющаяся аналогом кортикостероидов растительного происхождения, а по химической формуле — сходной с гормонами коры надпочечников. Доказано, что она обладает мощным противовоспалительным и гепа-

топротекторным действием (О.М. Ипатов, 2005; В.Т. Ивашкин и соавт., 2005; Г.И. Сторажаков и соавт., 2005).

Отечественной промышленностью налажен выпуск ЭФЛ в комбинации с глицеризиновой кислотой в виде препарата фосфоглив.

Таким образом, в настоящее время отсутствуют стандарты ведения как терапевтических больных с алкогольной патологией, так и больных с ХАИ, у которых развиваются неотложные соматические состояния. Это и определило цель настоящего исследования.

Цель исследования

Определение особенностей диагностики, лечения и исходов неотложных состояний, ассоциированных со злоупотреблением этанолом, у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией.

Материалы и методы исследования

Исследование включало ретроспективную и проспективную части с включением пациентов с клинически значимой и/или определяемой макроскопически при аутопсии алкогольной висцеропатии. При этом алкогольную болезнь печени диагностировали как гепатит и стеатогепатит (острая печеночно-клеточная недостаточность, холестаза) или цирроз печени (нарушение печеночно-клеточной функции по Чайлду-Пью, хроническая портальная гипертензия). Алкогольную кардиомиопатию диагностировали при увеличении сердца в размерах с неравномерной гипертрофией, очаговой дистрофией миокарда и ожирением, сопровождающейся артериальной гипертензией, недостаточностью кровообращения и нарушений ритма сердца. Алкогольный хронический фиброзирующий панкреатит диагностировали при похудании, выявлении кист и фиброза/кальциноза поджелудочной железы. Острый панкреатит диагностировали при жалобах на характерный болевой синдром, повышении титров α -амилазы крови и выявлении очагового или геморрагического некроза в паренхиме поджелудочной железы. Хроническую алкогольную энцефалопатию диагностировали по нарушению интеллектуально-мнестических функций, астерикусу, нарушению походки, выявлению атрофии и

очагов демиелинизации в головном мозге. Острую алкогольную энцефалопатию диагностировали при нарушении сознания, расстройствах глазо-двигательных нервов, выявлении отека мозга.

При анализе историй болезни у больных с ХАИ или неотложными состояниями изучали алкогольный анамнез и оценивали соответствующие маркеры, а также соответствие полученных данных клиническим рекомендациям и стандартам. Отравление алкоголем или его суррогатами верифицировали по данным анамнеза и содержанию алкоголя в крови, а алкогольный абстинентный синдром — по клинической картине и заключения осмотра психиатром. В качестве критериев компенсации и тяжести ХПИ использовали имевшиеся в историях болезни данные клинического, лабораторного и инструментального исследования.

Ретроспективная часть

Ретроспективная часть исследования включала анализ 1371 протоколов аутопсии и историй болезни пациентов, поступивших в терапевтические и/или отделения интенсивной терапии многопрофильного стационара скорой медицинской помощи в период 2007–2008 годов по поводу декомпенсации заболеваний внутренних органов (рис. 1). Среди них было 747 мужчин и 624 женщины в возрасте $63,8 \pm 16,1$ лет. В процессе анализа выявляли частоту прижизненной диагностики ХАИ для чего заключительный клинический диагноз сопоставляли с патологоанатомическим, сравнивая основные, фоновые и сопутствующие заболевания, а также смертельные осложнения. У пациентов, умерших от неотложных состояний, ассоциированных с ХАИ определяли их структуру, а также частоту и характер алкогольной висцеропатии.

Проспективная часть

В проспективную часть исследования было включено 176 человек с острыми состояниями, ассоциированными со злоупотреблением алкоголем, госпитализированных в отделение интенсивной терапии многопрофильного стационара скорой медицинской помощи (рис. 1). Всех больных в зависимости от диагноза (ООЭ или ААС) распределили на четыре исследуемые группы, внутри каждой — методом случайных чисел рандомизировали пациентов на группы воздействия и контроля. Наряду с клиническим обследова-

нием с подробным сбором алкогольного анамнеза (длительность, регулярность алкоголизации, дозы и характер алкогольных напитков, частота предшествовавших госпитализаций, инвалидность и амбулаторная фармакотерапия) у всех пациентов для уточнения факта злоупотребления алкоголем применяли опросник CAGE. Алкогольную висцеропатию и другие соматические маркеры ХАИ определяли при помощи теста «сетка Le-Go», а степень тяжести острой интоксикации алкоголем (табл. 1) — теста постинтоксикационного алкогольного синдрома (ПАС).

Всем больным также было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости на ультразвуковом аппарате «Hitachi EUB-525» (Япония) и эзофагогастродуоденоскопия посредством гастрофиброскопа «Olympus GIF-Q40» (Япония). Диагностику сопутствующей АГ, ИБС и сахарного диабета (СД) осуществляли в соответствии с национальными рекомендациями (ВНОК, 2007). Все лабораторные методики, с помощью которых оценивались показатели крови, были выполнены на аппарате для радиоиммунного

исследования сыворотки крови «Биофизическая аппаратура» (Россия).

В этой части исследования была проведена оценка эффективности и безопасности применения отечественного (Фармстандарт, Россия) комбинированного гепатопротектора фосфаглива, содержащего эссенциальные фосфолипиды и глицирризиновую кислоту. Критериями включения в клиническое исследование был возраст от 18-ти до 65-ти лет, диагноз ООЭ или АОС, а также клинические, лабораторные и инструментальные признаки алкогольной висцеропатии.

Критериями исключения служили крайне тяжелое состояние больного, спутанность сознания, судорожный синдром, вирусный гепатит, острое или обострение хронического инфекционного заболевания, острая хирургическая патология, лихорадка более 38°C, хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса по NYHA, цирроз печени более «А» по Чайлд-Пью. Протокол исследования, процедуры и образец информированного согласия были рассмотрены и одобрены этическим комитетом при МГМСУ.

Таблица 1

Свойства маркеров некроза миокарда

№	Вопрос
1	Беспокойство и возбуждение
2	Бледность (холодная и влажная кожа)
3	Боль в области сердца
4	Гиперемия (чрезмерное покраснение лица)
5	Головная боль
6	Головокружение
7	Дрожание пальцев рук
8	Желание принять алкоголь
9	Желтушность кожных покровов
10	Изменение чувствительности кожи (повышение, снижение)
11	Нарушение стула (понос, запор)
12	Недомогание и утомляемость
13	Нервное напряжение
14	Носовые кровотечения
15	Обморочные состояния
16	Одышка
17	Отеки на ногах
18	Отечность лица
19	Отсутствие аппетита
20	Ощущение сердцебиения
21	Перебои в работе сердца
22	Повышенное отделение слюны
23	Потребность закурить
24	Потребность принять лекарство
25	Провалы в памяти о событиях, произошедших накануне
26	Раздражительность и озлобление
27	Рвота и тошнота
28	Рвота кровавая
29	Снижение полового влечения
30	Сухость во рту
31	Сыпь на коже
32	Чрезмерный аппетит
33	Чрезмерная жажда
34	Чрезмерная потливость (ночные поты)
35	Шатающаяся походка

Материалы исследования

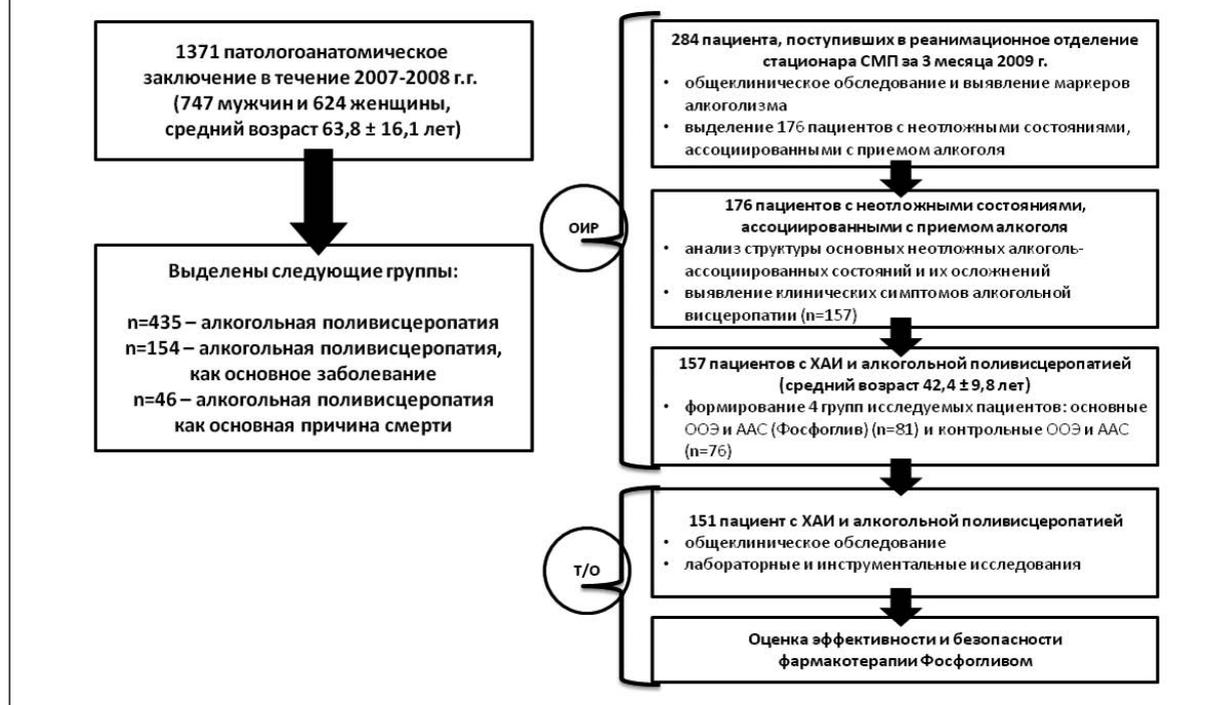


Рис. 1. Дизайн клиничко-морфологического исследования

Фосфоглив назначали парентерально в дозе 2,5 мг дважды в сутки в течение 3-х дней на фоне комплексной инфузионной дезинтоксикационной терапии и симптоматической коррекции жизненно важных функций. Начиная с четвертого дня стационарного лечения больных переводили на пероральный прием фосфоглива в дозе 130 мг (2 капсулы) трижды в сутки. Препарат пациенты принимали внутрь во время еды, курс лечения составил 14 дней.

Эффективность лечения оценивали на основании динамики известных клинических симптомов интоксикации — уровня АД, ЧСС и изменений ЭКГ, а также функции внешнего дыхания и вегетативных симптомов. Кроме того, оценивался ряд лабораторных маркеров интоксикации и цитолиза, а именно: лейкоцитарная формула, СОЭ, С-реактивный белок (СРБ), фибриноген (ФГ), иммуноглобулин А (IgA), аланиновая трансаминаза (АЛТ), аспарагиновая трансаминаза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), билирубин, протромбиновый индекс (ПТИ).

Эффективность препарата также оценивали по нормализации кислотно-щелочного состояния (КЩС), динамике средне-корпуску-

лярного объема эритроцитов (СКОЭ, MCV (Mean Corpuscular Volume)), который является одним из скрининговых маркеров заболевания печени, в том числе алкогольной.

Безопасность лечения оценивали на основании частоты нежелательных побочных эффектов: острых аллергических реакций и других проявлений непереносимости препарата.

Статистическая обработка результатов осуществлялась в программах «Microsoft Excel» и «Statistica» (Version 6.0) и включала описательную статистику, сравнение исследуемых подгрупп по Краскелу-Уоллису для трех и более независимых групп, сравнение исследуемой и контрольной группы с использованием критериев Манна-Уитни, Хи-квадрата с поправкой Йетса и точного двухстороннего критерия Фишера, сравнение двух зависимых групп с применением критерия Вилкоксона, использовался корреляционный анализ по Спирмену. База данных формировали в формате Microsoft Excel. Использовались следующие статистические методики: вычисление среднего значения, вычисление стандартного отклонения, корреляционный анализ (методы непараметрической статистики), расчет достоверности, построение диаграмм и гистограмм.

Полученные результаты и их обсуждение

Ретроспективная часть

По данным анализа 1371 протокола аутопсии больных основным заболеванием — причиной летального исхода в 282-х (20,6%) случаях были злокачественные новообразования, в 271 (19,8%) — цереброваскулярные заболевания (ишемический и геморрагический инсульт, декомпенсация сосудистой энцефалопатии), в 166-ти (12,1%) — постинфарктный кардиосклероз с недостаточностью кровообращения, в 162-х (11,8%) — острые ишемические заболевания сердца и в 66-ти (4,8%) — внебольничная пневмония и хроническое легочное сердце у больных обструктивной болезнью легких (рис. 2). В 154-х случаях (11,2%) основным (или фоновым) заболеванием являлась декомпенсация алкогольной висцеропатии. При этом общее количество пациентов, у которых на секции была выявлена алкогольная висцеропатия, было 435 (31,7%), в том числе

378 мужчин и 57 женщин в возрасте, соответственно, $57,3 \pm 12,8$ и $54,9 \pm 10,4$ лет. Почти все они в анамнезе имели указания на ХАИ (403 из 435, (93%). У 32-х больных (7%) с ХАИ, последняя не была диагностирована при жизни, их причины смерти приведены на рис. 3.

У 281-го (64,6%) умершего алкогольная висцеропатия при аутопсии была верифицирована как сопутствующее заболевание.

Следует отметить, что только у 79-ти из 435-ти больных (18,1%) с ХАИ в клиническом диагнозе были указаны алкогольные повреждения органов (рис. 4).

Таким образом, среди поступивших по экстренным показаниям в многопрофильный стационар и умерших, преимущественно от сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваний ХАИ выявляется на секции в 31,7% случаев, в том числе в 11,2% — фигурирует в патологоанатомическом заключении, как основная причина летального исхода. При этом прижизненная диагностика ХАИ составляет всего 18,1%.



Рис. 2. Основные заболевания — причины смерти по данным аутопсии



Рис. 3. Причины смерти больных с недиагностированной при жизни ХАИ

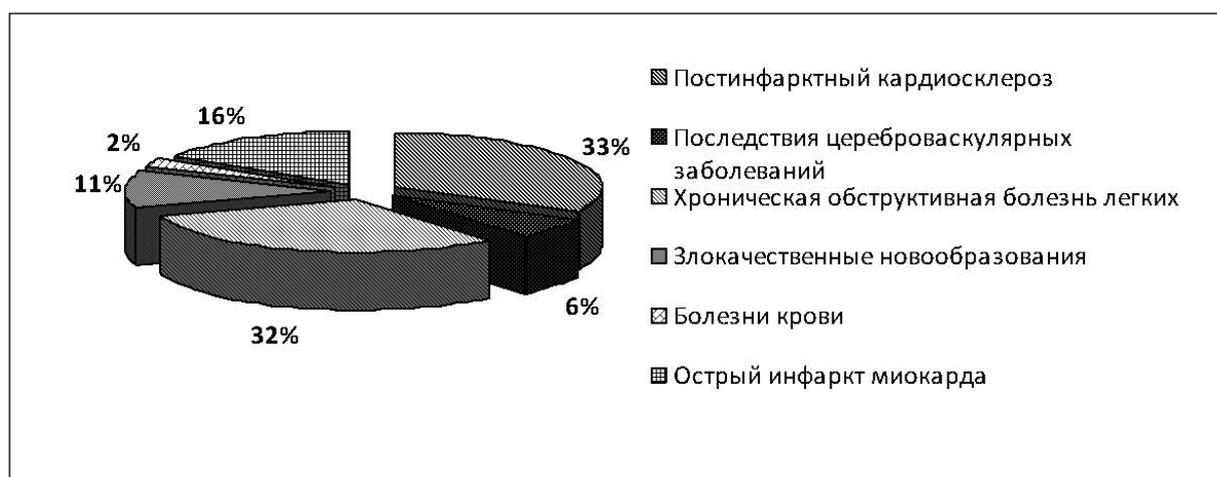


Рис. 4. Структура основных диагнозов у больных с ХАИ



Рис. 5. Наиболее частые осложнения у больных с ХАИ

Среди смертельных осложнений у пациентов с ХАИ встречалась хроническая почечная недостаточность различной степени тяжести (57,9%), тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей (40,5%), отек легких (34,7%), отек головного мозга (26,2%), пневмония (18,6%), эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (20,7%), желудочно-кишечное кровотечение (9,8%), нарушения сердечного ритма (13,9%) (рис. 5).

Перспективная часть

За период выполнения исследования в отделение интенсивной терапии поступили 184 больных с неотложными состояниями, ассоциированными ХАИ. У 8-ми из них было диагностировано острое хирургическое заболевание и они были исключены из исследования. Оставшиеся 176-ти больных составили 61,9% от общего числа больных терапевтического профиля, госпитализированных в отде-

ление интенсивной терапии в течение указанного периода. Это были 153 мужчины и 23 женщины

Все пациенты имели более 15-ти симптомов посталкогольной интоксикации по шкале ПАС (рис. 6), что доказывает неспецифичный характер симптомов и распространенность полиорганной недостаточности на фоне ХАИ.

Во время первичного осмотра поступивших пациентов врачами приемного отделения в 125-ти случаях (71%) свидетельствовали об ООЭ и в 51 случае (29%) — ААС. Все эти пациенты были госпитализированы в отделение интенсивной терапии, где в дальнейшем, по данным токсикологического исследования крови диагноз ООЭ во всех случаях был подтвержден, а у 172-х (97,7%) — и анамнез ХАИ. Четверо больных (2,3%) категорически отрицали злоупотребление этанолом в анамнезе. У 114-ти больных (66,2%) последний прием алкоголя имел место накануне или в день го-

Таблица 2

Жалобы пациентов с неотложными состояниями, ассоциированными со злоупотреблением алкоголем

Жалобы	Частота, %	
	Мужчины (n=153)	Женщины (n=23)
Боль в области сердца	43 (28,1 %)	5 (21,2 %)
Боль в животе	96 (62,7%)	12 (52,2%)
Головная боль	37 (24,2 %)	11 (45,8 %)
Головокружение	84 (54,9 %)	14 (60,1 %)
Дрожание пальцев рук	73 (47,7 %)	7 (31,5 %)
Нарушение стула (понос, запор)	26 (16,9 %)	5 (21,6 %)
Носовые кровотечения	32 (20,9 %)	2 (9,4 %)
Обморочные состояния	21 (13,7 %)	10 (43,2 %)
Одышка	59 (38,6 %)	4 (18,8 %)
Отеки ног	41 (26,8 %)	5 (21,6 %)
Ощущение сердцебиения	62 (40,5 %)	12 (47,4 %)
Перебои в работе сердца	46 (30,1 %)	8 (34,2 %)
Провалы в памяти	50 (32,7 %)	4 (18,8 %)
Рвота и тошнота	93 (60,8 %)	13 (49,9 %)

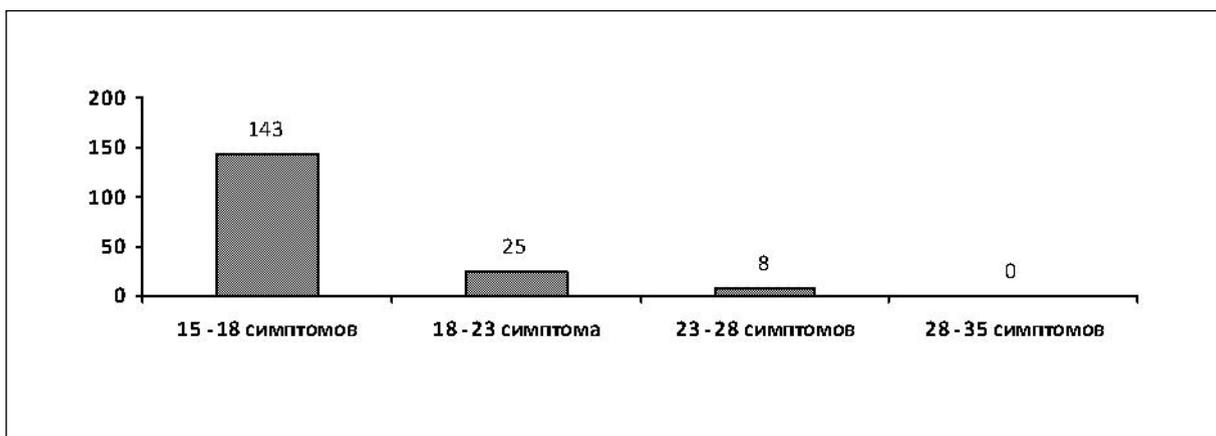


Рис. 6. Распределение пациентов по результатам теста ПАС

спитализации, у 43 (25% случаев) — 2–4 суток назад, а у 19-ти (8,8%) — более 5-ти дней назад. На этапе госпитализации все больные находились в тяжелом состоянии с различной степенью спутанности сознания.

В результате дальнейшего клинического обследования больных, у 157-ми пациентов (89,2%) были обнаружены соматические эквиваленты ХАИ и сопутствующие заболевания (табл. 3).

После проведенных скрининговых и диагностических процедур в исследование вошли 157 больных ХАИ, в том числе 125 мужчин (69,6%) и 32 женщины (30,4%), средний возраст которых составил 42,4 ± 9,8 лет.

Средний суммарный балл по сетке LeGo у больных с ООЭ составил 4,8 ед., а у больных с ОАС — 9,2 ед.,

Средний балл CAGE у пациентов с ООЭ составил 1,9, в то время, как у больных ААС он оказался существенно выше — 2,7, что свидетельствовало о большей длительности и тяжести ХАИ в этой группе больных.

Для оценки эффективности проводимой фармакотерапии были сформированы 4 группы (табл. 4): 1 — 55 пациентов с ООЭ, 2 — 26 пациентов с ААС (в 1 и 2 группах применяли фосфаглив), 3 — 51 пациент с ООЭ и 4 — 25 пациентов с ААС (3 и 4 группы составили контроль).

По демографическим и клиническим признакам группы воздействия и контроля были сопоставимы между собой ($p < 0,05$). Однако по лабораторным данным между пациентами с ООЭ и ААС имели место до-

стоверные различия. При ААС был более выражен синдром холестаза (АЛТ, ГГТП, ЩФ, билирубин) и синдром системного воспаления (СОЭ, фибриноген, лейкоцитоз). При ООЭ были больше выражены

Таблица 3

Соматические эквиваленты ХАИ и сопутствующие заболевания

Критерий	Частота
Хронический алкогольный гепатит	110 (70,1 %)
Артериальная гипертензия	99 (63,1 %)
Хроническая обструктивная болезнь легких	83 (52,9 %)
Хронический алкогольный панкреатит	77 (49,1 %)
Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка	68 (43,3 %)
Хроническая недостаточность кровообращения	32 (20,4 %)
Сахарный диабет 2 типа	27 (17,2 %)
Новообразования различной локализации	21 (13,4 %)
Анемия (гипохромная)	8 (5,1 %)
Ревматоидный артрит	6 (3,8 %)
Наличие инвалидности	58 (36,9 %)

Таблица 4

Характеристика исследуемых групп пациентов в зависимости от вида фармакотерапии

Группы больных	ООЭ (Фосфоглив) (n=55)	ААС (Фосфоглив) (n=26)	ООЭ (Контроль) (n=51)	ААС (Контроль) (n=25)
Средний возраст, лет	44,2 ± 4,2	46,1 ± 3,8	43,4 ± 2,2	45,4 ± 3,9
Среднее САД, мм.рт.ст.	163 ± 12	157 ± 10	160 ± 11	162 ± 13
Среднее ДАД, мм.рт.ст.	95 ± 8	93 ± 7	97 ± 7	95 ± 7
Глюкоза крови, ммоль/л	4,2 ± 1,8	6,2 ± 2,8	3,8 ± 2,4	5,9 ± 2,4
Креатинин крови, мкмоль/л	77,2 ± 10,1	85,2 ± 8,5	69,7 ± 16,8	83,1 ± 6,4
Мочевина крови, ммоль/л	6,4 ± 2,8	8,9 ± 1,7	7,2 ± 2,1	9,1 ± 2,1
Холестерин крови, ммоль/л	3,6 ± 0,8	4,4 ± 0,6	3,4 ± 1,1	4,7 ± 1,1
Общий билирубин, мкмоль/л	22,27 ± 3,9	29,81 ± 5,6	23,32 ± 2,7	32,31 ± 4,9
Общий белок крови, г/л	69,6 ± 11,7	65,4 ± 8,0	72,5 ± 9,3	63,1 ± 5,8
Альбумин, г/л	41,2 ± 3,8	38,4 ± 1,8	43,2 ± 2,7	34,8 ± 0,9
Иммуноглобулин А, г/л	3,9 ± 0,4	3,7 ± 0,7	3,6 ± 0,5	3,5 ± 0,3
АЛТ, ЕД/л	65,4 ± 15,1	54,7 ± 10,2	70,9 ± 12,4	58,9 ± 12,6
АСТ, ЕД/л	88,1 ± 14,6	112,2 ± 21,4	95,3 ± 13,7	126,6 ± 19,6
α-амилаза крови, ЕД/л	70,3 ± 11,7	89,6 ± 16,9	65,8 ± 9,3	87,5 ± 10,8
Лактатдегидрогеназа, ЕД/л	576,2 ± 89,2	540,7 ± 55,7	626,2 ± 91,5	534,0 ± 43,8
ГГТП, ЕД/л	78,4 ± 12,8	59,5 ± 19,1	82,7 ± 16,4	67,1 ± 20,2
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	367,4 ± 57,1	279,5 ± 32,2	343,8 ± 45,2	301,1 ± 22,9
СКОЭ (MCV), мкм ³	107,6 ± 7,7	121,0 ± 5,0	112,3 ± 8,1	126,9 ± 8,6
Гемоглобин, г/л	128,3 ± 22,9	118,8 ± 16,1	119,8 ± 19,5	115,1 ± 10,9
Протромбиновое время, сек	13,8 ± 1,2	14,2 ± 1,1	12,5 ± 1,1	16,1 ± 0,9
Фибриноген, г/л	1,2 ± 0,4	1,6 ± 0,8	1,4 ± 0,5	1,5 ± 0,4
Лейкоциты, Г/л	17,3 ± 3,1	15,9 ± 1,1	15,1 ± 4,5	13,8 ± 3,7
СОЭ, мм/час	68 ± 24	55 ± 19	60 ± 33	51 ± 15
Ионы К ⁺ , ммоль/л	3,6 ± 0,9	3,8 ± 1,0	3,8 ± 1,1	3,3 ± 0,8
Ионы Na ⁺ , ммоль/л	127,6 ± 31,2	119,2 ± 17,8	131,3 ± 27,9	123,6 ± 14,4
HBsAg (качественный)	5	4	2	3
Anti-HCV (качественный)	2	0	1	1

Таблица 5

Сопутствующая терапия

Препараты	ООЭ (Фосфоглив) (n=55)	ААС (Фосфоглив) (n=26)	ООЭ (Контроль) (n=51)	ААС (Контроль) (n=25)
Гипотензивные	11 (20,0 %)	15 (27,3 %)	13 (23,6 %)	16 (29,1 %)
Антиангинальные	3 (5,5 %)	7 (12,7 %)	4 (7,3 %)	5 (9,1 %)
Сахароснижающие	5 (9,1 %)	4 (7,3 %)	4 (7,3 %)	5 (9,1 %)
Диуретики	5 (9,1 %)	8 (14,5 %)	6 (11,1 %)	9 (16,4 %)
Антибиотики	4 (7,3 %)	3 (5,5 %)	3 (5,5 %)	2 (3,7 %)
Ферменты	11 (20,0 %)	15 (27,3 %)	10 (33,3 %)	16 (29,1 %)
Гастропротекторы	15 (27,3 %)	21 (38,2 %)	17 (30,9 %)	20 (36,4 %)
Гепатопротекторы	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Дезинтоксикационные	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)
Витамины	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)	30 (100,0 %)
Антиоксиданты	25 (45,5 %)	22 (40,0 %)	27 (49,1 %)	24 (43,6 %)
Антигипоксанты	21 (38,2 %)	23 (41,8 %)	25 (45,5 %)	26 (47,3 %)
Седативные	23 (41,8 %)	22 (40,0 %)	20 (36,4 %)	25 (45,5 %)

Таблица 6

Осложнения неотложных алкоголь-обусловленных состояний

Осложнение	ООЭ (Фосфоглив) (n=55)	ААС (Фосфоглив) (n=26)	ООЭ (Контроль) (n=51)	ААС (Контроль) (n=25)
Гипертонический криз	6	4	6	7
Пневмония	2	1	0	4
Алкогольный делирий	1	5	2	8
Разрешение делирия	1	4	2	6
Часы разрешения делирия	44,8		50,5	
Смерть от отека мозга	0	1	0	2
ЖКК	2	1	2	2
Кровотечение из варикозных вен пищевода	0	1	0	0
Смерть от ЖКК	0	1	1	1

симптомы интоксикации алкоголем (СКОЭ, АСТ, ЛДГ, гипернатриемия) (табл. 4).

Всем больным (табл. 5) во время лечения в отделении интенсивной терапии проводилась дезинтоксикационная внутривенная терапия, которая включала в себя следующие растворы: 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор калия хлорида, 25% раствор магния сульфата, ацесоль, трисоль, антибактериальные препараты, омепразол, вазоактивные средства, растворы витаминов (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота).

Контрольное обследование проводилось на 3, 9 и 14-й (при выписке из стационара) и включало определение тех же параметров.

Из 157-ми пациентов, включенных в исследование, в отделении интенсивной терапии согласно протоколу в течение трех

дней находились 134 пациента, которые затем были переведены в терапевтическое отделение, где им была продолжена терапия фосфогливом. Еще 23 человека были задержаны в отделении по тяжести состояния. Среди них были 16 пациентов, у которых развился острый алкогольный психоз, исходы и сроки его разрешения различались в сравниваемых группах. Так, в группах пациентов, принимавших фосфоглив, за три дня развилось 6 алкогольных делириев (что составило 10%), наибольшее количество которых пришлось на третьи сутки лечения. В контрольных группах за этот же временной промежуток развилось 10 алкогольных делириев (16,7%), причем пик их возникновения соответствовал вторым суткам лечения.

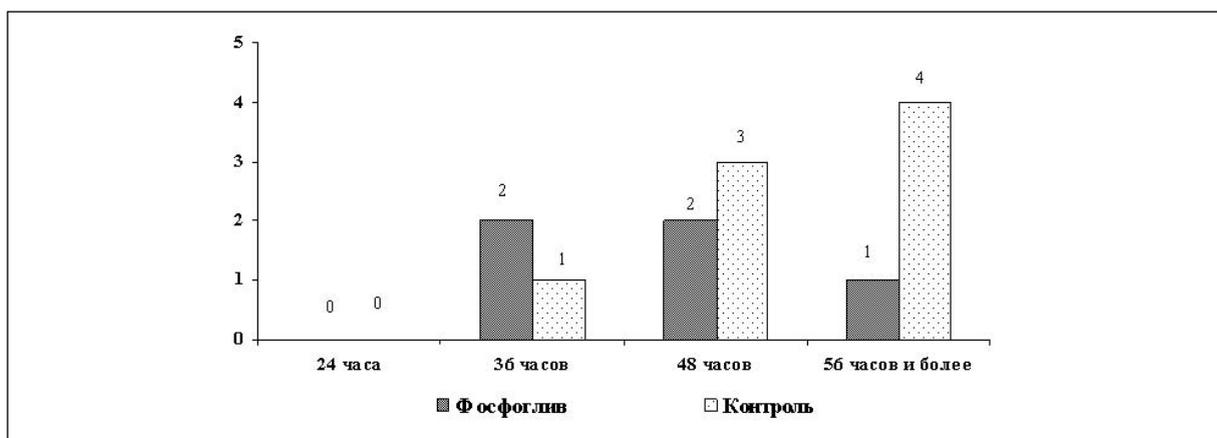


Рис. 7. Сроки разрешения алкогольного делирия

Таблица 7

Динамика лабораторных показателей при ООЭ на фоне применения фосфоглива

Группы больных	Фосфоглив (ООЭ) (n=55)			p
	Исходно	3 день	14 день	
Среднее САД, мм рт.ст.	163 ± 12	159 ± 8	143 ± 9	p<0,05
Среднее ДАД, мм рт.ст.	95 ± 8	92 ± 5	87 ± 5	p>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л	4,2 ± 1,8	4,1 ± 0,9	3,8 ± 0,8	p>0,05
Креатинин крови, мкмоль/л	77,2 ± 10,1	76,4 ± 4,2	70,6 ± 8,4	p>0,05
Мочевина крови, ммоль/л	6,4 ± 2,8	6,9 ± 1,9	6,8 ± 2,1	p>0,05
Гемоглобин, г/л	128,3 ± 22,9	129,1 ± 11,7	136,7 ± 16,1	p>0,05
Холестерин крови, ммоль/л	3,6 ± 0,8	3,5 ± 1,1	3,2 ± 1,2	p>0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	22,3 ± 3,9	27,4 ± 3,2	17,11 ± 1,1	p<0,05
Общий белок крови, г/л	69,6 ± 11,7	74,2 ± 4,6	82,8 ± 3,3	p<0,05
Альбумин, г/л	41,2 ± 3,8	42,2 ± 1,7	47,1 ± 1,2	p<0,05
Иммуноглобулин А, г/л	3,9 ± 0,4	3,7 ± 0,6	2,6 ± 0,3	p<0,05
АЛТ, ЕД/л	65,4 ± 15,1	72,5 ± 23,2	37,2 ± 9,5	p<0,05
АСТ, ЕД/л	88,1 ± 14,6	86,6 ± 12,7	45,7 ± 8,1	p<0,05
α-амилаза крови, ЕД/л	70,3 ± 11,7	62,4 ± 2,9	47,7 ± 3,8	p<0,05
Лактатдегидрогеназа, ЕД/л	576,2 ± 89,2	544,4 ± 38,8	481,7 ± 46,1	p<0,05
ГГПТ, ЕД/л	78,4 ± 12,8	69,2 ± 7,7	48,1 ± 5,2	p<0,05
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	367,4 ± 57,1	351,5 ± 23,8	285,3 ± 32,2	p<0,05
СКОЭ (MCV), мкм ³	107,6 ± 7,7	105,1 ± 2,7	98,9 ± 5,4	p<0,05
Протромбиновое время, сек	13,8 ± 1,2	12,7 ± 0,7	11,4 ± 0,2	p>0,05
Фибриноген, г/л	1,2 ± 0,4	1,4 ± 0,3	2,2 ± 0,5	p<0,05
Лейкоциты, Г/л	17,3 ± 3,1	18,1 ± 5,3	11,4 ± 3,6	p<0,05
СОЭ, мм/час	68 ± 24	57 ± 13	32 ± 11	p<0,05
Ионы К ⁺ , ммоль/л	3,6 ± 0,9	3,9 ± 0,8	3,4 ± 1,1	p>0,05
Ионы Na ⁺ , ммоль/л	127,6 ± 31,2	144,2 ± 10,5	139,1 ± 26,1	p>0,05

Среди причин летальных исходов в первых 2-х группах у одного больного констатирован отек головного мозга и 1 — ЖКК. В группах контроля умерло 4 больных, в том числе 2 от отека головного мозга и 2 — от ЖКК (табл. 6).

Среднее время продолжительности острого алкогольного психоза у пациентов, принимавших фосфоглив, было значительно меньше, чем в контрольных групп (рис. 7).

Дальнейшее наблюдение в условиях терапевтического отделения продолжили 151 че-

ловек (134 пациента без осложнений и 17 — с осложнениями ООЭ и ААС). Критериями для завершения стационарного лечения являлись компенсация соматических эквивалентов ХАИ и полное исчезновение признаков алкогольной интоксикации или симптомов алкогольной абстиненции.

За 14-дневный период наблюдения изменения претерпели все изучаемые клинические, лабораторные и инструментальные показатели, как в основных группах (табл. 7 и 8), так в группах контроля (табл. 9 и 10).

Таблица 8

Динамика лабораторных показателей в контрольной группе

Группы больных	Контроль (ООЭ) (n=49)			P
	Исходно	3 день	14 день	
Среднее САД, мм.рт.ст.	160 ± 11	156 ± 9	141 ± 7	p<0,05
Среднее ДАД, мм.рт.ст.	97 ± 7	95 ± 6	85 ± 3	p>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л	3,5 ± 2,4	3,8 ± 0,8	4,2 ± 1,1	p>0,05
Креатинин крови, мкмоль/л	69,7 ± 16,8	75,1 ± 3,3	71,5 ± 9,3	p>0,05
Мочевина крови, ммоль/л	7,2 ± 2,1	6,9 ± 0,8	6,6 ± 1,7	p>0,05
Гемоглобин, г/л	119,8 ± 19,5	116,7 ± 9,4	123,5 ± 10,5	p>0,05
Холестерин крови, ммоль/л	3,4 ± 1,1	3,9 ± 1,4	3,8 ± 0,9	p>0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	23,32 ± 2,7	25,1 ± 7,1	19,89 ± 0,9	p>0,05
Общий белок крови, г/л	72,5 ± 9,3	73,4 ± 2,7	80,4 ± 5,1	p<0,05
Альбумин, г/л	43,2 ± 2,7	43,6 ± 2,3	46,3 ± 1,7	p>0,05
Иммуноглобулин А, г/л	3,6 ± 0,5	3,5 ± 0,8	3,2 ± 0,4	p>0,05
АЛТ, ЕД/л	70,9 ± 12,4	79,4 ± 13,4	55,6 ± 8,7	p<0,05
АСТ, ЕД/л	95,3 ± 13,7	90,9 ± 11,6	67,5 ± 9,3	p<0,05
α-амилаза крови, ЕД/л	65,8 ± 9,3	66,9 ± 4,6	49,5 ± 5,1	p<0,05
Лактатдегидрогеназа, ЕД/л	626,2 ± 91,5	587,5 ± 26,7	558,7 ± 33,2	p<0,05
ГГТП, ЕД/л	82,7 ± 16,4	76,8 ± 17,5	57,3 ± 9,1	p<0,05
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	343,8 ± 45,2	337,5 ± 21,1	297,5 ± 25,7	p<0,05
СКОЭ (MCV), мкм ³	112,3 ± 8,1	110,9 ± 4,6	105,8 ± 4,1	p>0,05
Протромбиновое время, сек	12,5 ± 1,1	12,7 ± 0,9	12,1 ± 0,7	p>0,05
Фибриноген, г/л	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,9	1,7 ± 0,9	p>0,05
Лейкоциты, Г/л	15,1 ± 4,5	17,9 ± 4,1	14,9 ± 2,6	p>0,05
СОЭ, мм/час	60 ± 33	54 ± 17	45 ± 17	p<0,05
Ионы К ⁺ , ммоль/л	3,8 ± 1,1	3,5 ± 0,7	3,9 ± 1,0	p>0,05
Ионы Na ⁺ , ммоль/л	131,3 ± 27,9	140,2 ± 11,3	136,8 ± 20,9	p>0,05

Таблица 9

Динамика показателей группы пациентов с алкогольным абстинентным синдромом, принимавших Фосфоглив через 3 и 14 дней

Группы больных	Фосфоглив (ААС) (n=25)			P
	Исходно	3 день	14 день	
Среднее САД, мм.рт.ст.	157 ± 10	155 ± 4	147 ± 5	p>0,05
Среднее ДАД, мм.рт.ст.	93 ± 7	90 ± 3	85 ± 4	p>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л	6,2 ± 2,8	5,1 ± 1,2	4,4 ± 0,7	p>0,05
Креатинин крови, мкмоль/л	85,2 ± 8,5	82,1 ± 3,8	75,2 ± 4,7	p>0,05
Мочевина крови, ммоль/л	8,9 ± 1,7	8,2 ± 1,4	7,6 ± 2,5	p>0,05
Гемоглобин, г/л	118,8 ± 16,1	123,2 ± 9,5	126,3 ± 12,2	p>0,05
Холестерин крови, ммоль/л	4,4 ± 0,6	3,8 ± 0,9	3,9 ± 1,4	p>0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	29,8 ± 5,6	27,4 ± 4,1	23,1 ± 1,5	p>0,05
Общий белок крови, г/л	65,4 ± 8,0	69,4 ± 5,3	75,1 ± 2,9	p<0,05
Альбумин, г/л	38,4 ± 1,8	37,8 ± 0,9	45,2 ± 1,6	p>0,05
Иммуноглобулин А, г/л	3,7 ± 0,7	3,4 ± 0,9	2,8 ± 0,5	p<0,05
АЛТ, ЕД/л	54,7 ± 10,2	68,1 ± 20,4	31,1 ± 6,2	p<0,05
АСТ, ЕД/л	112,2 ± 21,4	99,7 ± 15,6	34,5 ± 5,9	p<0,05
α-амилаза крови, ЕД/л	89,6 ± 16,9	78,8 ± 7,1	49,5 ± 4,4	p<0,05
Лактатдегидрогеназа, ЕД/л	540,7 ± 55,7	505,7 ± 30,0	464,4 ± 23,6	p<0,05
ГГТП, ЕД/л	59,5 ± 19,1	50,2 ± 3,7	39,2 ± 7,6	p<0,05
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	279,5 ± 32,2	305,8 ± 33,2	215,4 ± 12,1	p<0,05
СКОЭ (MCV), мкм ³	121,0 ± 5,0	109,9 ± 6,1	102,1 ± 2,1	p<0,05
Протромбиновое время, сек	14,2 ± 1,1	13,1 ± 0,5	11,0 ± 0,3	p>0,05
Фибриноген, г/л	1,6 ± 0,8	1,8 ± 0,7	2,6 ± 0,3	p<0,05
Лейкоциты, Г/л	14,2 ± 1,1	13,8 ± 2,2	9,1 ± 2,0	p<0,05
СОЭ, мм/час	55 ± 19	48 ± 10	26 ± 9	p<0,05
Ионы К ⁺ , ммоль/л	3,8 ± 1,0	3,6 ± 0,9	3,8 ± 1,1	p>0,05
Ионы Na ⁺ , ммоль/л	119,2 ± 17,8	127,4 ± 12,1	132,2 ± 16,7	p>0,05

Таблица 10

Динамика показателей контрольной группы пациентов с алкогольным абстинентным синдромом через 3 и 14 дней

Группы больных	Контроль (ААС) (n=22)			p
	Исходно	3 день	14 день	
Среднее САД, мм.рт.ст.	162 ± 13	154 ± 6	144 ± 6	p<0,05
Среднее ДАД, мм.рт.ст.	95 ± 7	92 ± 4	84 ± 6	p>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л	5,9 ± 2,4	5,4 ± 1,6	4,9 ± 0,9	p>0,05
Креатинин крови, мкмоль/л	83,1 ± 6,4	80,3 ± 3,2	74,1 ± 3,8	p>0,05
Мочевина крови, ммоль/л	9,1 ± 2,1	8,5 ± 1,1	7,8 ± 2,1	p>0,05
Гемоглобин, г/л	115,1 ± 10,9	118,9 ± 5,8	123,6 ± 7,6	p>0,05
Холестерин крови, ммоль/л	4,7 ± 1,1	3,5 ± 0,7	3,7 ± 1,2	p>0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	32,3 ± 4,9	29,3 ± 5,0	26,1 ± 1,1	p>0,05
Общий белок крови, г/л	63,1 ± 5,8	66,5 ± 3,3	69,5 ± 3,1	p>0,05
Альбумин, г/л	34,8 ± 0,9	36,1 ± 0,4	40,1 ± 1,4	p>0,05
Иммуноглобулин А, г/л	3,5 ± 0,3	3,3 ± 0,7	2,9 ± 0,7	p>0,05
АЛТ, ЕД/л	58,9 ± 12,6	62,1 ± 17,5	45,2 ± 5,2	p>0,05
АСТ, ЕД/л	126,6 ± 19,6	115,4 ± 13,5	102,3 ± 5,1	p<0,05
α-амилаза крови, ЕД/л	87,5 ± 10,8	79,9 ± 6,2	59,8 ± 3,4	p<0,05
Лактатдегидрогеназа, ЕД/л	534,0 ± 43,8	537,5 ± 20,5	487,4 ± 13,5	p<0,05
ГГТП, ЕД/л	67,1 ± 20,2	62,1 ± 4,7	47,8 ± 7,7	p<0,05
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	301,1 ± 22,9	285,4 ± 14,1	254,4 ± 10,1	p<0,05
СКОЭ (MCV), мкм ³	126,9 ± 8,6	119,9 ± 7,1	111,1 ± 1,1	p>0,05
Протромбиновое время, сек	16,1 ± 0,9	14,4 ± 1,5	13,9 ± 0,4	p>0,05
Фибриноген, г/л	1,5 ± 0,4	1,5 ± 0,7	1,7 ± 0,6	p>0,05
Лейкоциты, Г/л	13,8 ± 3,7	12,2 ± 1,2	10,9 ± 2,1	p>0,05
СОЭ, мм/час	51 ± 15	47 ± 8	33 ± 7	p<0,05
Ионы К ⁺ , ммоль/л	3,3 ± 0,8	3,6 ± 0,7	3,7 ± 1,0	p>0,05
Ионы Na ⁺ , ммоль/л	123,6 ± 14,4	124,5 ± 10,6	137,8 ± 10,9	p>0,05

Различия между группами считались достоверно значимыми при p<0,05.

Так, уровень общего билирубина в группе пациентов с ООЭ, принимавших Фосфоглив, снизился на 23,2% по сравнению с 14,7% в группе контроля с ООЭ (p<0,05), уровень АЛТ — на 43,2% и 21,6%, АСТ — на 48,1% и 29,2% (p<0,05), ЩФ — на 22,4% и 13,5% (p<0,01), ЛДГ — на 16,4% и 10,8% (p>0,05), и α-амилазы — на 32,2% и 24,9% (p>0,05), соответственно.

Кроме того, через 14 дней стационарного лечения была выявлена положительная динамика и ряда других показателей функции печени. Так, уровень общего белка в группе пациентов с ООЭ, принимавших фосфоглив, увеличился на 15,9% по сравнению с 9,8% в группе контроля с ООЭ (p>0,05), уровень альбумина — на 12,5% и 6,7% (p<0,05), соответственно. При этом уровень иммуноглобулина А снизился на 33,4% по сравнению с 11,2% в группе контроля с ООЭ (p<0,05), уровень ГГТП — на 38,6% и 30,7% (p>0,05), СКОЭ (MCV) — на 8,1% и 5,8% (p>0,05), протромбиновое время — на 17,4% и 3,2%

(p<0,05), соответственно. Уровень фибриногена в группе пациентов с ООЭ, принимавших фосфоглив, увеличился на 45,5% по сравнению с 17,6% в группе контроля с ООЭ (p<0,05), уровень лейкоцитов — на 34,1% и 1,3% (p<0,05), СОЭ — на 52,9% и 25,0% (p<0,05) соответственно.

При этом колебания концентраций ионов калия и натрия в крови исследуемой и контрольной групп пациентов с ООЭ были не значимы.

У пациентов с ААС уровень общего билирубина в группе пациентов принимавших фосфоглив, снизился на 22,5% по сравнению с 19,2% в группе контроля с ААС (p>0,05), АЛТ — на 43,1% и 23,3% (p<0,05), АСТ — на 69,3% и 19,2% (p<0,05), ЩФ — на 32,9% и 15,5% (p<0,01), ЛДГ — на 14,1% и 8,7% (p>0,05), α-амилазы — на 44,7% и 31,7% (p>0,05), соответственно.

Через 14 дней стационарного лечения уровень общего белка в группе пациентов с ААС, принимавших фосфоглив, увеличился на 12,9% по сравнению с 9,2% в группе контроля с ААС (p>0,05), альбумина — на 15,1% и

13,2% ($p > 0,05$), соответственно. При этом уровень иммуноглобулина А снизился на 24,3% по сравнению с 17,1% в группе контроля с ААС ($p < 0,05$), ГТПП — на 34,1% и 28,9% ($p < 0,05$), СКОЭ (MCV) — на 15,6% и 12,5% ($p > 0,05$), протромбиновое время — на 22,5% и 13,7% ($p < 0,05$) соответственно.

Уровень фибриногена в группе пациентов с ААС, принимавших фосфоглив, увеличился на 38,5% по сравнению с 11,8% в группе контроля с ААС ($p < 0,05$), лейкоцитов — на 35,9% и 21,1% ($p < 0,05$), СОЭ — на 52,7% и 35,3% ($p < 0,05$) соответственно.

При этом колебания концентраций ионов калия и натрия в крови исследуемой и контрольной групп пациентов с ААС были не значимы.

В ходе исследования ни один из включенных в него пациентов не отказался от приема фосфоглива. Также отсутствовали какие-либо побочные действия препарата.

Таким образом, фосфоглив, обладая гепатопротективным действием значительно улучшает течение острых алкогольс-социированных состояний, что диктует необходимость его широкого использования в клинике неотложных состояний.

НОВОСТИ

Цены на лекарства снизились в большинстве регионов РФ

Росздравнадзор сообщает, что за ноябрь 2009 года в России стоимость лекарственных средств снизилась на 0,75%. Специалисты федеральной службы подвели итоги ежемесячного мониторинга цен на фармрынке.

По данным Росздравнадзора, в ноябре 2009 года средняя стоимость лекарств амбулаторного сегмента понизилась на 0,44 процента, цены на препараты госпитального сегмента выросли на 0,91 процента.

Снижение стоимости амбулаторных лекарств зафиксировано в большинстве федеральных округов, за исключением Уральского и Северо-Западного, где рост цен составил 0,15 и 0,09 процента соответственно. Препараты стоимостью до 500 рублей подешевели в среднем на 0,18 процента, свыше 500 рублей — на 0,65 процента. Средняя цена на импортные амбулаторные лекарства снизилась на 0,46 процента.

Препараты госпитального сегмента стоимостью менее 500 рублей стали дешевле на 0,2 процента, средняя цена на лекарства дороже 500 рублей повысилась на 0,88 процента. Госпитальные лекарства, производимые за рубежом, подешевели в среднем на 0,45 процента, тогда как цена на отечественные лекарства увеличилась на 3,34 процента.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Методические рекомендации Министерства здравоохранения
Красноярского края

О.А. Штегман - главный внештатный специалист кардиолог министерства
здравоохранения Красноярского края, доцент кафедры внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава»

CURATION OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME BY MEANS OF THROMBOLYTIC THERAPY USE

O.A. Shtegman

Резюме

Инфаркт миокарда (ИМ) является основной причиной смертности лиц, страдающих ИБС, и во многом определяет сохраняющуюся на высоком уровне смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Каждый третий больной с ИМ умирает в течение года. Причем 40% всех умерших от ИМ погибает на догоспитальном этапе. По данным Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра, с 2004 по 2008 год (за 5 лет) смертность взрослого населения края от ИМ возросла с 44,7 до 53,2 на 100 тыс., 15–20% больных умирает на догоспитальном этапе, 14% — в стационаре и еще 10–15% — после выписки из стационара.

Summary

Myocardial infarction is the main reason of death for suffering from ischemic heart disease patients and mainly determines still high-rated death from cardio vascular diseases. Every third patient having myocardial infarction dies during the year. And 40% from all died patients die at prehospital stage. According the data of Krasnoyarsk regional information-analytical centre, from 2004 to 2008 (for 5 years) the adult regional morbidity from myocardial infarction grown from 44,7 to 53,2 for 100 thousand, 15–20% of patients die at prehospital stage, 14% in hospital and also 10–15% — after discharge from the hospital.

Диагностика ИМ в первые часы возникновения часто бывает затруднительной, но лечебные мероприятия необходимо проводить уже при первом контакте с больным. Введение термина «острый коронарный синдром» (ОКС) обусловлено необходимостью выбора лечебно-диагностической тактики до окончательной диагностики ИМ. Этот термин используется при первом контакте с больными для диагностики и лечения больных с подозрением на ИМ. ОКС — это временный диагноз, имеющий право на жизнь до уточнения наличия или исключения ИМ.

ОКС подразделяется в зависимости от изменений, выявляемых на электрокардиограмме, на ОКС со стойким подъемом ST, из которого, как правило, развивается ИМ, диагностируемый по изменениям маркеров некроза миокарда и по поздним электрокардиографическим признакам, и ОКС без стойкого подъема ST, исходом которого может быть как ИМ, диагностируемый по лабораторным признакам, так и нестабильная стенокардия (НС).

ИМ — инфаркт миокарда
ОКС — острый коронарный синдром
НС — нестабильная стенокардия
ТЛТ — тромболитическая терапия

КЛИНИКА

Возникновение ОКС характеризуется появлением приступов стенокардии впервые в жизни. При наличии подобных болей в анамнезе наблюдается их нарастание по частоте, длительности, интенсивности, при этом, как правило, снижается эффект от нитроглицерина (нарастает потребность в нитроглицерине). Боли могут впервые появиться в покое. При длительности болей свыше 20-ти минут следует подозревать развитие ИМ.

ДИАГНОСТИКА

Физикальный осмотр больного

Целью обследования являются:

— исключение внесердечных причин боли, заболеваний сердца неишемического происхождения (перикардит, поражения клапанов), а также внесердечных причин, потенциально способствующих усилению ишемии (например, анемии);

— выявление сердечных причин, усиливающих (или вызывающих) ишемию миокарда (сердечная недостаточность, артериальная гипертония).

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ)

ЭКГ покоя — основной метод оценки больных с ОКС. Регистрацию ЭКГ следует стремиться проводить во время симптомов и сравнивать с ЭКГ, зарегистрированной после их исчезновения. Желательно сравнение зарегистрированной ЭКГ со «старыми» (снятыми до настоящего обострения), особенно при наличии гипертрофии левого желудочка или предшествовавшего ИМ. Зубцы Q, указывающие на рубцы после инфарктов, высоко специфичны для наличия выраженного коронарного атеросклероза, но не свидетельствуют о нестабильности в настоящий момент.

ЭКГ-признаки нестабильной ИБС — смещения сегмента ST и изменения зубца T. Особенно велика вероятность наличия ИС при сочетании соответствующей клинической картины с депрессиями сегмента ST, превышающими 1 мм в двух или более смежных отведениях, а также инверсией зубца T >1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R (последний признак менее специфичен). Глубокие симметричные инверсии зубца T в передних грудных отведениях часто свидетельствуют о выраженном проксимальном

стенозе передней нисходящей ветви левой коронарной артерии. Неспецифические смещения сегмента ST и изменения зубца T, не превышающие по амплитуде 1 мм, менее информативны.

Полностью нормальная ЭКГ у больных с симптомами, заставляющими подозревать ОКС, не исключает его наличия. Однако если во время сильной боли регистрируется нормальная ЭКГ, следует упорнее искать другие возможные причины жалоб больного.

Подъем сегмента ST указывает на трансмуральную ишемию миокарда вследствие окклюзии коронарной артерии. Стойкий подъем сегмента ST характерен для развивающегося инфаркта миокарда. Преходящий подъем сегмента ST может быть отмечен при стенокардии Принцметала (вазоспастической стенокардии).

Лабораторная диагностика

При ОКС без стойкого подъема сегмента ST лабораторная диагностика (с учетом клинической картины) приобретает ведущее значение. **Сердечные тропонины T и I**, как маркеры некроза миокарда, из-за их большей специфичности и надежности предпочтительнее традиционно определяемых КФК и ее MB-формы. Повышенный уровень тропонинов T или I отражает некроз клеток миокарда. Концентрация тропонина T >0,2 нг/л у больных с грудной болью соответствует критериям ВОЗ для постановки диагноза ИМ.

Определение тропонинов позволяет обнаружить повреждение миокарда примерно у трети больных, не имеющих повышения MB-КФК. Для выявления или исключения повреждения миокарда необходимы повторные взятия крови и измерения в течение 6–12 ч после поступления в стационар и после любого эпизода сильной боли в грудной клетке.

Большим минусом тропонинов является позднее повышение их концентрации в крови больного с ИМ. Они начинают определяться у некоторых пациентов через 4 часа с момента возникновения ИМ, но у подавляющего большинства следует ожидать их диагностически значимого повышения лишь через 8–12 часов.

Клинические проявления ИМ часто бывают атипичными, а достоверные ЭКГ проявления запаздывают и появляются не всегда. В этой ситуации врачу для своевременного установления диагноза необходим маркер нек-

роза сердечной мышцы, обнаруживающийся в первые часы заболевания.

В последние два десятилетия внимание исследователей, создающих кардиомаркеры, обращено на сердечную форму белка, связывающего жирные кислоты (БСЖК). Впервые предложение использовать БСЖК в качестве маркера ИМ было высказано немецким исследователем Глатцем в 1988 г. Достоинством БСЖК является высокая кардиоспецифичность вследствие максимальной концентрации БСЖК в ткани миокарда. БСЖК расположен в цитоплазме клеток и в случае повреждения клеточной мембраны кардиомиоцита быстро попадает в кровоток. Опубликованы результаты, демонстрирующие преимущества определения БСЖК перед определением миоглобина.

Первое многоцентровое исследование уровня БСЖК (460 больных) проведено в 2000 г. На ежегодном конгрессе Европейского кардиологического общества в том же году был представлен доклад, посвященный быстрому определению БСЖК в крови при ОКС. В 2007 г. в рекомендациях Американской ассоциации сердца и Национального общества клинических биохимиков США БСЖК включен в перечень рекомендованных как биомаркер некроза миокарда, уровень которого наиболее рано повышается при ИМ. За последние годы получено достаточно свидетельств пользы определения БСЖК для ранней диагностики ИМ, выявления ранних рецидивов ИМ, оценки успеха реперфузионного лечения, риска у больных с ОКС.

В России исследования по БСЖК с 1998 г. ведет проф. Грацианский Н.А. (НИИ физхимии медицины МЗиСР РФ и кафедра биохимии МГУ, госпитальная база — ГКБ № 29 Москвы). Всего было обследовано 703 человека, опубликовано 25 статей, подготовлена докторская диссертация (Трифонов И.Р.). Основным выводом проведенных исследований — применимость определения БСЖК при диагностике ИМ, особенно при атипичной клинической картине. Кроме того, показаны преимущества определения БСЖК над определением таких известных маркеров некроза сердечной мышцы как КФК и Тропонин I в первые 6 часов заболевания.

05 декабря 2008 г. НПО «БиоТест» (Новосибирск) зарегистрировал в Росздравнадзоре бесприборное устройство «КардиоБСЖК» (набор реагентов) для выявления БСЖК.

Тест «КардиоБСЖК» представляет собой диагностическую панель, состоящую из комбинации пористых материалов и биокомпонентов: фильтрационной подушки для внесения образца, подушки конъюгата, содержащей антитела к БСЖК, конъюгированные с коллоидным золотом; нитроцеллюлозной мембраны с тестовой и контрольной линиями с иммобилизованными антителами; абсорбирующей подушки. При наличии БСЖК в образце крови выше порогового значения на тестовой линии формируется окрашенная розово-пурпурная полоска. Результаты определяются в течение 5–30 минут. При положительном результате появляются две окрашенные линии — тестовая и контрольная, при обширном ОИМ тестовая линия появляется в первые минуты. Подобные тест-системы запатентованы в Германии и КНР. В России каких либо экспресс-систем для определения маркеров ИМ ранее не производилось, применялись только импортные (Roche, ACON и др.).

Проведение анализа с помощью «КардиоБСЖК» не требует наличия специальной аппаратуры, специальных помещений, специальных условий хранения и может быть осуществлено средним медицинским работником.

К июлю 2009 г. получены результаты испытаний тестов в 3-х стационарах города Красноярск (ККБ, ГКБ №6, ГКБ №20, №145 чел.), специфичность в первые 24 час. с начала заболевания составила 91%, чувствительность — 93%. Новосибирские результаты (5 стационаров, 108 чел.): специфичность — 93%, чувствительность — 93,4%. Высокие показатели подтверждают диагностическую значимость экспресс-теста. И так, использование набора «Кардио БСЖК» выявляет повышенный уровень БСЖК в крови пациента уже через 1 час от начала болевого синдрома (диагностическое окно в интервале от 1-го часа до 18-ти часов), позволяет проводить скрининг на догоспитальном этапе и может оказать существенную помощь в диагностике ИМ при:

- атипичной клинической картине;
- отсутствии четких электрокардиографических критериев (отсутствие подъема сегмента ST, на фоне блокад ножек пучка Гиса, на фоне рубцовых изменений миокарда);
- выявлении кардиальных осложнений в кардиохирургии в послеоперационном периоде;
- прогнозировании исхода заболевания в течение 1-го года.

Тестирование с помощью «КардиоБСЖК» может быть выполнено на догоспитальном этапе и в условиях ЛПУ:

- при обследовании больного на дому,
- на приеме в поликлинике,
- в машине скорой помощи,
- в полевых условиях (в пределах оптимальных условий работы теста),
- в приемном покое,
- в любом лечебном отделении (реанимации, отделении кардиологии, терапии, хирургии).

Таким образом, применение экспресс-систем повышает качество диагностики и оптимизирует проведение лечебных мероприятий пациентам с подозрением на ИМ. Определение БСЖК с помощью экспресс-систем «включено в краевые стандарты по оказанию медицинской помощи населению и рекомендовано к внедрению в клиническую практику.

Кроме непосредственной диагностики некроза миокарда важным представляется проведение исследований, касающихся определения фоновых состояний (сахарный диабет, язвенная болезнь, анемия, патология почек, сифилис, гепатит), обеспечения безопасности лечения (уровень калия, креатинина, билирубина, аланинаминотрансферазы, аспарагинаминотрансферазы, активированное частичное тромбопластиновое время).

Оценка состояния липидного обмена должна осуществляться в первые сутки заболевания, т. к. в дальнейшем при развитии ИМ наблюдается закономерное временное снижение уровня холестерина, что может маскировать наследственные нарушения липидного обмена.

У пациентов моложе 40 лет при возникновении ОКС и отсутствии явных факторов риска атеросклероза или отсутствии атеросклеротического поражения артерий целесообразно углубленное изучение гемостаза для выявления тромбофилии (исследование уровня D-димера, антитромбина III, протеинов S и C, маркеров паракоагуляции, гомоцистеина, наличия мутации Лейдена, волчаночного антикоагулянта).

Инструментальная диагностика

Всем больным в стационаре необходимо проводить эхокардиографию (для оценки сократительной способности миокарда, выявления осложнений ИМ), велоэргометрия или тредмил-тест (осуществляется перед выпиской из стационара для планирования реабили-

литационных мероприятий и оценки наличия и выраженности ишемии миокарда при отсутствии противопоказаний), рентгенография грудной клетки (оценка наличия сопутствующей патологии и осложнений у больного с ОКС). Выборочно проводится фиброгастроудоденоскопия у больных с анамнезом язвенной болезни и при подозрении на внутреннее кровотечение. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование сосудистой стенки выполняется для уточнения «причинной» бляшки перед проведением чрескожного вмешательства. При выявлении или подозрении на нарушения ритма или проводимости больному проводится холтеровское мониторирование. При подозрении на тромбофлебит проводится дуплексное сканирование вен.

ЛЕЧЕНИЕ

Всем (при отсутствии противопоказаний):

- Покой.
- Ингаляция кислорода.
- *Аспирин-Кардио* в нагрузочной дозе 250 мг внутрь (разжевать), затем по 75–125 мг/сут.
- *Клопидогрель* в нагрузочной дозе 300 мг внутрь (4 таблетки), затем по 75 мг/сут до года.
- *Бета-блокаторы* (Беталлок) внутривенно (при тахикардии, сохранении болей или гипертонии) или внутрь. При непереносимости или противопоказаниях к бета-блокаторам альтернативой может быть пролонгированный верапамил (при отсутствии застойной сердечной недостаточности, брадикардии, СССУ или увеличения PQ более 0,24 с).
- *Прямые антикоагулянты*. В случае обеспечения круглосуточного контроля АЧТВ и наличия инфузатов и подготовленного персонала возможно ведение больного 48-часовой капельной инфузией нефракционированного гепарина по рутинной схеме. Однако в виду высокой степени доказанности предпочтительно лечение эноксапарином (Клексан) подкожно по 1 мг/кг (0,7 мг/кг — лицам старше 75-ти лет) 2 раза в день с 1-х по 8-е сутки при ОКС со стойким подъемом ST и с 1-х по 3-и сутки — при ОКС без стойкого подъема ST. При высоком риске кровотечения вместо эноксапарина используется фондапаринукс. Вводится внутривенно 2,5 мг фондапаринукса с последующим введением по 2,5 мг 1 раз в день подкожно со 2-х по 8-е сутки (вне зависимости от варианта ОКС).

- **Статины.** Важно назначить статин (Липтонорм) до выписки из стационара, что повышает приверженность к выполнению рекомендаций. Если пациент принимал статин до поступления в стационар необходимо продолжить его применения для избежания рекошетного синдрома. Конкретный препарат и доза определяется исходным уровнем холестерина ЛПНП (или общего холестерина). Цель лечения — снижение холестерина ЛПНП не менее чем на 30% от исходного. Целевыми уровнями общего холестерина являются уровни менее 4 ммоль/л, холестерина ЛПНП — менее 2,5 ммоль/л.

- **Блокаторы протонной помпы** (омепразол, Омез 20 мг/сут вечером) необходимы для снижения риска желудочно-кишечного кровотечения больным, получающим 2 дезагреганта (или 1 дезагрегант, если в анамнезе было желудочно-кишечное кровотечение).

По показаниям:

- **Коронарография с последующей реваскуляризацией.** В случае доступности таковой проводится всем в первые сутки ОКС с подъемом ST или впервые возникшей полной блокаде левой ножки пучка Гиса. Показана также больным с ОКС без стойкого подъема ST при наличии маркеров высокого риска: повышение уровня тропонина Т или БСЖК, рецидивирующие приступы стенокардии или изменения ST, появление признаков сердечной недостаточности, желудочковых нарушений ритма. Коронарография целесообразна при наличии реваскуляризации миокарда в анамнезе. Указанные ситуации диктуют необходимость обсуждения возможностей перевода в стационар, где проводятся коронарография и интракоронарные вмешательства.

- **Варфарин** назначается на фоне применения прямых антикоагулянтов при рецидивирующей или постоянной форме фибрилляции предсердий, у больных с тромбообразованием в полостях сердца, аневризмой левого желудочка, тромбоэмболией в анамнезе или непереносимости дезагрегантов. Подбор дозы осуществляется по МНО до достижения показателей от 2-х до 3-х.

- **Монафрам** (блокатор IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов) начинают вводить за 10 минут до чрескожного вмешательства при низком риске кровотечений. Используется 0,25 мг/кг.

- **Наркотические анальгетики** (при наличии болевого синдрома) с усилением эффек-

та нейролептанальгезией или ненаркотическими анальгетиками по потребности.

- **Нитраты** назначаются при левожелудочковой недостаточности или сохраняющемся болевом синдроме. После сублингвальных (Нитроспрей) и парентеральных форм при наличии остаточной стенокардии больные переводятся на таблетированные средства.

- **Ингибиторы АПФ** назначаются при наличии сердечной недостаточности или бессимптомной систолической дисфункции (все ингибиторы АПФ), крупноочаговом ИМ (предпочтителен Энап), сохраняющейся стенокардии (периндоприл, рамиприл), для достижения нормотонии у больных с артериальной гипертонией (все ингибиторы АПФ). Ингибиторы АПФ назначаются с первых суток при отсутствии гипотонии или других противопоказаний.

- **Спиронолактон** назначается больным с застойной сердечной недостаточностью (25–50 мг/сут).

- **Анксиолитики и антидепрессанты** показаны при выявлении у больного тревожных или депрессивных расстройств.

- **Триметазидин.** Назначается при неэффективности нитратов, бета-блокаторов и антагонистов кальция и невозможности проведения полной реваскуляризации для лечения ангинозного синдрома.

- **Мягкие слабительные** (лактолоза) назначаются при отсутствии стула на 2-е сутки инфаркта миокарда.

- **Внутриаортальная балонная контрпульсация** используется для лечения кардиогенного шока или чрескожном вмешательстве на стволе левой коронарной артерии.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Обоснование

У подавляющего числа больных с крупноочаговым ИМ в месте разрыва атеросклеротической бляшки в коронарной артерии образуется тромб, перекрывающий кровоток в сосуде. Это приводит к некрозу миокарда в зоне, кровоснабжаемой обтурированной коронарной артерией. Чем дольше сохраняется тромботическая окклюзия, тем больше погибает кардиомиоцитов. Достижение реперфузии в ближайшие 6 часов с момента тромбо-

тической окклюзии приводит к уменьшению размера некроза и сохранению насосной функции левого желудочка. Поэтому одной из важнейших задач лечения пациентов с этой патологией является раннее восстановление коронарной проходимости. Наиболее доступным методом восстановления коронарной проходимости в настоящее время является тромболитическая терапия (ТЛТ).

Эффективность данного метода лечения зависит от времени начала введения препарата с момента появления болей. Если тромболитик вводится в первый час, то спасти удастся 80 человек из 1000 получивших препарат, если через 1–3 часа, то уже 30–50 человек на 1000. Даже в хорошо организованных исследованиях задержка начала проведения тромболитической терапии внутри стационара составляет 58 минут, что сопровождается увеличением общей внутрибольничной летальности на 17% (мета-анализ Morrison, 2000). Эффективность в отношении летальности ТЛТ и чрескожного вмешательства становится одинаковой если вмешательство проводится в первые 3 часа с момента появления боли. При проведении ТЛТ в первый час каждый четвертый ИМ протекает абортивно (30-дневная смертность — 1%).

Догоспитальный тромболитический активно внедряется в практику здравоохранения многих стран. Так, в Германии с 2000 по 2006 год количество случаев догоспитального тромболитического возросло в 10 раз. Большинство регионов России, в соответствии с рекомендациями ВНОК 2007 года, используют эту технологию лечения ИМ.

Однако при самообращении больного в стационар, отсутствии возможности записи электрокардиограммы догоспитально, развитии инфаркта миокарда интрагоспитально и отсутствии возможности проведения чрескожного внутрикоронарного вмешательства необходимо проведение ТЛТ в стационаре.

Таким образом, обе технологии тромболитической при ИМ являются важными и обязательными к проведению.

В соответствии с резолюцией III съезда кардиологов Сибирского федерального округа (2008 г.) с целью улучшения качества медицинской помощи кардиологическим больным повсеместное введение системы ТЛТ при ОИМ на территории Красноярского края является необходимым.

Показания к проведению ТЛТ.

I. Боль в грудной клетке, типичная для острой ишемии миокарда, длительностью до 6 ч (до 18 ч при кардиогенном шоке).

и

II. Изменения на ЭКГ:

— недавно или предположительно недавно появившийся подъем ST на 0,2 мВ и более (у мужчин) и на 0,15 мВ и более у женщин в V2 — V3 отведениях или на 0,1 мВ и более в других отведениях;

— блокада левой ножки пучка Гиса.

Таким образом, всем больным с болью в грудной клетке, подозрительной в отношении развивающегося ИМ (боли в груди, не купирующиеся нитратами, продолжительностью более 20-ти минут) необходимо как можно быстрее записать электрокардиограмму.

Противопоказания к проведению ТЛТ.

Абсолютные противопоказания:

1. ранее перенесенный геморрагический инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии;
2. ишемический инсульт, перенесенный в течение последних 3-х месяцев;
3. опухоль мозга, первичная и метастатическая;
4. подозрение на расслоение аорты;
5. наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации);
6. существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца;
7. изменение структуры мозговых сосудов, например, артерио-венозная мальформация, артериальные аневризмы.

Относительные противопоказания (можно пренебречь при наличии явных преимуществ ТЛТ для больного):

1. устойчивая, высокая, плохо контролируемая артериальная гипертензия в анамнезе;
2. наличие плохо контролируемой артериальной гипертензии (АДс >180 мм рт. ст., АДд >110 мм рт. ст.);
3. ишемический инсульт, давностью более 3-х месяцев;
4. деменция или внутричерепная патология, не указанная в «Абсолютных противопоказаниях»;
5. травматическая или длительная (более 10-ти мин), сердечно-легочная реанимация или обширное оперативное вмешательство, перенесенное в течение последних 3-х недель;
6. недавнее (в течение предыдущих 4-х недель) внутреннее кровотечение;

7. пункция сосуда, не поддающегося прижатию;

8. для стрептокиназы — введение стрептокиназы, в том числе модифицированной, более 5-ти суток назад или известная аллергия на нее;

9. беременность;

10. обострение язвенной болезни;

11. прием антикоагулянтов непрямого действия (чем выше МНО, тем выше риск кровотечения).

Таким образом, перед началом ТЛТ необходимо уточнить у больного наличие выше перечисленных состояний. У больного с подозрением на ИМ узнают время начала ангинозных болей, сопутствующие жалобы. При сборе анамнеза делается акцент внимания на перенесенные инсульты (учитывая давность и характер), инфекцию, вызванную β -гемолитическим стрептококком, в последние 2 года, наличие состояний, сопровождающихся повышенным риском кровотечения (язвенная болезнь, новообразования головного мозга, черепно-мозговые травмы, беременность), недавние внутренние кровотечения, прием непрямых антикоагулянтов, предшествующее лечение тромболитиками. При осмотре делается акцент на уровень АД, проявлениях геморрагического синдрома, пункции сосуда, не поддающегося прижатию, болезненности в эпигастральной области, общей и очаговой неврологической симптоматике. В связи с узким спектром показаний и наличием противопоказаний к ТЛТ, а также поздней обращаемостью потенциально нуждаются в проведении тромболизиса приблизительно 30% больных ИМ.

Методика проведения догоспитального тромболизиса.

На догоспитальном этапе оказания помощи больному с ИМ сложно проводить длительные капельные внутривенные инфузии, поэтому предпочтительны схемы лечения с быстрым введением лекарственных препаратов. При наличии в анамнезе инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком в последние 2 года, введения стрептокиназы, выявлении систолического АД менее 90 мм рт.ст. и в первый час с момента развития болей в качестве тромболитика следует выбирать тенектеплазу (Метализе). В остальных случаях предпочтение отдается стрептокиназе, как экономически более выгодному препарату.

1. Стрептокиназа 750 000 МЕ внутривенно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 5-ти минут. (Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе: методика, эффективность, защита миокарда. Пособие для врачей. Под редакцией академика РАМН, проф. Карпова Р.С. — Томск, 2001.)

2. Тенектеплаза (Метализе) вводится в дозе в соответствии с массой тела пациента. Требуемая доза должна вводиться однократно, внутривенно, в виде болюса, в течение 5–10-ти секунд.

Методика проведения тромболизиса в стационаре.

В стационаре, в виду наличия соответствующих условий предпочтительно проведение ТЛТ в виде капельной инфузии. При наличии в анамнезе инфекции, вызванной бета-гемолитическим стрептококком в последние 2 года, введения стрептокиназы, выявлении систолического АД менее 90 мм рт.ст. и в первый час с момента развития болей в качестве тромболитика следует выбирать альтеплазу (Актилизе). В остальных случаях предпочтение отдается стрептокиназе, как экономически более выгодному препарату.

1. Стрептокиназа 1 500 000 МЕ внутривенно в виде капельной инфузии в небольшом (около 100 мл) объеме 0,9% раствора натрия хлорида, за 30–60 мин. Первая половина дозы вводится более быстрым темпом.

2. Актилизе (Альтеплаза) 15 мг внутривенно струйно, затем — 50 мг в виде внутривенной инфузии в небольшом объеме 0,9% раствора натрия хлорида в течение первых 30-ти мин, с последующей инфузией 35 мг в течение 60-ти мин до достижения максимальной дозы 100 мг (при массе тела менее 65-ти кг вводится доза 1,5 мг/кг массы тела).

Тромболитики не совместимы с введением декстранов (полиглюкин, реополиглюкин и др.)

Сразу после введения Метализе вводится внутривенно 2,5 мг фондапаринукса с последующим введением по 2,5 мг 1 раз в день подкожно со 2-х по 8-е сутки. После проведения других вариантов ТЛТ в стационаре вводится подкожно 1 мг/кг (0,7 мг/кг п/к лицам старше 75 лет) 2 раза в день эноксапарина (Клексана) с 1-х по 8-е сутки. При высоком риске кровотечения вместо эноксапарина используется фондапаринукс по выше приведенной схеме. В случае обеспечения круглосуточного контроля АЧТВ и наличия инфузوماتов и подготовленного персонала возможно введение больному 48-часовой ка-

Таблица 1

Масса тела пациента (кг)	Тенектеплаза (мг)	Объем приготовленного раствора (мл)
<60	30	6
60-70	35	7
70-80	40	8
80-90	45	9
>90	50	10

пельной инфузии нефракционированного гепарина по рутинной схеме.

Возможные осложнения и пути их коррекции.

1. Наиболее частое осложнение ТЛТ — кровотечения (большие и малые), а самое тяжелое из них — геморрагический инсульт, который наблюдается на фоне ТЛТ у 1,2% больных (при частоте в контрольной группе 0,8%). К факторам риска геморрагического инсульта относят пожилой возраст, небольшую массу тела (менее 70 кг), систолическое АД >170 мм рт. ст. Следует помнить, что появление неврологической симптоматики в первые 24 часа после проведения ТЛТ, как правило, бывает следствием внутрисерепного кровоизлияния, и поэтому прием антикоагулянтов, тромболитических и антитромбоцитарных средств должен быть немедленно прекращен. Тактика обследования и лечения больного согласуется с неврологом. Необходимо стабилизировать состояние больного, в частности с помощью введения свежезамороженной плазмы, протаминсульфата, тромбоцитарной массы, криопреципитата. Таков же подход к лечению и других кровотечений.

2. Реперфузионное повреждение происходит вследствие микроэмболизации периферического сосудистого русла фрагментами разрушенного тромба и содержимым бляшки. В комбинации с локальными спастическими реакциями мелких сосудов это создает предпосылки к нарушению микроциркуляции вплоть до образования множественных мелких некрозов миокарда. В процессе реперфузии миокарда под влиянием свободных радикалов, перегрузки клеток миокарда ионами кальция, нарушением функции и морфологии эндотелия, активируются процессы апоптоза ишемизированных клеток, усиливается неспецифическое воспаление, которые препятствуют восстановлению нормальной циркуляции в мелких сосудах миокарда. Реперфузионное повреждение часто сопровождается нарушениями ритма. В основном это частые желудочковые экстрасистолы и ускоренный идиовент-

рикулярный ритм, не требующие самостоятельного лечения. В случае возникновения нарушений ритма, сопровождающиеся угрозой для жизни больного, необходимо проведение экстренной электродефибрилляции в сочетании с введением антиаритмиков.

3. Артериальная гипотензия обычно развивается после введения стрептокиназы. Как правило, эта гипотензия продолжается менее 15–20 мин. При выраженной артериальной гипотензии следует принять меры к ее устранению. Для купирования артериальной гипотензии в таких случаях необходимо увеличить приток крови к сердцу. Для этого можно придать возвышенное положение ногам и/или быстро ввести 200–400 мл физиологического раствора внутривенно (при отсутствии влажных хрипов в легких, набухания вен шеи кроме и ИМ правого желудочка), устранить брадикардию внутривенным введением 0,5–1,0 мл 0,1%-ного раствора атропина. Хороший эффект может быть получен от введения 60–90 мг преднизолона. Если на фоне введения растворов не удается стабилизировать АД, это может свидетельствовать о какой-то дополнительной причине его снижения (например, кровотечении). Часто в качестве такой причины выступает значительное уменьшение пропульсивной функции левого желудочка. В этой ситуации прибегают к внутривенной инфузии вазоконстрикторов (вазопрессоров) допамина и норадреналина, которые кроме собственно вазоконстриктивного действия, обладают и позитивным инотропным действием. Инфузия допамина начинается со скоростью 5 мкг/кг/мин, в зависимости от гемодинамического ответа она постепенно может быть увеличена до 10–15 мкг/кг/мин. Норадреналин начинают вводить со скоростью 2 мкг/мин, которую при необходимости увеличивают (ориентир — уровень систолического АД, которое должно стать не менее 80–90 мм рт. ст.). Если эффективность такого лечения неудовлетворительна, следует еще раз проанализи-

ровать возможность дополнительных причин, поддерживающих состояние гиповолемии, артериальной гипотензии и гипоперфузии органов и тканей. Иметь в виду возможность внутреннего кровотечения (контроль за соответствующими показателями крови!), тампонады сердца вследствие перикардита или разрыва сердца (ультразвуковое исследование сердца!), сопутствующих осложнений, например, тромбоза легочной артерии и т. п.

4. После введения стрептокиназы возможно появление аллергической реакции, гипертермии, озноба, тошноты, боли в области поясницы. Анафилактический шок встречается при применении стрептокиназы довольно редко — у 1-го на 1000 леченных больных. При диагностике этого осложнения проводят внутривенную инфузию солевых растворов, реополиглюкина, 0,5–1,0 мл 1%-ного раствора мезатона, а также внутривенного введения 60–120 мг преднизолона.

ОТЧЕТНОСТЬ О ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Врачам отделений стационаров, принимающих больных с острым инфарктом миокарда, необходимо предоставлять отчет о проведении тромболитической терапии больным с острым инфарктом миокарда (со списком больных) в КГБУЗ «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» (КМИАЦ) ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

Форма отчета отделения стационара, принимающего больных с ИМ
Отчет _____ (наименование ЛПУ) за _____ (квартал года)
о проведении тромболитической терапии больным с инфарктом миокарда (ИМ).

Показатели	Количество
Всего за отчетный период госпитализировано больных с ИМ	
из них:	
со стойким подъемом сегмента ST	
с впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса	
Количество больных, доставленных в первые 6 часов с момента развития ОИМ со стойким подъемом сегмента ST или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса	
Количество больных со стойким подъемом сегмента ST или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса, доставленных в состоянии кардиогенного шока в первые 18 часов с момента развития ОИМ	
Количество больных, которым был проведен тромболитический стрептокиназой	
Количество больных, которым был проведен тромболитический альтеплазой (Актилизе)	
Количество больных, которым был начат тромболитический в первые 30 мин с момента поступления в стационар	
Количество больных, которым был проведен тромболитический догоспитально	
Количество умерших больных, доставленных в первые 6 часов с момента развития ОИМ со стойким подъемом сегмента ST или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса, которым был проведен тромболитический	
Количество умерших больных, доставленных в первые 6 часов с момента развития ОИМ со стойким подъемом сегмента ST или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса, которым не был проведен тромболитический	
из них умершие в течение первого часа с момента госпитализации	

Список больных, которым проводился тромболитический за отчетный период

ФИО больного	Возраст	№ истории болезни	Время от появления боли до введения тромболитика (в часах)	Исход (смерть/осложнения)	Какой тромболитик использовался (Стр./Акт.)

ИССЛЕДОВАНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО И МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ТРАВЫ ПСЕФЕЛЛЮСА ПОДБЕЛЕННОГО PSEPHELLUS DEALBATUS (WILLD.) C. KOCH.

Е.В. Василенко

ФПО Пятигорская государственная фармацевтическая академия

INVESTIGATION OF AMINO ACID AND MINERAL COMPOSITION OF PSEPHELLUS DEALBATUS (WILLD.) C. KOCH HERB

E.V. Vasilenko

Резюме

Исследовался аминокислотный и минеральный состав травы псефеллюса подбеленного *Psephellus dealbatus* (Willd.) C. Koch. В результате ряда опытов было выявлено 15 аминокислот, 8 из которых незаменимые. Общее содержание аминокислот составляет 4,09%.

Методом спектрального анализа выявлено 28 важных макро- и микроэлементов, среди которых кальций, магний, цинк, молибден, барий и другие.

Ключевые слова: лекарственные растения, состав, аминокислоты, микроэлементы, трава псефеллюса подбеленного.

Resume

The article presents an analysis of aminoacid and mineral content of *Psephellus dealbatus* herb. 15-n aminoacid including 8 indishensable. Total content of the free aminoacids amounted to 4,09%.

By method of spectral analysis some 28 important macro and micronutrient eiements were detected : Ca, Mg, Zn, Mo, Ba and other.

Key words: medical herb, contend, aminoacids, macro and micronutrient elements, *Psephellus dealbatus* herb.

Только в последние десятилетия лекарственные растения рассматриваются как источник легкоусвояемой формы аминокислот и микроэлементов для лечения и профилактики

ряда заболеваний. Однако, аминокислотный и микроэлементный состав ряда лекарственных растений изучен недостаточно [1].

Известно, что в растениях в свободном и связанном виде содержится около 30% аминокислот (в пересчете на белок), многие из которых обладают высокой биологической активностью и находят широкое применение в ряде лекарственных препаратов. Поэтому изучение качественного и количественного состава аминокислот имеет практическое значение.

Псефеллюс подбеленный — *Psephellus dealbatus* (Willd.) C. Koch — многолетнее травянистое растение из семейства Compositae [6], высотой до 60 см, стебель прямостоячий, олиственный; листья сверху зеленые, беловатойолочно опушенные. Цветки ярко-розовые, краевые сильно увеличены.

Цель работы

Исследование аминокислотного и минерального состава травы псефеллюса подбеленного [*Psephellus dealbatus* (Willd.) C. Koch].

Методы исследования

Объект исследования — воздушно-сухая измельченная трава псефеллюса подбеленного.

Качественное обнаружение аминокислот проводят в водных извлечениях с помощью нингидриновой реакции. Для этого 5,0 г воздушно-сухого измельченного сырья псефеллюса подбеленного заливали 50 мл дистил-

лированной воды и нагревали с обратным холодильником на кипящей водяной бане в течение 1-го часа. Извлечение фильтровали, сырье заливали 50 мл воды и операцию повторяли. Водные извлечения, полученный после трехкратной экстракции объединяли, упаривали под вакуумом до 25 мл и использовали для проведения качественных реакций. Для этого смешивали равные объемы исследуемого извлечения и 0,1% свежеприготовленный раствор нингидрина и осторожно нагревали. При охлаждении полученный раствор приобретал красно-фиолетовый цвет, что указывает на присутствие аминокислот в исследуемом растении [4].

Для более детального изучения использовали аминокислотный анализатор марки АА-33.

Воздушно-сухое измельченное сырье (навеска 0,2 г) помещали в колбу на 20 мл и добавляли 6 капель 96% этилового спирта и 10 мл 6н-соляной кислоты, закрывали пробкой и гидролизовали при температуре 110°C 20–23 часа. Полученный гидролизат упаривали до консистенции сметаны. Охлаждали и добавляли 10 мл натриево-цитратного буфера (рН= 2,2), через 5–10 мин — фильтровали, гидролизат разбавляли 1:9.

Качественный состав аминокислот определяли по времени удерживания.

В качестве внутреннего стандарта использовали стандартную смесь, состоящую из 18-ти аминокислот. Колориметрическое измерение окрашенных комплексов, образующихся в результате реакции с нингидрином, проводили при максимуме светопоглощения 570 нм.

Для количественной оценки определяли (автоматически) площади пиков идентифицированных кислот. Данные анализа аминокислот представлены в табл. 1.

Данные таблицы 1 показывают, что сырье содержит 15 аминокислот, 8 из которых незаменимые

Качественное и количественное содержание макро- и микроэлементов в сырье (золе) проводилось в Центральной испытательной лаборатории при ФГУП «Кавказгеолсъемка» по методике предприятия МП-4С — полуколичественный спектральный метод анализа минерального сырья из кратера угольного электрода (50 элементов). Образец сырья измельчали и подвергали озолению в муфельной печи при температуре 450–500 градусов.

Метод основан на полном испарении аналитической навески из кратера угольного электрода (50 элементов) в плазме электри-

Таблица 1

. Содержание свободных аминокислот

Аминокислоты	Брутто- формула	Содержание, %
Аспарагиновая	$C_4H_7O_4N$	0,23
Треонин*	$C_4H_9O_2N$	0,24
Серин	$C_3H_7O_3N$	0,26
Глютаминовая	$C_5H_9O_4N$	0,64
Глицин	$C_2H_5O_2N$	0,27
Аланин	$C_3H_7O_2N$	0,36
Валин*	$C_5H_{11}O_2N$	0,14
Метионин*	$C_5H_{11}O_2NS$	0,09
Изолейцин*	$C_6H_{13}O_2N$	0,12
Лейцин*	$C_6H_{13}O_2N$	0,4
Тирозин	$C_9H_{11}O_3N$	0,14
Фенилаланин*	$C_9H_{11}O_2N$	0,21
Гистидин*	$C_6H_9O_2N_3$	0,37
Лизин*	$C_6H_{14}O_2N_2$	0,26
Аргенин	$C_6H_{14}O_2N_4$	0,34
Всего		4,09

Примечание: * — незаменимые аминокислоты.

Таблица 2

Содержание макро- и микроэлементов

Химический элемент	Содержание, %
Медь	0,02
Цинк	0,01
Серебро	0,00001
Молибден	0,01
Барий	0,1
Фосфор	3
Литий	0,001
Марганец ²⁺	0,03
Никель	0,0006
Титан	0,02
Железо	0,1
Бор	0,1
Калий	≈40
Натрий	0,2
Кальций	≈10
Магний	≈2
Алюминий	0,1
Кремний	0,6

ческой дуги переменного тока (ДГ-2). Для получения спектра использовали спектрограф ДФС-8-1.

Фотометрирование спектрограмм проводили с помощью атласа спектральных линий и спектров- стандартов с погрешностью не более 2% в пересчете на золу [7].

Использованная методика определения макро- и микроэлементов позволила определить 22 элемента, которые можно подразделить на следующие группы:

1. Эссенциальные: Cu, Zn, Mo, P.
2. Условно-эссенциальные: Cr, Ni, V.

Результаты исследования

Посредством аминокислотного анализатора в траве псефеллюса подбеленного установлено наличие 15-ти аминокислот (табл. 1). Были обнаружены следующие аминокислоты: аспарагиновая, глутаминовая, треонин, серин, глицин, аланин, валин, метионин, изолейцин, лейцин, тирозин, фенилаланин, гистидин, лизин, аргенин, 8 из которых являются незаменимыми (треонин, валин, метионин, изолейцин, лейцин, фенилаланин, гистидин, лизин).

Использованная методика определения макро- и микроэлементов позволила (табл. 2) выявить следующие элементы: Cu, Zn, Ag, P, Li, Mn, Fe, B, K, Na, Ca, Mg, Al, Si.

Литература

1. Изучение и применение лечебно-профилактических препаратов на основе природных биологически активных веществ/ Под ред. В.Г. Беспалова, В.В. Некрасовой. — СПб., 2000.
2. Аминокислоты в медицине/ В.И. Западнюк, Л.П. Купраш, М.И. Заика и др. — К.: Здоровья, 1982. — 200 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Т. 1. — М.: Медицина, 1998. — С. 624.
4. Новые методы анализа аминокислот, пептидов и белков/ Под ред. Ю.А. Овчинникова. — М.: Мир, 1974. — 462 с.
5. СанПин 2.3.2.1078-01.
6. Флора СССР. — М.: Наука, 1964. — Т. 28. — С. 434–435.
7. Калинин С.А. и др. Атлас спектральных линий для кварцевого спектрографа. — М., 1959.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БИОХИМИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ США (НАСВ)

Использование биомаркеров для начального обследования при острых коронарных синдромах (ОКС)

IMAIN ARTICLES OF PRACTICAL RECOMMENDATIONS OF NATIONAL ACADEMY OF CLINICAL BIOCHEMICAL LABORATORY MEDICINE OF USA (NACB)

А. Рекомендации для использования биохимических маркеров для диагностики инфаркта миокарда (ИМ).

Класс I

1. Биомаркеры некроза миокарда должны быть измерены всем больным, госпитализированным с симптомами острого коронарного синдрома (уровень обоснованности: С)

2. Клинические признаки (история заболевания, данные осмотра) и ЭКГ должны быть использованы вместе с биомаркерами в диагностическом обследовании при подозрении на ИМ (уровень обоснованности: С).

3. Сердечный тропонин является предпочтительным маркером в диагностике ИМ. Измерение массы МВ креатинфосфокиназы является приемлемой альтернативой, если тропонин недоступен (уровень обоснованности: А).

4. Кровь для анализа должна браться при поступлении и серийно в последующее время в зависимости от клинической ситуации. Для большинства больных — при поступлении и 6–9 часов спустя (уровень обоснованности: С).

5. При наличии клинической картины, свидетельствующей в пользу острого коронарного синдрома, полученные в дальнейшем результаты считаются диагностическими в отношении некроза, сопровождающего ИМ, если (уровень обоснованности: С):

А) максимальная концентрация сердечного тропонина превышает 99-й перцентиль значения в эталонной контрольной группе хо-

тя бы однократно в течение 24-х часов после клинического события (наблюдение повышения и снижения уровня полезно при установлении времени возникновения повреждения);

Б) максимальная концентрация МВ КФК 99-й перцентиль значения в эталонной контрольной группе, адаптированной по полу больных, в двух последовательно взятых образцах (значение МВ КФК должно повышаться и снижаться).

Класс IIb

1. У больных, госпитализированных в первые 6 часов после начала симптомов, в дополнение к сердечному тропонину может быть рассмотрено использование раннего маркера некроза миокарда. Миоглобин является наиболее изученным маркером из применяющихся с этой целью (уровень обоснованности: В).

2. Раннее выявление инфаркта миокарда с помощью частого взятия крови для определения маркеров некроза может быть приемлемо, если связано с лечебной стратегией (уровень обоснованности: С).

Класс III

1. Общая КФК, активность МВ КФК, аспатрат аминотрансфераза (АсАТ), дигидроксibuтират дегидрогеназа и/или лактат дегидрогеназа не должны применяться как биомаркеры при диагностике ИМ (уровень обоснованности: С).

2. У больных с диагностическими изменениями ЭКГ (например, подъемами сегмента ST) принятие решения о диагнозе и лечении не должно откладываться из-за ожидания результатов определения биомаркеров (уровень обоснованности: С).

В. Ранняя оценка риска.

Рекомендации по использованию биомаркеров для ранней оценки риска при ОКС.

Класс I

1. У больных с подозрением на ОКС должна выполняться оценка риска с анализом совокупности симптомов, данных объективного обследования, изменений ЭКГ и результатов определения биомаркеров (уровень обоснованности: С).

2. Сердечный тропонин — предпочтительный маркер для оценки риска, и он должен быть известен при возможности у всех больных с подозреваемым ОКС (уровень обоснованности: С). У больных с клиническим синдромом, свидетельствующем об ОКС, максимальная (пиковая) концентрация, превышающая 99-й перцентиль значений в эталонной контрольной группе, должна рассматриваться как свидетельство повышенного риска смерти и повторных ишемических событий (уровень обоснованности: А).

3. Взятие крови должно осуществляться при госпитализации и далее серийно в зависимости от клинической ситуации. Для большинства больных — при поступлении и 6–9 часов спустя (уровень обоснованности: В).

Класс IIa

1. Измерение С-реактивного белка высокоточным методом в дополнение к сердечному тропонину может быть полезно у больных с клиническим синдромом, свидетельствующем о наличии ОКС. Польза от лечения, основанного на такой методике, остается неясной (уровень обоснованности: А).

2. Измерение мозгового натрийуретического пептида (МНП) или N-концевого предшественника МНП (N-про МНП) в дополнение к сердечному тропонину может быть полезным у больных с клиническим синдромом, свидетельствующим о наличии ОКС. Польза от лечения, основанного на такой методике, остается неясной (уровень обоснованности: А).

Класс IIb

1. Измерение концентрации маркеров ишемии миокарда в дополнение к сердечному тропонину может способствовать исключению ОКС у больных с низкой вероятностью ишемии миокарда (уровень обоснованности: С).

2. Многомаркерная стратегия, предусматривающая измерение двух и более различных патобиологических биомаркеров, может способствовать улучшению оценки риска у больных с клиническим синдромом, свидетельствующем об ОКС. МНП и С-реактивный белок, измеренный высокоточным методом, являются наиболее изученными для этой стратегии. Польза от лечения, основанного на такой методике, остается неясной (уровень обоснованности: С).

3. Раннее повторное определение сердечного тропонина (например, через 2–4 часа после поступления) может быть приемлемо, если связано с лечебной стратегией (уровень обоснованности: С).

Класс III

Биомаркеры некроза не должны использоваться в повседневной практике для обследования больных с низкой вероятностью ОКС (уровень обоснованности: С).

Использование биомаркеров при выборе лечения у больных с ОКС без подъемов сегмента ST (ОКСБПST).

А. Рекомендации для использования клинических маркеров для выбора лечебной тактики.

Класс I

У больных с клинической картиной, свидетельствующей о наличии ОКС, повышенное содержание сердечного тропонина должно требовать применения рекомендаций, сформулированных для больных высокого риска (уровень обоснованности: В).

Класс III

1. Применение рекомендаций по лечению ОКС не должно основываться на изолированном определении натрийуретических пептидов (уровень обоснованности: С).

2. Применение рекомендаций по лечению ОКС не должно основываться на изолированном определении С-реактивного белка (уровень обоснованности: С).

Использование биомаркеров при ИМ с подъемами сегмента ST.

А. Рекомендации для измерения биохимических маркеров повреждения миокарда после установления диагноза ИМ

Класс I

1. Поскольку диагноз инфаркта миокарда установлен, более редкое определение биохимических маркеров (например, каждые 6-10 часов, всего — трижды) полезно для количественной оценки размера инфаркта и для облегчения выявления осложнений, таких как реинфаркт (уровень обоснованности: С).

Класс IIa

2. МВ КФК — предпочтительный маркер для диагностики реинфаркта вскоре после клинического события, после которого тропонин все еще повышен (уровень обоснованности: С).

Класс IIb

3. Сердечный тропонин может быть использован для в качестве альтернативы МВ КФК при ранней диагностике реинфаркта. Для облегчения выявления нового нарастания концентрации обычно необходимо серийное определение тропонина (уровень обоснованности: С).

Таблица

Свойства маркеров некроза миокарда

Биомаркер	Молекулярная масса, г/моль	Специфичность для сердечной мышцы?	Достоинства	Недостатки	Продолжительность повышения
Миоглобин	18 000	Нет	Высокая чувствительность и диагностическая мощность отрицательного результата. Используется для ранней диагностики ИМ и реперфузии.	Низкая специфичность из-за наличия в скелетной мускулатуре. Быстрое снижение после некроза.	12-24 часа
сБСЖК	15 000	+	Ранняя диагностика ИМ	Низкая специфичность из-за наличия в скелетной мускулатуре и повышения при почечной недостаточности.	18-30 часов
МВ КФК, масса	85 000	+++	Возможность диагностировать реинфаркт. Широкое распространение. В прошлом — золотой стандарт диагностики ИМ.	Чувствительность снижается при наличии повреждения скелетных мышц.	24-36 часа
Изоформы МВ КФК	85 000	+++	Ранняя диагностика ИМ.	Недостаточная доступность/распространенность теста.	18-30 часов
сТн Т	37 000	++++	Инструмент оценки риска. Диагностика ИМ до 2-х недель. Высокая специфичность.	Не является ранним маркером некроза. Для диагностики раннего реинфаркта необходимо серийное определение.	10-14 дней
сТн I	23 500	++++	Инструмент оценки риска. Диагностика ИМ до 7 дней. Высокая специфичность.	Не является ранним маркером некроза. Для диагностики раннего реинфаркта необходимо серийное определение. Нет аналитического стандартного метода определения.	4-7 дней

Примечание:

Время первого повышения биомаркеров — 1–3 часа для миоглобина, 3–4 часа — для МВ КФК, 3–4 часа — для сТн Т, 4–6 часов для сТн I. сБСЖК — сердечный белок, связывающий жирные кислоты.

ГлавВрач – ВАШ ПУТЬ К ЭФФЕКТИВНЫМ УПРАВЛЕНЧЕСКИМ РЕШЕНИЯМ

Ежемесячный журнал 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 новых законодательных и нормативных актах, 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 агентства «Роспечать» – подписной индекс 80755;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 99650;
- через редакцию – 8(499) 257-01-35

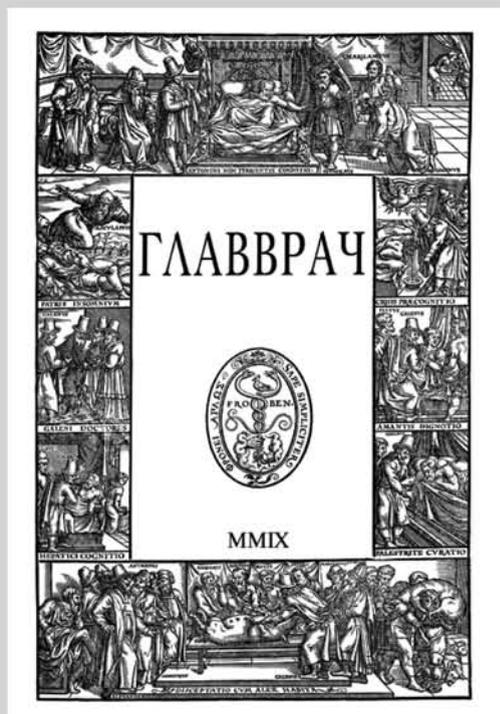
Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

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

Контактная информация:

8(499) 257-01-35 (офис), 8(916) 102-25-50 (моб.)
e-mail: gv_vop@mail.ru, <http://www.glavvrach.panor.ru>

Краснова Анна Яковлевна



КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ — ИСТИНЫ, КОТОРЫЕ НЕ СОВСЕМ ИСТИНЫ...

(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Б.И. Барташевич, И.Б. Карлова

BLOOD-STOPPING GARROT — TRUTH, THAT IS NOT TRUE...

(LITERATURE REVIEW)

B.I. Bartashevich, I.B. Karlova



Карлова И.Б.

Резюме

Дискуссии по поводу применения жгута идут давно. Позиции сторон разнятся от полного неприятия до признания абсолютной универсальности его использования [24, 36, 48]. И порой в качестве аргументов приводятся не обоснованные теорией и практикой доказательства, основанные на здравом смысле, патофизиологических исследованиях и клиническом опыте (военная медицина, использование пневматических турникетов в хирургии и ортопедии), а «свидетельства очевидцев, легенды и истории почти анекдотичного характера» [17, 30]. И хотя жгуты продолжают использоваться широко и повсеместно, просто удивительно, как мало имеется информации об этих устройствах в специальной литературе.

Summary

There are a very long-term discussions about blood-stopping garrot use. Positions of participating sides are different from the total rejection to considering total universality of its use (24, 36, 48). Sometimes there are shown as arguments not theoretically and practically proved arguments, based at common sense, pathophysiological investigations and clinical experience (military medicine, pneumatic tourniquets use in surgery and orthopedics), but «arguments of wit-

nesses, legends and almost anecdote stories» (17, 30). And although the garrots are still wide and commonly used, it is very surprising, how small information do we have about these devices in special literature.



Барташевич Б.И.

В солидных толстых руководствах по неотложной помощи обычно указывается, что возможно использование жгута как компонента временной остановки наружного кровотечения. При этом подразумевается, что все оказывающие помощь достаточно осведомлены о показаниях и технике использования жгута [2, 7, 40]. Методика же применения обычно опускается или приводятся общие сведения [41]. «Подробное» описание оставляется для «студенческих» учебников и литературе по оказанию доврачебной помощи, где приводятся весьма противоречивые, а порой и неверные сведения. В некоторых зарубежных руководствах такое понятие как жгут не упоминается вообще [18]. В этом обзоре мы постарались последовательно осветить основные моменты, основываясь на накопленные за последнее десятилетие данные.

Терминология и немного истории

Жгутом называется «устройство для сдавления мягких тканей конечности путем кругового перетягивания с целью времен-

ной остановки кровотечения или временного выключения конечности из общего кровотока». Это устройство известно с древнейших времен, но его внедрение в широкую практику начинается с J. Louis Petit [1718], который и ввел термин «турникет» (фр. tourner — крутить). Дальнейшее развитие жгута связано с именами Т.С. Esmarch [1855] и J. Lister [1860]. Жгут «Эсмарха» представлял собой толстую, толщиной в палец, резиновую трубку длиной около полутора метров с металлическим крючком на одном конце и металлической цепочкой на другом. Позднее жгут был усовершенствован В.К. Langenbeck [30], который использовал толстую резиновую ленту вместо трубки. В 1904 году Н. Cushing создал пневматический турникетманжетку. Эти устройства нашли широкое применение в хирургической практике и неотложной медицине.

Показания к наложению жгута

Имеющийся опыт свидетельствует, что в 45–75% всех случаев жгут накладывают без должных показаний [3, 34]. Это ведет к увеличению числа ятрогенных осложнений и дискредитирует метод. В настоящее время сложилось следующее отношение к проблеме применения жгутов. **США.** В военной медицине и медицине катастроф применение жгута является аксиомой [53]. Опыт, приобретенный в ходе боевых действий в Афганистане, Ираке, Сомали и др. однозначно свидетельствует в пользу использования жгутов [32, 38]. В гражданской медицине отношение к использованию жгута сдержанное, и в большинстве школ по обучению оказанию первой помощи сейчас не учат использовать жгут. В обычной жизни не так часто возникают ситуации, когда приходится оказывать помощь большому потоку пострадавших. И в этих случаях вред от неправильного применения жгута обывателем намного превосходит его преимущества. Тем не менее, применение жгутов продолжается и в гражданской медицине с акцентом на то, что решение о наложении жгута должен принимать врач или парамедик [21, 35]. Нет никаких разногласий по поводу использования жгута в случае, если другие способы остановки оказываются неэффективными [16]. **Канада.** Отношение такое же, как и в

США. То есть, сдержанное в гражданской медицине, и позитивное у военных [29]. **Англия.** Рекомендуется использование турникета в военной [22, 23] и в гражданской медицине при угрожающих жизни ситуациях [37]. **Франция.** Проводится обучение правилам наложения жгута в рамках обучения первой помощи населения. Рекомендации Департамента неотложной помощи (SamuSAMU) основаны на том, что опасность развития ишемического повреждения мышц при времени наложении жгута менее 6-ти часов, невысока. Учитывая небольшие расстояния, пострадавший будет доставлен в лечебное учреждение до возникновения серьезных осложнений. Поэтому, риск наступления летального исхода от не контролируемого кровотечения расценивается как более высокий, чем риск развития осложнений от наложения жгута. **Австралия.** Населению рекомендуют не использовать жгут. Использование этого устройства является прерогативой медицинского персонала, а также лиц, специально обученных и сертифицированных по оказанию первой медицинской помощи (20). **Израиль.** Израильские силы обороны (IDF) являются наиболее верными приверженцами использования жгутов [34].

Рекомендации Международного Комитета Красного Креста (ICRC) [19] по применению жгута весьма категоричны и строги. Строжайше запрещено наложение жгута на плечо при кровотечении из сосудов предплечья и наложение на бедро при кровотечении из голени. Жгут показан как временная мера при непосредственной угрозе жизни от неконтролируемого кровотечения в случае травматической ампутации ноги выше колена или руки выше локтевого сустава. После наложения давящей повязки на культю рекомендуется сразу снять жгут. Тем не менее, сейчас отслеживается четкая тенденция в пользу применения жгута [13, 14]. В новом издании ATLS [9] указывается, что использование жгута может быть единственной спасающей жизнь манипуляцией, если не удастся контролировать кровотечение прямым сдавливанием [35]. Существует понятие «тактического турникета» (tactical tourniquet) — использование жгута сразу после возникновения угрожающего жизни профузного артериального кровотечения, которое не может быть остановлено прямым давлением на поврежденный со-

суд. Используется только на время короткое транспортировки до места, где медицинская служба может работать в относительной безопасности. Даже убежденные противники использования жгута признают допустимость его использования под огнем противника или при эвакуации с минного поля [24, 36]. При ранениях, сопровождающихся профузным кровотечением, жгут должен быть наложен незамедлительно на месте происшествия. «Пробный турникет» (trial of tourniquet) — используется, когда имеется очень большое расстояние от места получения травмы до лечебного учреждения, где может быть осуществлена окончательная остановка кровотечения. Жгут ослабляют через 2 часа. Чаще всего, к этому моменту кровотечение спонтанно останавливается и наложение жгута больше не требуется. Жгут как «последнее средство/отчаяния» (tourniquet of last resort) — это ситуация, когда «пробный турникет» не срабатывает. В этих случаях, если окончательная остановка кровотечения не будет произведена в короткое время, пациент имеет высокий риск потери конечности [45]. Если жгут остается наложенным длительное время, то врач должен ясно осознавать, что сделан выбор угрозы потери конечности в пользу сохранения жизни [10, 29, 39, 55, 56, 57].

Резиновые ленточные жгуты

В нашей стране наибольшее распространение получил жгут Эсмарха-Лангенбека, представляющий собой резиновую ленту длиной 125–140 см, шириной 2,5 см и толщиной 3–4 мм. Фиксация жгута осуществляется с помощью пластмассовых кнопок на одном конце и круглых отверстий на другом (или с помощью металлического крючка на одном конце и металлической цепочки на другом). Также широко используется жгут резиновый рифленый с застежкой в виде резиновой петли «Альфа» (длина 750 мм, ширина 27 мм). Оба устройства эффективные, но далеки от идеала. Большим недостатком является невозможность контролировать компрессию. Есть сообщения, что жгут Эсмарха при затягивании может создавать компрессию до 1500 мм рт. ст., что значительно превышает требуемую.

Методика наложения. До наложения жгута на конечность, для уменьшения кровопо-

тери, надо осуществить прямое давление или пальцевое прижатие артерии. Конечность лучше приподнять, чтобы избежать депонирования крови в конечности и дополнительно не уменьшить ОЦК. Желательно добиться максимального расслабления мышц, для чего конечность сгибают в локтевом или коленном суставе. Резиновые жгуты, во избежание ущемления кожи, накладывают на конечность поверх прокладки или одежды. Жгут растягивают и делают 2–3 оборота вокруг конечности. Постепенно уменьшая натяжение жгута, накладывают по спирали в проксимальном направлении последующие витки, частично закрывая предыдущие. Это уменьшает опасность ущемления и некроза кожи. Не следует прикладывать чрезмерных усилий, т. к. это может вызвать повреждение подлежащих тканей. Поэтому его натягивают лишь в той степени, которая необходима для остановки кровотечения, но не более. В идеале, кровотечение должно быть оставлено первым же натянутым туром резинового жгута [4]. Но следует помнить, что для наложения кровоостанавливающего жгута на бедро, особенно у крупного мужчины, требуется немалая физическая сила. Концы жгута закрепляют с помощью имеющихся пластмассовых кнопок, цепочки и крючка или завязывают узлом на передней поверхности конечности. При правильном наложении жгута пульс ниже места ранения исчезает и кровотечение останавливается. Происходит «западение» вен, кожные покровы бледнеют. Общим правилом является то, что жгут нельзя закрывать повязкой, а «замок» должен быть расположен спереди и легко доступен. Обычно рекомендуют положить под жгут записку с указанием времени его наложения, или написать время на самом жгуте. Для полной уверенности, что о жгуте не забудут на этапах эвакуации, лучше сделать надпись маркером на лбу или щеке пострадавшего. Если пациент в сознании, то его необходимо тщательно проинструктировать. После наложения жгута пострадавшему необходимо ввести обезболивающие средства, так как в конечности ниже жгута развиваются сильные ишемические боли, и осуществить транспортную иммобилизацию конечности. При первой возможности, одежда поблизости от жгута должна быть удалена, чтобы можно было выявить и осмотреть все раны [32].

Эвакуировать пострадавших следует в первую очередь и в лежачем положении.

Турникеты, матерчатые жгуты и многофункциональные устройства

До сих пор ведутся исследования о способе применения жгутов и разработке лучшего и наиболее безопасного устройства [15, 42]. Важным достоинством является возможность наложения жгута самому себе в порядке самопомощи. Большое распространение за рубежом получили турникеты — устройства, состоящие из матерчатой или кожаной петли, скручиваемой с помощью рычага. Жгут такого типа С-А-Т® (Combat Action Tourniquet) считается наиболее эффективным и безопасным из всех подобных устройств [58]. Это небольшое легкое устройство для оказания само- и взаимопомощи, позволяющее с высокой степенью эффективности достигать окклюзии артерий конечностей. Состоит из адгезивной ленты, пряжки с фрикционным адаптером и воротным механизмом, позволяющим произвести закрутку одной рукой. Давление, создаваемое таким устройством, в некоторой степени может быть регулировано. По подобному принципу работают SOFTT-турникет и другие устройства. Для облегчения и быстроты остановки артериального кровотечения в боевых условиях, созданы комплекты одежды со встроенными в рукава и штаны турникетами (Warrior Wear Integrated Tourniquet System). Это позволяет практически моментально одной рукой провести остановку кровотечения как самим пострадавшим, так и лицом, оказывающим ему помощь. Многоцелевым изделием является SWAT-Tourniquet™ (stretch — растянуть, wrap — обернуть, tuck — подоткнуть), представляющее собой эластичную силиконовую ленту, длиной 200 см, 6,5 см шириной и весом 95 г. На ней имеется маркировка в виде овалов и прямоугольников, которые, в зависимости от места наложения должны быть растянуты до кругов и квадратов при остановке артериального кровотечения. Устройство позволяет быстро достигнуть прекращения кровообращения в сосудах конечности за считанные секунды. Более эффективно, по сравнению остальными устройствами, работает при наложении в паховой и подмышечной областях. Может ис-

пользоваться в качестве давящей повязки для остановки венозного и капиллярного кровотечения, а также как эластичный бинт [47].

Пневматические жгуты-манжетки. Использование пневматического жгута с манометром имеет ряд преимуществ. Точная регулировка степени компрессии позволяет избежать неврологических осложнений, которые нередки, особенно при наложении жгута на плечо. Устройства отнесены к I классу медицинского оборудования, то есть имеется минимальный риск развития осложнений от их использования при рекомендованном режиме эксплуатации [46]. Сравнительно недавно были разработаны устройства такого типа для использования в военной и неотложной медицине. Они основаны на тех же принципах, что и давно применяемые пневматические турникеты для оперативных вмешательств. Успешно апробированы во время ведения боевых действий в Афганистане и Ираке. Рекомендуемая величина давления в манжетке составляет до 250 мм рт. ст. на плече и до 500 мм рт. ст. на бедре. Обычно их применяют сотрудники медицинских формирований, но устройства легки в использовании и могут быть применены для само- и взаимопомощи. Использование для остановки кровотечения аппаратов для измерения артериального давления имеет ограничения, так как их конструкция не позволяет поддерживать нужное давление длительное время. И, как правило, размер манжетки не позволяет их эффективно использовать на нижних конечностях.

Успехи отечественной медицины не ограничиваются использованием ленточных резиновых жгутов и внедрением зарубежных разработок. В 30-х годах прошлого века в СССР был создан матерчатый жгут НИИ-СИ РККА. Он состоял из трехсантиметровой ленты с металлической, автоматически запирающейся по мере натяжения жгута пряжкой, с особой петлей из тесьмы с деревянной закруткой и двумя дужками для фиксации закрутки. Представляется, что именно он послужил прототипом для С-А-Т® и подобных устройств. Для удобства и быстроты работы созданы устройства, натяжение ленты которых осуществляется вращением механизма в виде звездочки. Время наложения жгута указывается на специальном циферблате. С целью умень-

шения риска развития осложнений разработаны устройства, обеспечивающие дозированную компрессию ткани. Одним из них является *жгут с дозированной компрессией*, состоящий из эластичной вставки с фиксирующей пряжкой и матерчатой ленты. На эластичной вставке имеются пиктограммы в виде прямоугольников «для плеча» и «для бедра», позволяющие визуально дозировать компрессию, затягивая петлю до превращения соответствующего прямоугольника для бедра или плеча на пиктограмме в квадрат [5]. Особенный интерес представляют разработанные устройства, состоящие из шины, фиксатора и растяжимого тяжа, связанного с фиксатором. Они, обеспечивая достаточную компрессию, предотвращают от излишнего сдавливания и сохраняют в тканях коллатеральное кровообращение [6]. Некоторые жгуты дополнительно имеют химический индикатор времени наложения [1]. Ценность этих устройств увеличивается ввиду возможности наложения жгута и затягивания жгута одной рукой. К сожалению, не все разработанные устройства получили «путевку в жизнь». Также следует сказать, что коммерческие варианты некоторых внедренных в практику жгутов нередко имеют мало общего с оригиналом, и не выдерживают никакой критики при попытке остановить ими кровотечение.

Место наложения жгута

В большинстве отечественных руководств указывается, что надежная остановка артериальных кровотечений из сосудов конечностей достигается наложением жгута в местах с большой массой мышечной ткани. При кровотечении из артерий верхней конечности жгут рекомендуют накладывать в верхней или нижней трети плеча, а при кровотечении из артерий нижней конечности — в средней или верхней трети бедра [8]. Наложение жгута на предплечье и голень считается не эффективным. Объяснением служит то, что в нижних отделах этих отделов сосуды находятся между костями, что затрудняет компрессию. Кроме этого, верхние отделы голени и предплечья имеют коническую форму, что может способствовать соскальзыванию жгута. Однако при высоком наложении жгута обескровливаются большие участки тканей, что

очень нежелательно. В 2009 году Swan K.G. были проведены исследования по определению эффективности наложения различных видов жгута на предплечья и голень. Исследовались пневматические турникеты/манжетки, 1/2 дюймовый резиновый жгут и матерчатые жгуты-закрутки. Было доказано, что использование всех исследуемых видов жгутов позволяет успешно останавливать кровообращение в отделах конечностей с двумя костями [51]. В ортопедической хирургии успешно используется практика наложения жгутов и турникетов на предплечье и голень при проведении оперативных вмешательств на дистальных отделах конечностей [43]. Опыт военной медицины также подтверждает эффективность наложения жгута для остановки кровотечения на предплечье и голень [33]. Поэтому более рациональной является рекомендация по наложению жгута возможно ближе к ране. Его желательно накладывать на конечность у верхней границы раны выше и по возможности ближе к ней (4–5 см), стремясь максимально уменьшить обескровленный участок. Неэффективным может быть наложение жгута в нижней трети бедра в проекции приводящего (гунтерового) канала [33], в области запястья и в нижней трети голени (над лодыжками), где мышечная ткань практически не присутствует.

Время «под жгутом»

Общепринятым временем нахождения жгута на конечности считается 1–2 часа (отечественные рекомендации уменьшают в зимнее время 30–60 минут). Ни у кого не вызывает возражений положение, что при возможности доставки пострадавшего в медицинское учреждение в течение часа после наложения жгута, последний не следует снимать до передачи врачу приемного отделения [37, 47]. При более длительной транспортировке рекомендуется ослаблять жгут на 3–15 минут для частичного восстановления кровообращения. Полностью снимать жгут не стоит, так как может возникнуть необходимость снова его затянуть. Контроль кровотечения в это время осуществляется прямым давлением или пальцевым прижатием артерии с последующим затягиванием жгута. О частичном восстановлении циркуляции крови свиде-

тельствуют порозовение и потепление кожных покровов, а также кровенаполнение капилляров под ногтевой пластинкой [4]. В дальнейшем жгут ослабляют каждые 30–40 минут для частичного восстановления кровообращения. Следует помнить, что на фоне гиповолемии и снижения артериального давления может произойти спонтанная остановка кровотечения. В таком случае жгут можно повторно не накладывать, так как вполне достаточно будет давящей повязки [37]. Эффективным может быть проведение «под жгутом» тугой тампонады раны и наложение давящей повязки. Такая процедура, сделанная в более спокойной обстановке и без угрозы развития смертельного кровотечения, может обеспечить стойкий гемостаз во время транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение, где будет произведена окончательная остановка кровотечения [3].

Патофизиологические изменения, вызванные применением жгута

В настоящее время медицина накопила огромный опыт использования жгутов [34]. Экспериментально установлено, что мышечная ткань может пережить циркуляторную ишемию длительностью до 3–4-х часов. Необратимые изменения мышечных клеток начинают развиваться после 3-х часов ишемии с окончательным формированием некротических изменений к 6-ти часам. Комбинация сдавления и циркуляторной ишемии ускоряет этот процесс. Изменения нервов остаются обратимыми при длительности ишемии до 8-ми часов, жировой ткани — до 13-ти часов, кожи — до суток [12]. При плановых хирургических операциях безопасным временем нахождения турникета на конечности считается 2 часа с последующим переналожением через 15 минут [46].

Изменения, вызванные применением жгута, могут носить местный и системный характер. Чрезмерное давление, оказываемое жгутом на кожу, может приводить к развитию ссадин, гематом и ее некрозу. Ишемический некроз подлежащих непосредственно под жгутом тканей может развиваться после двух часов компрессии при давлении от 200 до 300 мм рт. ст. Дистальнее места наложения гистологические изменения тканей ишемического генеза появляются только через 4 часа. Ишемия

мышц, нервов на фоне микроциркуляторных нарушений обуславливают развитие «посттурникетного синдрома» [26, 27]. Его развитие характеризуется появлением бледности кожи, чувства онемения и анестезии, развитием отека и уплотнения мягких тканей, мышечной слабостью без развития пареза после снятия жгута. При длительной ишемии мягких тканей конечности происходит повреждение миоцитов (рабдомиолиз) с высвобождением продуктов их распада во внеклеточную жидкость и системное кровообращение. Их накопление вызывает интоксикацию и может служить причиной развития угрожающих жизни осложнений. Восстановление кровотока в конечности после снятия жгута вызывает каскад реакций, получивших название «реперфузионный синдром». Освобождение от сдавления приводит к быстрому поступлению миоглобина, биологически активных веществ и токсических продуктов метаболизма в системный кровоток. Выход из миоцитов органических кислот и недоокисленных продуктов вызывает развитие метаболического ацидоза, что усугубляет общее состояние больного. Выключение из кровообращения обеих нижних конечностей путем наложения жгута ведет к уменьшению ОЦК на 15%. Это объясняет необходимость подъема конечности перед наложением жгута, чтобы избежать истечения из раны венозной крови, заполняющих сосуды дистальных отделов конечности. Хотя жгут относится к методам временной остановки кровотечения, но его использование, за счет снижения скорости кровотока и локального артериального давления, может способствовать тромбообразованию и полноценному гемостазу [3, 4, 10, 49].

Крайне интересной и достаточно неожиданной является информация о благоприятном влиянии холода на ткани конечности при наложенном жгуте. Достоверно доказано, что гипотермия в области раны усиливает гемостатический эффект за счет спазма сосудов и увеличения адгезии тромбоцитов к эндотелию сосуда [3]. Зафиксированы свидетельства, что низкая температура окружающей среды способствовала увеличению продолжительности времени наложения жгута до 8-ми часов без последующей потери конечности [30, 37]. Эти данные подтверждены в исследованиях путем создания искусственной ги-

потермии в ходе хирургических манипуляций на конечностях под жгутом [52]. Сходные результаты были получены в экспериментах на животных, когда проводилось охлаждение конечностей под жгутом до 4–16°C. Результатом было значительное снижения числа осложнений после 3-х часов нахождения конечности под жгутом [25, 28]. Рекомендаций о сокращении времени нахождения «под жгутом» в холодное время в доступной зарубежной литературе не было найдено. Можно высказать предположение, что «рекомендация уменьшать время под жгутом в холодное время на 30–60 минут» связано с повышенным риском развития обморожений ишемизированной конечности при низких минусовых температурах, а не с отрицательным влиянием умеренной гипотермии на ткани конечности.

Неудачи и осложнения

Наряду с высокой эффективностью, использование жгута может привести к тяжелым последствиям и неудачам [35]. Наложение жгута болезненно, и пострадавший может попытаться ослабить или сорвать жгут, что может привести к возобновлению неконтролируемого кровотечения [37]. Возобновление кровотечения может произойти в результате повышения АД на фоне проводимой терапии. Случаи, когда при наложении жгута не удается достичь остановки наружного кровотечения, в основном обусловлены недостаточной силой сдавливания. При этом жгут передавливает только вены, что приводит к прекращению венозного возврата из конечности. Артериальный приток при этом сохраняется. Все это приводит к усилению кровотечения и увеличению кровопотери. В литературе описаны случаи, когда при проведении хирургических операций на конечностях не удалось из-за выраженной кальцификации артерий достичь полностью «бескровного» операционного поля. Маловероятно, что подобный фактор играет значительную роль при остановке кровотечения с помощью кровоостанавливающего жгута [30].

Погрешности в технике наложения приводят к развитию осложнений. Прямое давление жгута на подлежащие ткани ведет к повреждению кожи вплоть до развития некрозов. «Слабыми местами» в этом плане являются область запястья и нижней трети

голени над лодыжками (из-за не выраженности мягких тканей). Но тут надо отметить, что изолированные травмы кисти или стопы редко требуют применения жгута. Сдавление нервных стволов чревато развитием переходящих или постоянных парезов конечностей [31]. Наиболее часто подобные осложнения возникают при наложении резиновых ленточных жгутов в средней трети плеча вследствие сдавливания лучевого нерва. В зарубежной литературе не найдено информации, что именно это место вызывает большую частоту осложнений. Могут развиваться нарушения системного характера вследствие длительной ишемии больших мышечных массивов конечности (рабдомиолиз, ацидемия, гиперкалиемия, аритмии сердечной деятельности, шок, летальный исход) [54]. Прекращение кровотока в конечности снижает сопротивляемость тканей к возбудителям инфекции и уменьшает регенераторные способности. Это создает благоприятную почву для развития анаэробной инфекции и гангрены. Нет сомнений, что в условиях нормоволемии собственно ишемия конечности в течение 2-х часов не приводит к развитию выраженных нарушений заживающих тканей [10, 11]. Но в условиях гиповолемии это, считающееся безопасным, время наложения жгута может приводить к увеличению осложнений. По данным D. Lakstein и соавт., на фоне развившихся гемодинамических нарушений, частота их развития достигает 5,5% [34]. В тоже время, наложение жгута до развития выраженных гемодинамических нарушений ведет к улучшению дальнейшего прогноза и выживаемости. Это и обуславливает новый подход — чем раньше наложен жгут, тем больше шансов у пациента на благоприятный исход [33]. Проспективное исследование было проведено Kragh J.F. и соавт. по применению жгутов (EMT и CAT) в 2006 году в военном госпитале Багдада [32]. В 1,7% случаев развились «переходящие парезы» на уровне наложения жгута. Не было выявлено корреляции между общим временем использования жгута и развитием некрозов, болевого синдрома, парезов, ОПН, числа фасциотомий и ампутаций конечностей. У пациентов со временем наложения жгута менее 2-х часов в 28% случаев потребовались фасциотомии. При наложении жгута на конечности более 2-х часов процент фасциотомий составил 36%. Ни одного случая потери конечности вследствие наложения жгута зафиксировано не было [12, 33, 50].

Сообщения о развитии рабдомиолиза крайне редки. В основном они связаны с чрезвычайно длительным временем наложения жгута и использовании излишне высокого давления. Развитие компартментсиндрома также не является частым осложнением [44]. Полученные результаты совпадают с данными D. Laksteine [34], отмечающего высокую степень эффективности и низкое число осложнений при использовании жгутов в боевых условиях [35].

ЛИТЕРАТУРА

1. Жиляев Е.Г., Брюсов П.Г., Чернецов А.А. Жгут кровоостанавливающий. 1998, Патент RU № 2108066, А 61 В 17/12.
2. Жуков С.В. Королюк Е.Г. Избр. лекции по медицине катастроф. Тверь, 2007. 120 с.
3. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери. /В: 80 лекций по хирургии. Под ред В.С.Савельева. М.: Литтерра, 2008. С. 811–827.
4. Мусалатов Х.А. Медицина катастроф. М.: ВУНМЦ. 2002. 448 с.
5. Радужкевич В.Л., Барташевич Б.И., Караваев Ю.Н. Реанимация и интенсивная терапия в практике врача скорой помощи. Воронеж: «Истоки», 2000. 304 с.
6. Руднев С.А. Жгут кровоостанавливающий. // Изобр.полезн. модели. 27.07.05. №2004112522/14.
7. Травматология: нац. рук-во / ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. М.: ГЭОТАР, 2008. 808 с.
8. Учебник спасателя. / под ред. Ю.В. Воробьева. Краснодар: Сов. Кубань, 2002. 528 с.
9. Advanced Trauma Life Support, 8th Edition, The Evidence for Change. // J. of Trauma, Injury, In-fecton, and Critical Care. 2008; 64: 1638 -1650.
10. Beekley A.C., Starnes B.W., Sebesta J.A. Lessons learned from modern military surgery. Surg Clin North Am. 2007; 87: 157–184, vii.
11. Beekley A.C., Sebesta J.A., Blacbourne L.H. et al. Prehospital tourniquet use in operation Iraqi free-dom: effect on hemorrhage control and outcomes. J. Trauma. 2008; 64 (suppl): S. 28–37.
12. Blaisdell F.W. The pathophyology of skeletal muscle ishemia and the reperfusion syndrome: a re-view. // Cardiovascular Surgery, 2002, 10 (6): 620–30.
13. Butler F.K.J., Hagmann J.H., Richards D.T.: Tactical managment of urban warfare casualties in spe-cial operations. Mil Med 2000, 165:1-48.
14. Butler F.K.J.:Tactical medicine training for SEAL mission commanders. Mil Med. 2001, 166: 625-31.
15. Calkins D., Snow C., Costello M., Bentley T.B. Evaluation of possible battlefield tourniquet systems for the far-forward setting. Mil Med. 2000; 165: 379–384.
16. Dayan L., Zinmann C., Stahl S., Norman D. Complications Associated with Prolonged Tourniquet Application on the Battlefield// Military Medicine, 2008 173 (1):63-66.
17. Doyle G.S., Taillac P.P. Tourniquets: a review of current use with proposals for expanded prehospi-tal use.// Prehosp Emerg Care. 2008 Apr-Jun; 12 (2): 241–56.
18. Emergency medicine manual/ edited by O. John Ma. 6th ed. 2004. 977 p.
19. FIRST AID in armed conflicts and other situations of violence. ICRC, 2006. P. 169.
20. First Aid. Part 14 //Circulation 2005, 112; IV-196-203.
21. Fox C.A., O'Donnell S.D., Gillespie D.L. et al. The contemporary management of war time vascular injury. J. Vasc Surg 2005 41: 638–644.
22. Hodgetts T.J., Mahoney P.F., Russell M.Q. et al. ABC to<C>ABC: redefining the military trauma paradigm. EMJ 2006; 23: 745–6.
23. Hodgetts T.J., Mahoney P.F., Evans G. et al. Battlefield advanced trauma life support, 3rd ed. DMETA, 2006: 570.
24. Husum H., Gilbert M., Wisborg T. et al. Prehospital tourniquets: there should be no controversy. J. Trauma 2004; 56 (1): 214–5.
25. Irving G.A., Noakes T.D. The protective role of local hypothermia in tourniquet-induced ischemia of muscle. J. Bone Jt Surgery 1985; 67: 297–301.
26. Kam P.C., Kavanagh R., Yoong F.F. et al. The arterial tourniquet: pathophysiological consequences anaesthetic implications.// Anaesthesia 2001; 56: 534–545.
27. Kam P.C.A.: Uses and precautions of tourniquets. Surgery 2005, 23: 76–77.
28. Kelly C., Creagh T., Grace P.A. et al. Regional hypothermia protects against against tourniquet neu-roopathy. Eur J Vasc Surg 1992; 6: 288–92.
29. King R.B., Filips D., Blitz S., Logsetty S. Evaluation of possible tourniquet systems for use in the Canadian Forces. J. Trauma. 2006; 60: 1061–1071.
30. Klenerman L. The tourniquet manual: principles and practice. London. Springer, 2003: 106.

31. Kornbluth I.D., Freedman M.K., Sher L., Frederick R.W. Femoral, saphenous nerve palsy after tourniquet use: a case report. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84: 909–911.
32. Kragh J.F., Walters T.J., Baer D.G. et al. Practical Use of Emergency Tourniquets to Stop Bleeding in Major Limb Trauma. // *J Trauma.* 2008, 64 (2): S. 38–50.
33. Kragh J.F., Walters T.J., Baer D.G. et al. Survival with emergency tourniquet use to stop bleeding in major limb trauma. // *Ann Surg.* 2009, 249 (1): 8–9.
34. Lakstein D., Blumenfeld A., Sokolov T. et al. Tourniquets for hemorrhage control on the battlefield: a 4-year accumulated experience. *J. Trauma.* 2003; 54 (5): S. 221–225.
35. Langley D.M., Criddle L.M.. The tourniquet debate. // *J. Emerg Nurs.* 2006; 32: 354–356.
36. Larsen P.J. Compression bandage, not tourniquet. Experience in 68 patients with traumatic amputations after mine injuries. // *RTO MP HFM 109*, August 2004; 2.1–2.8.
37. Lee C., Porter K.M., Hodgetts T.J. Tourniquet use in the civilian prehospital setting. // *Emerg Med J.* 2007; 24: 784–587.
38. Mabry R.L., Holcomb J.B., Baker A.M., et al.: United States Army Rangers in Somalia: an analysis of combat casualties on an urban battlefield. *J. Trauma* 2000, 49: 515–528.
39. Mabry R.L. Tourniquet use on the battlefield. *Mil Med.* 2006; 171: 352–356.
40. Maryland Medical Protocols for EMS Providers. MIEMSS, 2009. 368 p.
41. McCallum J.E. *Military Medicine.* 2008, ABC Clio. P. 332.
42. McEwen J.A., Kelly D.L., Jardanovsky T. et al. Tourniquet safety in lower leg applications. // *Orthopaedic nursing*, 2002: 21 (5): 55–62.
43. McEwen J.A., Inkpen K., Younger A. Tourniquet safety. // *Surgical technologist*, 2002; 217: 9–18.
44. Murrhy C.G., Winter D.C., Bouchier D.J. Tourniquet injuries: pathogenesis and modalities for attenuation. // *Acta Orthop. belg.*, 2005, 71, 635–45.
45. Navein J., Coupland R., Dunn R. The tourniquet controversy. *J. Trauma* 2003; 54 (5 suppl): S. 219–20.
46. Odinsson A., Finsen V. Tourniquet use and its complications in Norway. // *J. of Bone and Joint Surgery.* 2006, 88-B (8): 1090–2.
47. *Prehospital Trauma Life Support. Military.* 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2007: 501–519.
48. Richley S.L. Tourniquets for the control of traumatic hemorrhage: a review of the literature. // *World J of Em Surg* 2007, 2: 28.
49. Richey S.L. Tourniquets for the control of traumatic hemorrhage: a review of the literature. *J. Spec Oper Med.* 2009; 9 (1): 56–64.
50. Sebesta J. Special lessons learned from Iraq. *Surg Clin North Am* 2006; 86: 711–726.
51. Swan K.G., Wright D.S., Barbagiovanni S.S. Tourniquets Revisited. // *J. of Trauma: Inj, Inf, and Cr Care*, 2009; 66 (3): 672–675.
52. Swanson A.B., Livengood L.C., Sattel A.B. Local hypothermia to prolong safe tourniquet time. *Clin Orthop Relat Res* 1991; 264: 200–8.
53. Taillac P.P., Doyle G.S. Tourniquet first. *J Emerg Medical Services.* 2008 Oct. Suppl.; 24–27.
54. Wakai A., Wang J.H., Winter D.C., Street J.T., O'Sullivan R.G., Redmond H.P. Tourniquet-induced systemic inflammatory response in extremity surgery. *J. Trauma.* 2001; 51: 922–926.
55. Walters T.J., Wenke J.C., Kauvar D.S. et al. Effectiveness of self-applied tourniquets in human volunteers. *Prehosp Emerg Care.* 2005; 9: 416–422.
56. Walters T.J., Mabry R.L. Issues related to the use of tourniquets on the battlefield. // *Mil Med.*, 2005 Sep; 170 (9): 770–5.
57. Welling D.R., Burris D.G., Hutton J.E. et al. A balanced approach to tourniquet use: lessons learned and relearned. *J Am Coll Surg.* 2006; 203: 106–115.
58. Wenke J.C., Walters T.J.: Physiologic evaluation of the US Army one-handed tourniquet. // *Mil Med.* 2005, 170: 776–781.

КАК ПРАВИЛЬНО ПИСАТЬ: «СЛИТНО» ИЛИ «РАЗДЕЛЬНО»

О разграничении понятий
«скорая медицинская помощь» и «первая помощь»

HOW CORRECTLY TO WRITE: «TOGETHER» OR «SEPARATELY»

About differentiation
of concepts «emergency aid» and «first aid»

После появления публикации в прессе о разграничении понятий «скорая медицинская помощь» и «первая помощь» постоянно приходят вопросы с просьбой прокомментировать Федеральный закон РФ № 267.

Мы подготовили список наиболее часто встречающихся вопросов и адресовали их руководителю Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, профессору, заведующему кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ Вёрткину Аркадию Львовичу.

С какой с целью комитет по охране здоровья подготовил поправки к закону об «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и отдельные законодательные акты?

Мы прекрасно знаем о высокой аварийности на дорогах Российской Федерации, а потери от ДТП стали бедствием национального масштаба. С целью снижения высокой смертности в 2006 году стартовала Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения на 2006–2012 годы». Именно в ходе реализации данной программы вышел в свет очередной законопроект, задача которого стимулировать общественность к оказанию первой помощи.

Аркадий Львович, уточните, пожалуйста, зачем участникам дорожного движения, самостоятель-

но оказывать помощь, ведь существует скорая медицинская помощь и, тем более, зачем разграничивать понятия «первой помощи» и «скорой медицинской помощи»?

Дело в том, что уровень смертности от ДТП напрямую зависит от сроков оказания пострадавшему первой помощи. Грамотно и своевременно оказанная первая помощь до приезда на место происшествия медицинских работников в большинстве случаев является главным фактором, который может спасти жизнь. Так, если пострадавший находится в состоянии клинической смерти до 3-х минут, вероятность того, что немедленно начатые реанимационные мероприятия позволят восстановить сердечную деятельность может достигать 75 %. При увеличении этого промежутка до 5-ти минут, вероятность успешности реанимационных мероприятий не более 25%, при превышении 10-ти минут человека спасти не удастся. Это подтвердила председатель Комитета по охране здоровья Ольга Борзова: «Известно, что примерно 70% пострадавших в ДТП погибают на месте происшествия или по дороге в больницу. Часто — из-за того, что им сразу не оказали первую медицинскую помощь».

Теперь отвечу на вторую часть вопроса. Исходя из вышесказанного, водитель транспортного средства, сотрудник ДПС, МЧС, и другие участники дорожного движения должны уметь оказывать первую помощь. Для этого необходимо разрабо-

тать нормы, границы и стандарты оказания помощи, что и было выполнено. Проект уточняет понятийный аппарат, выделяет в законодательстве понятие «первой помощи». Таким образом: «Первая помощь оказывается ... до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку». *Федеральный закон РФ № 267-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации», ст. 1.*

Скажите, почему именно сотрудников спецслужб (МВД, МЧС, ФТС, и ФССП) обязывают оказывать первую помощь пострадавшим в ДТП.

Во-первых, зачастую именно сотрудники спецслужб (ГИБДД и МЧС) оказывают первыми на месте аварии.

Во-вторых, в настоящее время в автошколах РФ курс по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях либо отсутствует, либо мало соответствует требованиям Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Предмет «Оказание первой помощи при ДТП» обучающиеся осваивают самостоятельно или изучают в рамках лекционного материала, который преподается сотрудниками автошкол без медицинского образования. В вышеперечисленной группе лиц мы закрепляем обязательность специальной подготовки. Они будут нести юридическую ответственность за невыполнение первой помощи.

В-третьих, мы говорим о необходимости обучить группы людей, что дает возможность быстро и качественно организовать курсы по единым программам и правилам, с возможностью контроля выполнения программы.

И самое последнее — вышеперечисленная категория лиц, имеет самую высокую социальную ответственность, и их действия должны послужить хорошим примером для остальных участников дорожного движения.

Аркадий Львович, кто именно должен оказывать первую помощь и кто должен проходить специальную подготовку?

В соответствии с законом, первую помощь должны оказывать сотрудники органов внутренних дел РФ, сотрудники, военнослужащие и работники Государственной противопожарной

службы и Внутренних войск, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, судебные приставы, сотрудники ведомственной охраны, таможенной службы, сотрудники частных детективных и охранных предприятий, водители транспортных средств и другие лица, прошедшие обучение. После принятия закона, названные службы будут обязаны ввести для своих сотрудников курсы такой спецподготовки.

Как Вы считаете, сложно ли будет подготовить программы и курсы по обучению «Первой помощи» и кто их должен проводить?

Несомненно, к вопросу обучения спецслужб необходимо подходить со всей мерой ответственности. В нашей стране все знают, как «играть в футбол», «водить машину» и «лечиться». И к чему это приводит... На нашей кафедре в течение года идет работа в данном направлении. Подготовлены программы обучения, разработан пакет методических рекомендаций и алгоритмов. Существует огромный опыт обучения скорой медицинской и первой помощи. Очень важно проводить обучение, исходя из законов доказательной медицины и учитывая особенности групп. Такими особенностями являются: абсолютное непонимание медицинской терминологии и основ травматизма, отсутствие мотивации у обучающихся, невозможность отрыва от производства на длительный срок. Поэтому мы рекомендуем на основании собственного опыта проводить обучение в концепции симуляционного образования с использованием методов дистанционного образования, т. е. обучения на муляжах, фантомах, манекенах, в условиях, приближенных к реальным, что позволяет получить незаменимый опыт. Кроме того, эффективность подобных методов обучения превышает традиционные методики. Дистанционные формы позволяют сократить сроки и интенсифицировать процесс обучения.

В законе говорится и о возможности обучении водителей транспортных средств?

Да, на самом деле, водители могут пройти обучение самостоятельно и тем самым стать полноправными участниками дорожного движения. Акцентирую внимание на том, что понятие «первой помощи» распространяется не только на оказание помощи при ДТП, но и «при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью». Тем самым мы говорим о повышении медицинской грамотности населения.

Существуют ли наказание за неоказание «первой помощи»?

На сегодняшний момент существуют несколько статей в уголовном кодексе РФ, которые оговаривают причинение вреда больному по неосторожности, либо привлечение к ответственности за неоказание помощи. Эти такие статьи как Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности («Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности или ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»); Неоказание помощи больному («Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее

оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного или смерть больного, либо причинение тяжкого вреда его здоровью»); Оставление в опасности и Халатность («Неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе...повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека»).

Кроме того никто и никогда не сможет освободить нас от моральной ответственности, а совесть, как известно, может быть самым строгим судьей.

*Беседу вёл
Филимонов В.С.*

НОВОСТИ

Минздравсоцразвития России утвердило порядок оказания медицинской помощи онкологическим больным

Министерство здравоохранения и социального развития РФ утвердило Порядок оказания медицинской помощи онкологическим больным. Соответствующий приказ ведомства (№ 944н от 3 декабря 2009 г.) зарегистрирован в Минюсте России и носит обязательный характер. Порядок должны соблюдать все без исключения медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь онкологическим больным.

В порядке оказания медицинской помощи прописано положение о каждом структурном подразделении, табель оснащения, штатное расписание, положение о деятельности врача.

Важная особенность порядка — это определение видов и объемов оказания помощи в учреждениях здравоохранения различного уровня при подозрении и установлении диагноза злокачественного новообразования. Усилена роль и ответственность участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-хирургов и их взаимодействие с врачами-специалистами в выявлении риска развития онкологических заболеваний.

Источник: АМИ-ТАСС

Профессиональные праздники и памятные даты

1 марта



Всемирный день гражданской обороны.

В этот день в 1972 г. вступил в силу Устав Ассамблеи Международной организации гражданской обороны (МОГО). Дата призвана пропагандировать деятельность всех национальных служб по защите населения и окружающей среды. МЧС России является полноправным и активным членом МОГО с 1993 г.



День эксперта-криминалиста МВД. 1 марта 1919 г. начал функционировать Кабинет судебной экспертизы при Центроросыске РСФСР — первое экспертное подразделение в органах внутренних дел России. Ныне эта структура является, по сути, научно-технической службой милиции.

3 марта



Всемирный день писателя. Отмечается с 1986 г. по решению 48-го конгресса Международного пен-клуба. Первый такой клуб был основан в Англии в 1921 г., получив название от аббревиатуры: poets (поэты), essayists (очеркисты), novelists (романисты). Международная организация писателей выступает в защиту свободы информации во всех странах.

8 марта



Международный женский день. История праздника берет начало с 8 марта 1857 г., когда работницы фабрик Нью-Йорка провели демонстрацию в защиту своих прав. В европейских странах день начали отмечать с начала XX века, но официальный статус он получил в 1921 г. в Советской России. Именно по инициативе СССР на Ассамблее ООН в 1975 г. праздник и получил Международное признание.

9 марта



Международный день ди-джея. Отмечается от имени международной клубной индустрии с 2002 г. С тех пор World DJ Day — не просто праздник, а целый ряд благотворительных акций музыкантов и танцоров в помощь детским организациям.

10 марта



День архивов. В этот день Петром I был подписан первый в России государственный акт — «Генеральный регламент или Устав». Он определил государственную должность архивариуса, которому надлежало «...письма прилежно собирать, оным реестры чинить, листы перемечивать...». С тех пор берет начало государственная архивная служба России.

11 марта



День работников наркоконтроля. В октябре 2007 г. Указом Президента России был образован Государственный комитет, призванный бороться с незаконным оборотом наркотиков и заниматься профилактикой наркомании. А 16 февраля 2008 г. Владимир Путин подписал Указ о новом профессиональном празднике работников наркоконтроля.

12 марта



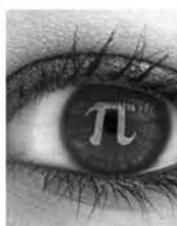
День работников уголовно-исполнительной системы Минюста России. В этот день 1879 г. Император Александр III издал Указ о создании тюремного департамента, положивший начало единой государственной системе исполнения наказаний в России.

14 марта



День работников геодезии и картографии. Профессия картографа появилась в России в марте 1720 г., когда по приказу Петра I были проведены первые картографические измерения. А официальный профессиональный праздник был установлен Указом Президента РФ 11 ноября 2002 г. С тех пор он отмечается каждое второе воскресенье марта.

Международный день числа «Пи».



Основное математическое соотношение используется учеными и специалистами всего мира. В американском написании дата выглядит как 3.14, потому именно в этот день и отмечается праздник. Знаменательно, что он совпадает с днем рождения выдающегося физика современности Альберта Эйнштейна.

15 марта



Всемирный день защиты прав потребителей. Отмечается в годовщину выступления в Конгрессе Президента США Джона Ф. Кеннеди в 1961 г. В выступлении были сформулированы четыре основных права потребителя: на безопасность, на информацию, на выбор и право быть услышанным. Позднее к ним добавились еще четыре, а с 1983 г. день был закреплен в международном календаре праздничных дат.

16 марта



День подразделений экономической безопасности в системе МВД России. Предшественником этой службы был знаменитый отдел по борьбе с хищениями социалистической собственности и спекуляцией (ОБХСС), созданный 16 марта 1937 г. в составе Наркомата внутренних дел СССР. А в феврале 1992 г. в МВД России было создано Главное управление по экономическим преступлениям (ныне — ГУБЭП).

19 марта



День моряка-подводника. В 1906 г. по Указу Императора Николая II классификацию судов военного флота пополнил новый разряд кораблей — в строй вступили первые 10 подводных лодок. Первая из них («Дельфин») была построена на Балтийском заводе в 1904 г. Сегодня группировка подводных атомных крейсеров с крылатыми ракетами является гордостью ВМФ России.

Поздравим друзей и нужных людей!

20 марта



Всемирный день астрологии. В конце XX века европейские астрологи предложили отмечать этот праздник именно 20 марта, в день начала нового астрономического и астрологического года. Мифологическое учение о влиянии звезд на человека возникло в глубокой древности. Но и в наши дни оно имеет немало почитателей по всему миру.

21 марта



День работников торговли, бытового обслуживания населения и жилищно-коммунального хозяйства. В Советском Союзе праздник появился в 1966 г. и отмечался в четвертое воскресенье июля. Позже, согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР от 01 ноября 1988 г., работники торговли и обслуживания получили другую праздничную дату — каждое третье воскресенье марта.



Всемирный день поэзии. День зародился в 1999 г., на 30-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО. По замыслу организаторов, праздник призван послужить созданию духовного и позитивного образа поэзии как подлинно современного искусства, открытого людям.



Международный день кукольника. Идея выделить особый день для почитания этого жанра принадлежит известному иранскому деятелю кукольного театра Дживаду Золфагарихо. Праздник отмечается с 2003 г. согласно решению Международного союза театров кукол УНИМА. Основная идея — объединение профессионалов и любителей одного из древнейших видов искусства



Всемирный день Земли. Изначально праздник отмечается во многих странах в День весеннего равноденствия, что символизирует наступление весны. 26 февраля 1971 г. в ООН была принята специальная прокламация, посвященная защите нашей планеты. С тех пор ежегодно 21 марта в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке звонит колокол мира.



Международный день борьбы за ликвидацию расовой дискриминации. Провозглашен Генеральной Ассамблеей ООН в 1966 г. Дата выбрана в память жертв трагических событий в ЮАР: в этот день в 1960 г. во время мирной демонстрации против законов режима апартеида от пуль полиции погибли 69 африканцев.

22 марта



День Балтийского моря. Решение о ежегодном праздновании дня моря было принято на 17-м заседании Хельсинкской конвенции в 1986 г. Сегодня важнейший морской транспортный коридор, связывающий Россию, Европу и Азию, нуждается в экологической защите и очистке.



Всемирный день водных ресурсов. Идея проведения Всемирного дня впервые прозвучала в 1992 г. на Конференции ООН по охране окружающей среды в Рио-де-Жанейро. Официально дата установлена годом позже, на Генеральной Ассамблее ООН. Основная цель — привлечение всеобщего внимания к охране и сохранению ресурсов пресной воды.

23 марта



День работников гидрометеорологической службы России. В 1834 г., согласно «высочайшему соизволению» Императора Николая I, в Санкт-Петербурге была учреждена Нормальная магнитно-метеорологическая обсерватория. Указом дату профессионального праздника российских метеорологов Указ Президента РФ от 19 мая 2008 г.

24 марта



Всемирный день борьбы с туберкулезом. В этот день 1882 г. немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза. В 1993 г. Всемирная организация здравоохранения объявила болезнь национальным бедствием и назвала дату Всемирным днем борьбы с ней.

25 марта



День работника культуры. Инициатором такого объединяющего профессионального праздника стал министр культуры РФ Александр Соколов. Согласно Указу Президента страны от 28 августа 2007 г., все хранители и создатели российской культуры отмечают свой день ежегодно 25 марта.

27 марта



День внутренних войск МВД России. 27 марта 1811 г. Император Александр I подписал Указ о формировании в российских городах батальонов внутренней стражи. С тех пор внутренние войска не раз реорганизовывались, но всегда выполняли важнейшие задачи по сохранению территориальной целостности страны и поддержанию общественного порядка. В 1996 г. Указ Президента РФ вернул историческую дату на свое почетное место.



Международный день театра. Установлен в 1961 г. IX Конгрессом Международного института театра (МИТ). СССР, а затем и Россия — постоянный член исполнительного комитета этой организации, призванной крепить дружбу между народами и расширять творческое сотрудничество.

29 марта



День специалиста юридической службы в Вооруженных силах. Профессиональный праздник военных юристов установлен Указом Президента РФ от 31 мая 2006 г. Этот день был утвержден в качестве признания значимости правового обеспечения военной безопасности РФ.

СПРАВОЧНИК ПЕДИАТРА

<http://pediatr.panor.ru>



Научно-практический журнал для врачей педиатрического профиля, занимающихся актуальными вопросами лечения и профилактики детских болезней и современных методов диагностики

В журнале рассматриваются вопросы диагностики и лечения различных заболеваний детского возраста, исходя из особенностей работы стационарной и участковой служб. Кроме этого, представлены постоянные рубрики: «Новые лекарственные препараты», «Книжная полка», «Повышаем квалификацию», «Наука – педиатрии» и мн. др.

Журнал выходит под эгидой Союза педиатров России.

Главный редактор – А. А. Баранов, д. м. н., профессор, академик РАМН, директор Национального центра здоровья детей РАМН.

Ежемесячное издание. Объем – 80 с.

В свободную продажу не поступает.

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Социальные и организационные вопросы педиатрии

- организация первичной медико-санитарной помощи детям, работа подразделений и отдельных служб детской поликлиники;
- стационарозамещающие технологии в амбулаторной педиатрической практике;
- детская инвалидность, смертность, их профилактика.

Деонтология, правовые вопросы педиатрии

- охрана здоровья детей в правовых актах РФ;
- этические и деонтологические проблемы педиатрии.

Амбулаторная педиатрическая практика

- рост и развитие здорового ребенка, медицинский контроль за состоянием здоровья;
- лечение и диспансерное наблюдение.

Проблемы стандартизации, клинические рекомендации

- стандарты по оказанию детям амбулаторной и стационарной помощи;
- клинические рекомендации при различных заболеваниях.

Нормативное обеспечение оказания первичной медицинской помощи детям

- нормативные документы по организации первичной медико-санитарной и специализированной помощи детям РФ.

Современные лекарственные средства, диагностическое и лабораторное оборудование

- современные лекарственные средства;
- новые методы и новое оборудование лабораторной и инструментальной диагностики в педиатрической практике.

Как подписаться на журнал «Справочник педиатра»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84809.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12369.

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

Материалы для публикации необходимо отправлять на эл. адрес: medizdat@bk.ru.

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
Агентства «Роспечать»

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
«Почта России»

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на ^{—гезету—} журнал **46543**
(индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов:

на 20 10 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ДОСТАВочная КАРТОчка

ПВ место литер **46543**
на ^{—гезету—} журнал (индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стоимость	подписки	руб.	коп.	Количество комплектов
	перезадресовки	руб.	коп.	

на 20 10 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на ^{—гезету—} журнал **24216**
(индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов:

на 20 10 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ДОСТАВочная КАРТОчка

ПВ место литер **24216**
на ^{—гезету—} журнал (индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стоимость	подписки	руб.	коп.	Количество комплектов
	перезадресовки	руб.	коп.	

на 20 10 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (передрессовки)

без кассовой машины на абонементе проставляется оттиск
календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонемент выдается подписчику с квитанцией
об оплате стоимости подписки (передрессовки).

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (передрессовки)

без кассовой машины на абонементе проставляется оттиск
календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонемент выдается подписчику с квитанцией
об оплате стоимости подписки (передрессовки).

Для оформления подписки на газету или журнал,
а также для передрессовки издания бланк абонемента
с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами,
разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями,
изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных клеток при передрессовании
издания, а также клетки «ПВ-МЕСТО» производится
работниками преспривитий связи и подписных агентств.

Для оформления подписки на газету или журнал,
а также для передрессовки издания бланк абонемента
с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами,
разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями,
изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных клеток при передрессовании
издания, а также клетки «ПВ-МЕСТО» производится
работниками преспривитий 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 « _____ » _____ 2010

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 ПОЧТЕ ЦЕННЫМИ БАНДЕРОЛЯМИ 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 КУПИ-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.№		
Банк Плательщика		БИК		
Сбербанк России ОАО, г. Москва		Сч.№		
Банк Получателя		БИК	044525225	
ИНН 7718766370		Сч.№	30101810400000000225	
КПП 771801001		Сч.№	40702810438180001886	
ООО Издательство «Профессиональная Литература» Вернадское ОСБ 7970 г. Москва		Вид оп.	Срок плат.	
Получатель		Наз.пл.	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:

- 1 **Название издания и номер данного счета**
- 2 **Точный адрес доставки (с индексом)**
- 3 **ФИО получателя**
- 4 **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: **podpiska@panor.ru**