

## Уважаемые подписчики!

Кризис, именуемый всемирным финансовым, так или иначе затронул все сферы человеческой деятельности и коснулся всех кого-то в большей, а кого-то в меньшей степени. К счастью, он практически не отразился на тираже нашего журнала, за что редакция чрезвычайно признательна вам, уважаемые читатели: вы не изменили журналу в трудное время. Мы хотели бы видеть вас в рядах подписчиков нашего журнала через полгода, год и через много лет. За вашу верность изданию мы решили поддержать вас, наших подписчиков, и сделать подарок — бесплатное электронное приложение журнала. Не менее интересные и полезные подарки редакция предполагает делать своим подписчикам каждое полугодие.

В первом полугодии 2009 г. Издательский Дом "ПАНОРАМА" дарит всем подписчикам журнала DVD-ROM "Свободный софт". На диске имеются информация обо всех издаваемых ИД "ПАНОРАМА" журналах и большая подборка бесплатных программ. Microsoft Office, Nero, WinRar — полнофункциональные бесплатные аналоги всех этих (и многих других) программ есть на предлагаемом вашему вниманию диске, которых более чем достаточно для подготовки к работе любого офисного или домашнего компьютера под управлением операционной системы Windows.

Если вы хотите перейти на бесплатную операционную систему Linux — к вашим услугам три варианта дистрибутива самой широко используемой на настоящий момент свободно распространяемой операционной системы Ubuntu Linux.

Во втором полугодии мы планируем предложить вашему вниманию обновленную подборку бесплатного программного обеспечения, а также большое количество материалов непосредственно по профилю журнала. Помимо статей и архива журнала за полугодие на диске будут размещены различные документы и информация, которая в силу разных причин (в основном из-за большого объема) не была опубликована на страницах нашего издания. Мы готовы разместить на диске различные необходимые материалы по вашим заявкам. Просим сообщить в редакцию журнала свои пожелания любым удобным для вас способом. Мы будем рады предоставить вам намного большее, чем раньше, количество информации за те же деньги.

По всем вопросам, в том числе юридическим, связанным с использованием программного обеспечения, представленного на наших DVD, обращайтесь в службу поддержки [support@panor.ru](mailto:support@panor.ru).

С наилучшими пожеланиями,  
редакция журнала «Врач скорой помощи».



**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. Брезицкий* (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](mailto:kafedrakf@mail.ru)

сайт: [www.intensive.ru](http://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»  
№ 6/2009**

Журнал зарегистрирован  
Федеральной службой  
по надзору  
за соблюдением законодательства  
в сфере массовых коммуникаций  
и охране культурного наследия.  
Свидетельство о регистрации  
ПИ № ФС 77-19470  
от 26 июня 2005 г.

Журнал  
распространяется через каталоги  
ОАО «Агентство «Роспечать» — индекс 46543  
и «Почта России» — индекс 24216  
(ООО «Межрегиональное  
агентство подписки»),  
а также путем прямой  
редакционной подписки

© ИД «ПАНОРАМА»  
издательство «МЕДИЗДАТ»  
Почтовый адрес редакции:  
ООО «Панорама», а/я №1, Москва, 125040,  
ИД «Панорама»  
125040, Москва,  
ул. Верхняя, д. 34, офис 502  
тел.: (499) 257-01-35

Адрес электронной почты редакции:  
[idp@yandex.ru](mailto:idp@yandex.ru)  
<http://vsp.medizdat-press.ru>

**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**

- В Горном Алтайске состоялась первая научно-практическая конференция для врачей стационаров, поликлиник и скорой медицинской помощи .....6  
 Отчет о проведении Российского национального конгресса «Человек и лекарство — 2009» ..10

**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СМП**

- А.И. Нихоношин*  
 Маленький город и проблемы инсульта ..... 12

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- А.Я. Заузолкова, М.Г. Феррапонтов, Н.В. Феррапонтова*  
 Купирование нарушений сердечного ритма в условиях скорой помощи .....16  
*Н.Д. Згинник*  
 Карта вызова скорой медицинской помощи .....18  
*О.И. Каганов, С.В. Козлов, Ю.Г. Кутырёва, И.Г. Труханова*  
 Результаты проведения озонотерапии в послеоперационном периоде пациентам при радиочастотной абляции метастазов печени .....19

**НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

- О.Б. Талибов*  
 Аптечка путешественника .....23  
*О.Б. Талибов*  
 Обморок .....28

**ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

- Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру ..... 33

**ДИССЕРТАЦИИ**

- Г.А. Нефедова*  
 Особенности танатогенеза при остром инфаркте миокарда .....36

**ОБЗОРЫ**

- Д.А. Ванюков*  
 Сердечно-легочная реанимация: обновление рекомендаций (обзор) .....45

**ЭТО ИНТЕРЕСНО**

- Татьяна Голикова — о социальной политике, госрегулировании в сфере занятости, лекарственном и пенсионном обеспечении в 2009 году .....53  
 Приказ №451н от 27 августа 2008 г. «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» .....56  
 Приказ Минздравсоцразвития России №112 от 13 марта 2009 г. «О подготовке врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в 2009 году» .....60  
 Конкурс молодых ученых МГМСУ или как мы ездили в Турцию .....65  
 «Вне зависимости. Откройте мир без курения» .....68  
 Свиной грипп: слухи чрезмерны .....70

100 лет Российскому научному медицинскому обществу терапевтов



**РНМОТ**

## **IV Национальный конгресс терапевтов**

(XX Съезд российских терапевтов)

В рамках Конгресса:

10-й ежегодный форум

**Скорая помощь 2009**



Москва,  
2–4 декабря 2009 года

## **Съезд терапевтов Юга России**

«Врач XXI века: сегодня и завтра»

Ростов-на-Дону,  
17–18 сентября 2009 года

# СКОРАЯ ПОМОЩЬ — 2009

## Глубокоуважаемые коллеги и друзья!

Сообщаем, что очередной десятый форум «Скорая помощь — 2009» состоится в Москве 2–4 декабря 2009 года. Это мероприятие впервые будет проводиться параллельно Национальному конгрессу терапевтов.

Организаторы конгресса: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Российское научное медицинское общество терапевтов, Всероссийское научное общество кардиологов, Всероссийское общество неврологов, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (ННПОСМП), Российское общество клинических исследователей, Научное общество гастроэнтерологов России, Российский государственный медицинский университет.

### **Основными направлениями предстоящего форума «Скорая помощь — 2009» будут следующие:**

1. Роль скорой и неотложной медицинской помощи в реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 года
  2. Новые клинические рекомендации и протоколы ведения больных на догоспитальном этапе
  3. Образование специалиста (врач, фельдшер, медицинская сестра) первичного звена: критерии знаний и стандарт их оценки
  4. Новая симуляционная технология обучения в неотложной медицине
  5. Стратегия профилактики и стратегия «высокого риска» в неотложной медицине
- Возможно, это станет первым мероприятием, в котором будут принимать участие все службы первичного звена здравоохранения, которые до сих пор не всегда работают дружелюбно, не имеют общих принципов ведения больных и не применяют единые стандарты.

Трибуна форума «Скорая помощь — 2009» позволит специалистам скорой помощи приобрести дополнительные клинические навыки, посетив научные симпозиумы и пленарные лекции ведущих терапевтов страны, а сотрудникам поликлиник и стационаров — узнать объективные трудности, с которыми постоянно сталкивается «скорая» и приобрести дополнительные сведения о клинике, диагностики и лечения неотложных состояний.

Особенностью предстоящего форума является то, что в его рамках впервые будут представлены клинические рекомендации по ведению больных с острыми состояниями на этапе скорой помощи, разработанные экспертами Минздравсоцразвития и согласованные с национальными научными обществами РФ.

На форуме будут представлен оборудованный класс для симуляционного обучения персонала «скорой», результаты новых клинических исследований лекарственных препаратов и правил их проведения на догоспитальном этапе.

Традиционно в программе форума будут обсуждаться вопросы организации работы «скорой», дискуссионный клуб для главных врачей станций, инновационные проекты Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи.

Программа форума и конгресса будут проходить параллельно в нескольких залах, что позволит в течение всех дней работы разным специалистам выбрать направления с учетом интересов и специфики работы.

### **В рамках Конгресса состоится конкурс молодых ученых по следующим номинациям:**

1. Лучшая работа в области патофизиологии и патогенеза болезней внутренних органов
2. Лучшая работа в области клинической терапии
3. Лучшая работа в области клинической фармакологии терапевтической патологии
4. Лучшая работа в области эпидемиологии
5. Лучшая работа в области неотложных состояний
6. Лучший стендовый доклад
7. Специальная премия жюри

А также состоится выставка современных достижений в области разработки и производства лекарственных средств, диагностического и лечебного оборудования, пособий для симуляционных классов, расходных материалов и новейшей медицинской литературы.

### **Приглашаем всех принять участие в работу форума «Скорая помощь — 2009».**

**Заявки на доклады и тезисы для публикации на форум «Скорая помощь — 2009» направлять в электронном виде по адресу: [kafedrakf@mail.ru](mailto:kafedrakf@mail.ru) (с пометкой «форум скорая помощь 2009»), справки по тел/факс: 8 (495) 969-47-02, 611-22-97, тел.: 8 (495) 611-05-60, 8-(903) 123-00-66**

**Адрес места проведения форума «Скорая помощь — 2009»**

**и «Национального Конгресса терапевтов 2009»:**

**Москва, проспект Вернадского, д. 84 (здание РАГС)**

**Секретариат Конгресса терапевтов: 117420, Москва, а/я 1,**

**НП «Дирекция »Национального Конгресса терапевтов«.**

**Телефон: (495) 518-26-70, e-mail: [congress@nc-i.ru](mailto:congress@nc-i.ru),**

**вся дополнительная информация на сайте: [www.cito03.ru](http://www.cito03.ru)**

**и на сайте НК терапевтов <http://www.nc-i.ru>**

*Президиум ННПОСМП*

## В Горном Алтайске состоялась первая научно-практическая конференция для врачей стационаров, поликлиник и скорой медицинской помощи

**1–2 апреля в столице республики Горный Алтай — Горном Алтайске состоялась первая научно-практическая конференция для врачей стационаров, поликлиник и скорой медицинской помощи. Конференция была организована Министерством здравоохранения республики Горный Алтай и Национальным научным обществом скорой медицинской помощи и посвящалась 110-й годовщине со дня организации скорой помощи в РФ.**

Среди участников были врачи и фельдшера скорой помощи, сотрудники стационаров и поликлиник многих городов и районных центров республики, а также директор ГУЗ «РЦМК» Чурута, главные врачи МУЗ «Майминская ЦРБ» Решетов А.Э. и МУЗ «Станция СМП Горный Алтайск» Решетов П.Э. и др. (суммарно общее количество слушателей составило более 200 человек).

Открывая конференцию министр здравоохранения республики Яимов Игорь Эжерович представил состояние и перспективы развития здравоохранения республики, особо отметив строительство новых медицинских учреждений, высокую обеспеченность врачевым персоналом, а также помощь и понимание проблем здравоохранения Правительством республики.

В преддверии конференции состоялся республиканский конкурс на лучшую бригаду

скорой помощи. В конкурсе приняли участие: городская станция СМП, 10 фельдшерских бригад отделений СМП ЦРБ и одна бригада межрайонной больницы. Качества конкурсных заданий проводилась комиссией в составе 6 человек под председательством зам. министра здравоохранения республики Тютенева В.А.

По итогам подсчета баллов лучшей стала бригада МУЗ «Скорая медицинская помощь» города Горно-Алтайска, на втором месте — бригада МУЗ «Майминская ЦРБ» и на третьем — бригады МУЗ Усть-Коксинской и Онгудайской ЦРБ. Были отмечены хорошие знания и профессиональные навыки фельдшерских бригад МУЗ Кош-Агачской и Улаганской ЦРБ. Все бригады отмечены денежными премиями и ценными подарками.

От имени ННОСМП, ее руководитель профессор Вёрткин А.Л. вручил диплом и кубок в честь 110-й годовщины со дня основания скорой помощи в РФ главному врачу МУЗ станция СМП город Горный Алтайск Решетову П.Э. Также от имени Общества были переданы на станции СМП районов республики новые информационные материалы, методические рекомендации и книги по оказанию неотложной помощи.

Особо следует отметить, что в республике Горный Алтай подобная конференция была проведена впервые, а ее результаты свидетельствуют о высокой потребности в инфор-



мации о новых возможностях лекарственной терапии и готовности врачей и организаторов здравоохранения к активному сотрудничеству.

Программа конференции включала вопросы образования терапевта, ургентной помощи при сердечно-сосудистых и легочных заболеваниях, травме, отравлениях, а также вопросы организации скорой помощи. В материалах, представленных на конференции, особое место уделялось новым клиническим рекомендациями по ведению больных с острым коронарным синдромом, гипертоническим кризом, нарушениям ритма сердца, инсультом, вопросы мультимодальной анестезии при тяжелой травме, обеспечением современным технологическим оборудованием и лекарственными препаратами при бронхообструктивном синдроме, острых алкогольно-ассоциированных состояний и др.

Было принято решение пересмотреть перечень лекарственных средств и медицинской техники, приобретаемой на скорую медицинскую помощь республики.

Особую роль в подготовке и проведении конференции сыграла зам. министра здравоохранения республики Тюхтенева В.А. Ее организаторские способности, желание совершенствовать здравоохранение, а также гостеприимство способствовало успеху конференции, а гостям — лучше познакомиться с красотой, народом и обычаями республики.

Было принято решение подобные конференции сделать ежегодными.

**Все дни проведения Российского национального конгресса «Человек и лекарство — 2009» были яркими, насыщенным и очень интересным. В программе было много образовательных симпозиумов, лекций, жарких дискуссий на актуальные темы по различным медицинским разделам — это и кардиология, и гастроэнтерология, и пульмонология, а также неврология, психиатрия, педиатрия.**

Наше внимание привлекло 2 симпозиума, подготовленные кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ, возглавляемой профессором Вёрткиным А.Л.

Первый доклад был посвящен проблемам и успехам скорой медицинской помощи в России и назывался «СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ОПЯТЬ НА ПОРОГЕ ПЕРЕМЕН».



На сегодняшний день тема оказания скорой и неотложной помощи злободневна. Почему? Потому что медицинский персонал этой службы чаще сталкивается с ургентной патологией, от их знаний, опыта зависит тактика ведения, сортировка, госпитализация, а нередко и жизнь больного человека. Что же оказывается на практике? Оказывается, что у скорой помощи множество проблем. Во-первых, это до сих пор сохранившиеся фельдшерские бригады, которые не могут адекватно осуществлять диагностику и лечебные мероприятия, во-вторых, это несоответствующее современным стандартам лекарственное обеспечение (сохраняется применение папаверина, анальгина, эуфиллина и др.), в-третьих, это отсутствие подготовки в вузах врачей, традиционность взглядов и многое другое.

#### Главные проблемы скорой медицинской помощи в РФ!

1. СМП муниципальная служба
2. Недофинансирование
3. Отсутствие подготовки в ВУЗах врачей
4. Преимущественно фельдшерская служба
5. Отсутствие единых правил приема и обработки вызовов
6. Отсутствие единой документации
7. Отсутствие единого информационного пространства
8. Традиционность взглядов
9. Другое (взаимоотношения, помещения и пр.)

Обо всех этих проблемах красочно, эмоционально и доступно рассказал руководитель национального научно-практического общества скорой медицинской помощи России профессор Вёрткин А.Л., знающий всю эту нелегкую ситуацию не по наслышке. Были освещены вопросы наиболее частой ургент-



ной терапевтической патологии (острый коронарный синдром, гипертонический криз, бронхообструктивный синдром), предложены тактические алгоритмы, начиная от правильных стандартизированных вопросов, которые следует задавать пациенту, до выбора препарата.

Также проводилась параллель между оказанием неотложной помощи в зарубежных странах и в России, к сожалению, не в нашу пользу.

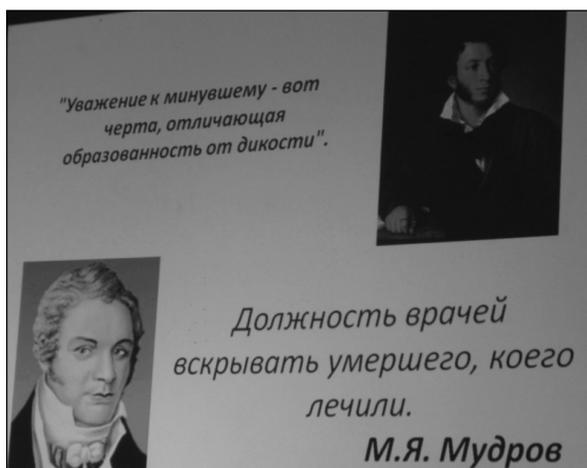
Сегодня мы имеем много проблем в здравоохранении. Однако после принятия национального проекта видны положительные сдвиги. Но не стоит забывать, что для оказания высокотехнологичной помощи больному, сначала надо оказать квалифицированную скорую медицинскую помощь. На мой взгляд, чем чаще эти проблемы будут обсуждаться в медицинской общественности, тем быстрее придет понимание и осознание необходимости качественной скорой медицинской помощи. И, возможно, смертность населения, главным образом от сердечно-сосудистой патологии, в России снизится.

«В СТАРЫХ КНИЖКАХ О СЕРДЦЕ ПИСАЛИ ТАК...» — СИМПОЗИУМ, ПОДГОТОВЛЕННЫЙ КАФЕДРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ, ФАРМАКОТЕРАПИИ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Несомненно, заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место в печальной статистике по смертности населения России. К сожалению, ориентируясь на ближайшие прогнозы, ситуация по этой проблеме неутешительная. Прогнозируется рост смертности от данной патологии. Практически каждый месяц в Москве проходят симпозиумы, на которых врачи получают информацию о новых методах диагностики и лечения болезней, в том числе и сердечно-сосудистых. Однако современная наука ориентирована на высокотехнологическую помощь, которая далеко не всегда доступна в регионах России и на периферии.

Пока это станет обыденным для всех, пройдет достаточно много времени. А что же делать сегодня? Профессор Вёрткин А.Л.





предлагает обратиться к старым медицинским книгам, по которым училась плеяда выдающихся ученых XX века. Возможно, соединив фундаментальное понимание клинической картины и пропедевтики, описанные в старых учебниках, и современные достижения науки, мы быстрее сдвинемся с мертвой точки в борьбе с сердечно-сосудистой патологией. Профессор Вёрткин А.Л. сопоставил патологоанатомические варианты сердца (гиперстенетическое, астеническое, волосатое, тигровое сердце и др.) и клинические особенности при различных заболеваниях. Оказывается, ранее фигура патологоанатома была ключевой в медицинской науке. К сожалению, сегодня роль этого врача несколько снижена.



На сегодняшний день патологоанатомические секции проводятся только в 30 % случаев, на которых редко присутствуют лечащие врачи, не говоря уже о студентах медицинских вузов и молодых специалистах (интерны, ординаторы).

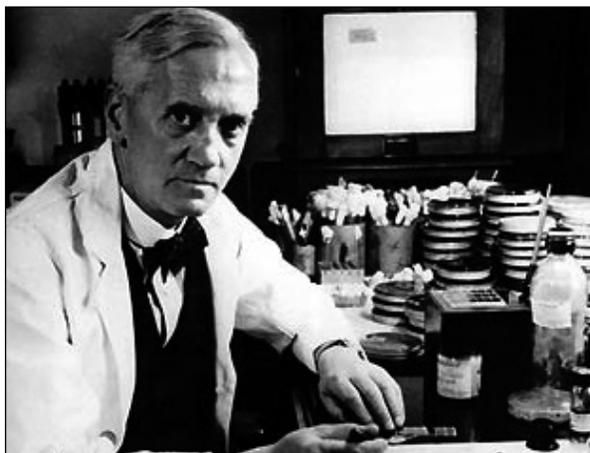
Профессор Вёрткин А.Л. в 50 ГКБ города Москвы, на базе которой находится возглавляемая им кафедра, возрождает традиции русской школы. Ежедневно проходят патологоанатомические секции, результаты которых обсуждаются всеми клиницистами и патологоанатомами на утренних врачебных конференциях.

Посетив данный симпозиум, понимаешь, что нельзя забывать традиции русской клинической школы и просто необходимо читать «старые книжки», чтобы стать хорошим клиницистом и образованным человеком.

## Отчет о проведении Российского национального конгресса «Человек и лекарство — 2009»

12 апреля в рамках XVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» прошел конгресс «Больше, чем антибиотик: новый подход к лечению самых частых терапевтических заболеваний», посвященный применению антибиотика клацида в клинической терапевтической практике. С 1928 г., когда по счастливой случайности А. Флемингом был открыт пенициллин, прошло более 80 лет. Однако тема антибактериальной терапии до сегодняшнего дня остается актуальной.

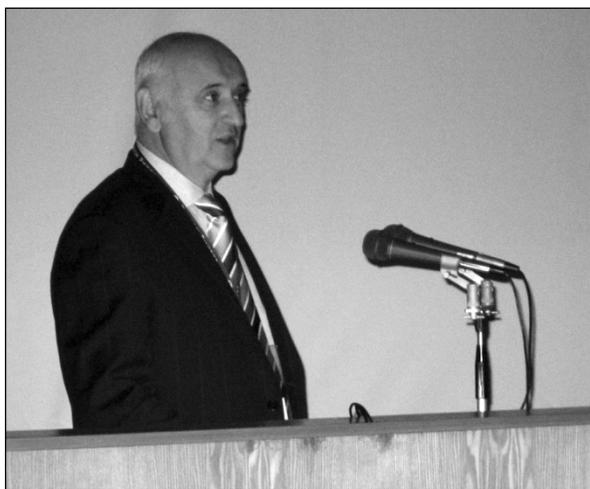
Почему? Наверное потому, что большая часть заболеваний вызывается тем или иным микробиологическим агентом и един-



*А. Флеминг*

ственным этиологическим лечением является применение антибиотиков. Эра антибактериальной терапии помогла человечеству избавиться от многих ранее считавшихся смертельными заболеваний. Но есть и другая сторона медали: бесконтрольный прием антибактериальных средств приводит к возникновению лекарственно устойчивых штаммов микроорганизмов, что утяжеляет течение и прогноз инфекционных заболеваний. Это обуславливает поиск и синтез новых антибиотиков. Сегодня предполагается, а в некоторых случаях и доказана, инфекционная теория многих, ранее считавшихся неинфекционными, заболеваний, таких как онкологические заболевания, атеросклероз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др. Поэтому актуальность выбранной темы для симпозиума является очевидной. Открыл симпозиум с обзорной лекцией по использованию клацида заведующий кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи профессор Вёрткин А.Л., где ярко обозначил место клацида в фармакотерапии различных нозологических форм.

Частные вопросы использования клацида в своих докладах осветили заведующий кафедрой ЛОР-болезней ММА им. И.М. Сеченова профессор Лопатин А.С. «Терапия ЛОР-заболеваний в практике терапевта: ну-



*А.Л. Вёрткин, профессор*



*А.И. Синопальников, профессор*



*И.В. Маев, профессор*



жен ли больше, чем антибиотик», посвященный приему клацида при риносинуситах, как одного из самых распространенных ЛОР-заболеваний, встречающихся в практике терапевта; профессор Синопальников А.И. «Пневмонии — новые возможности в терапии» и профессор Маев И.В. «Язвенная болезнь и гастрит — терапия №1». Действительно, распространенность пневмоний у терапевтических больных остается высокой в любых возрастных группах пациентов. Профессор Синопальников А.И. четко определил место для применения клацида при пневмониях.

Этот неомакролид занимает ведущее место в лечении пневмоний, вызванных атипичной флорой (хламидии, микоплазмы, легионеллы).

На сегодняшний день эти возбудители играют ведущую роль у молодого контингента и у лиц, находящихся в закрытых коллективах. А это достаточно большой пласт пациентов. Поэтому прием клацида для них очень актуален. А что говорить про терапию язвенной болезни, когда клацид входит в первую линию эрадикационной терапии *H. pylori*.

Этот симпозиум оказался интересным для практикующих врачей, так как клиницисты смогли получить полезную информацию по применению клацида как представителя макролидных антибиотиков в реальной клинической практике.

**Вероятно, полученная информация поможет клациду занять новое, достойное место в терапии наиболее распространенных инфекционных заболеваний.**

## НОВОСТИ

### **Болезни суставов будут лечить намагниченными стволовыми клетками**

Британские ученые разработали технологию восстановления суставного хряща с помощью намагниченных стволовых клеток.

Исследователи из Университета Кила создали магнитные частицы диаметром до двух микрометров, которые связываются с рецепторами на поверхности человеческих мезенхимальных стволовых клеток, получаемых из костного мозга или жировой ткани. Под действием магнитного поля частицы приходят в движение, деформируя клеточную мембрану и открывая в ней калиевые каналы. Ток ионов калия внутрь клетки запускает биохимические реакции, которые определяют, в какую ткань разовьется стволовая клетка.

Ученые ввели человеческие стволовые клетки с магнитными частицами на поверхности в ткани спины лабораторным мышам. Под действием магнитного поля клетки развились в хрящевую ткань. По словам руководителя работы Алишии эль-Хадж (Alicia El Haj), связывая магнитные частицы с другими рецепторами, можно превращать стволовые клетки в различные ткани.

В настоящее время исследователи планируют испытать методику на людях с подагрическим поражением коленных суставов.

Использованные в эксперименте микромагниты уже получили одобрение Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) для применения в лучевой диагностике. В организме они быстро распадаются и выводятся в виде нетоксичных соединений.

МедНовости

# МАЛЕНЬКИЙ ГОРОД И ПРОБЛЕМЫ ИНСУЛЬТА

**А.И. Нихоношин, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,  
главный врач ССМПСР  
г. Сатка**

## **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Цереброваскулярная болезнь и инсульт в настоящее время становятся основной медико-социальной проблемой

Смертность населения в мире составляет 4,7 млн. человек в год и занимает 2-е место после кардиальной патологии

Среди выживших больных 75-80% остаются инвалидами, только 20% могут вернуться к труду

Стоимость социальной реабилитации и восстановительного лечения одного больного составляет от 55 до 73 тыс. долларов в год



## **Структура станции СМП**

Структурные единицы	Подстанции	Численность обслуживаемого населения
г.Сатка	3 подстанции, включая центральную	49532
г.Бакал	Подстанция № 5	21757
п. Межевой	Подстанция № 6	10582
п.Бердяуш	Подстанция № 1	5109
<b>ВСЕГО:</b>	<b>6 подстанций</b>	<b>86980</b>



В России ежегодно регистрируется более 450 тыс. инсультов.

В Саткинском районе около 270, в пересчете на 1000 населения это соответствует 3 случаям в год. Общероссийский показатель заболеваемости инсультами составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год.



Стационарная неврологическая служба представлена двумя отделениями: одно в Сатке, другое в Бакале.

Саткинское неврологическое отделение имеет 45 коек (25 коек - круглосуточного пребывания, 20 коек - дневного пребывания). Из них: 8 сосудистых коек для инсультных больных.

Бакальское неврологическое отделение имеет 25 коек (20 - круглосуточного пребывания и 5 - дневного пребывания.), сосудистых коек не имеет.

Сосудистые койки перегружены, вместо 12 человек в год выписывается 16. Малое количество сосудистых коек – одна из основных проблем в обслуживании инсультных больных, которая сказывается на работе СМП. СМП испытывает трудности в госпитализации инсультных больных.

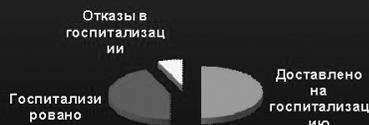


Скорая помощь существует в Сатке с 1962 года, как городская станция СМП. С 2002 года она была реорганизована в Муниципальное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи Саткинского района» и объединила 6 подстанций: 3 подстанции в Сатке (обслуживают 49532 населения), 1 подстанцию в г. Бакале (обслуживает 21757 населения), 1 подстанцию в п. Бердяуш (обслуживает 5109 населения) и 1 подстанция в п. Межевой (обслуживает 10582 населения). Всего скорая помощь Саткинского района обслуживает 86980 человек.



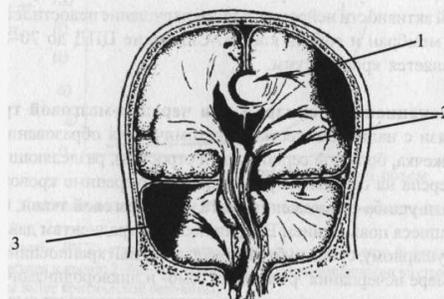
## **Госпитализация инсультных больных в неврологическое отделение.**

### Сравнительный анализ госпитализации



С уменьшением числа коек нарастает количество отказов в госпитализации. В связи с отсутствием мест в отделении скорая помощь вынуждена оставлять часть больных на дому, где они наблюдаются невропатологом и участковым терапевтом.

Критериями диагноза инсульта на догоспитальном этапе служат: внезапное появление общемозговых и/или очаговой симптоматики, то есть нарушение сознания, головная боль, тошнота, рвота, головокружение, параличи, парезы, расстройства чувствительности и речи.



Виды дислокаций мозга.  
1 — вклинение под фалькс; 2 — височно-тензоральное вклинение; 3 — вклинение в затылочно-шейную дуральную воронку.

Согласно стандартам обследования проводится на ДГЭ определение уровня сознания по шкале комы Глазго (ШКГ), неврологическое обследование, проводится пульсоксиметрия, глюкозотест, снимается ЭКГ. Обслуживание проводится врачом бригады и линейными (при отсутствии врача бригады). Специализированной неврологической бригады нет. На подстанции п. Бердяуш работает врач - совместитель – невропатолог по основной специальности. Во время своих дежурств неврологические вызова обслуживает он.

Согласно стандарта....



На ДГЭ проводится недифференцированная терапия. Согласно введенным *Стандартам* с 2004 года, она включает в себя: коррекцию артериального давления и первичную нейропротекцию:

- Для коррекции АД используется *эналаприлат* 1,25 мг/мл в/в струйно, *каптоприл* 20-50мг п/я. Не рекомендуется снижать АД ниже 180/90.
- *Сульфат магния* 25% 10,0 мл в/в капельно;
- *Глицин* в суточной дозе 1,0 г, рассасывать – для пациентов, находящихся в сознании.
- *Актовегин* 200-400мг в/в струйно.
- *Мексидол* 5% 2,0 мл в/в струйно.
- *Цитофлавин* 10-20 мл в/в капельно.

### ЭХО-ЭГ при полушарных инсультах

Вид	% смещения	величина смещения
кровоизлияние	90%	≥ 5 мм
инсультинфаркт без каротидной окклюзии	6%	≤ 2,5%
инфаркт на основе закупорки каротиды	22%	≥ 4 мм

**За период с 1 января по 31 декабря 2006г. рассмотрено 1573 случая ОНМК (1,24% от всех вызовов СП).**

**Мужчины – 688 (43,74%)  
Женщины – 885 (56,26%)  
Средний возраст – 67,9 лет**

**Больных обслуживали:  
бригады интенсивной терапии (БИТ) – 507(43,0%),  
линейные бригады – 671(56,9%)**

### Синдромы

**Наиболее частые синдромы ОНМК – неврологический и общемозговой.**

из них:

Гемипарез и гемиплегия (21,4%)
Слаженность носогубного треугольника (10,7%)
Дизартрия (9,7%)
Девияция языка (4,8%)
Моторная афазия (5,4%)
Зрительные нарушения (4,9%)
Мозговая кома (7,8%)
Судороги (1,8%)

### Местом вызова бригад СМП были:

Квартира 1078 (91,5%)	Улица 31 (2,6%)
Общественное место- 26(2,2%)	Дача 14 (1,2%)
Работа 18 (1,5%)	Поликлиника 11 (0,9%)

### «Терапевтическое окно»

Медикаментозное лечение в периоде «терапевтического окна» (3ч.) направлено на обеспечение жизнеспособности участков «ишемической полутени», в противном случае может произойти расширение очага поражения, увеличение неблагоприятных исходов и соответственно сроков пребывания в стационаре, стоимости лечения и сроков реабилитации.

В первые 3 часа за медицинской помощью обратилось 86,1% заболевших, в последующие 3 часа – еще 6,0%, до 12 часов – 3,6%, позднее 12 часов – 5,4%.

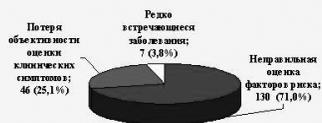
### Факторы риска

**АГ диагностировалась у 739(62,7%) больных.  
Гипотензивную терапию получали 643 (54,6%) больных.**

### Причины поздней госпитализации

**176 (14,9%) больных доставлены в стационар позднее 3 часов от начала заболевания**

**Причины диагностических ошибок**



В стационаре инсульт не подтвердился у 183 (22,6%) госпитализированных больных.

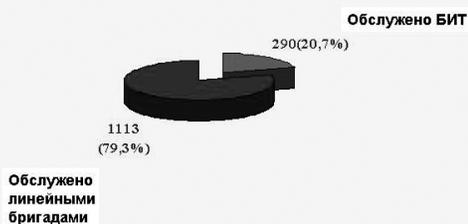
Неправильная оценка факторов риска составила у 130 (16,0%) больных: ДЗ, артериальная гипертензия, острая гипертензивная энцефалопатия, ИБС, СД, другие энцефалопатии.

Клиническую симптоматику интерпретировали неправильно у 46 (5,7%) больных с эпилепсией, травматическими гематомами, невритом лицевого нерва, онкологической патологией с метастазами в головной мозг и др.

**В первые часы ОНМК гипотензивная терапия применяется осторожно.**  
 Экстренное введение гипотензивных препаратов в первые часы инсульта не проводили, если САД не превышало 200мм.рт.ст.; ДАД – 110мм.рт.ст..

Пациентам с привычно низкими цифрами АД может потребоваться легкое снижение его даже при цифрах ниже 200/110мм.рт.ст.

**Профиль обслуживающей бригады**



Вызов БИТ на себя линейными бригадами – 283 (20,2%)

# КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Заузолкова А.Я., Ферапонтов М.Г., Ферапонтова Н.В.

МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», город-курорт Кисловодск

	2007 г.	2006 г.
Всего вызовов	65372	71818
Кардиологические заб-я	25559 – 39%	30568 – 42.6%
ИМ/кардиогенный шок	264/29 – 0.4%	278/33 – 0.3%
Стенокардия	1675 – 2.4%	2012 – 2.8%
Нарушения ритма	2012 – 3%	2381 – 3.3%
Отек легких	62	103
ГБ - криз	18730/2473 – 28.5%	22746/2277 – 31.6%

## Терапия на догоспитальном этапе пароксизма мерцания предсердий:

- Новокаинамид применялся в 50,5% всех случаев нарушения ритма
- Верапамил – 30,2%
- Кордарон – 3,6%
- Обзидан – 2,8%
- Купирование ангиального приступа - 12,8%

Более 60 лет	1088 – 54.1%
40-60 лет	600 – 30%
Менее 40 лет	72 – 3.6%
ИБС	62.4%
ГБ	37.6%
Госпитализация	70 – 3.4 %
Повторные вызовы	4.9%

## Купирование пароксизмальной тахикардии

- Верапамил – 74,6%
- Новокаинамид – 20,3%
- Обзидан – 2,5%
- Кордарон – 1,8%
- АТФ – 1,6%

- НРС – 2012
- 1760 – 87.5% - оказана медпомощь по поводу НРС
- 252 – 12.5 % - НРС не требующая оказания медицинской помощи (при других заболеваниях).
- МА – 1124 – 68,4%
- Пароксизмальная тахикардия – 472 – 23.5%
- Нарушения проводимости – 36 – 1.7%
- Желудочковые экстрасистолы – 116 – 5.8%
- Желудочковые тахикардии – 12 – 0.6%

## Помощь при желудочковых нарушениях ритма

- Лидокаин – 69%
- При нарушениях проводимости – Атропин 0,1% – 1,0 мл. – 1,7%

### Помощь при гемодинамически значимых нарушениях ритма

- Предсердные нарушения ритма: электрическая кардиоверсия, разряд от 200 ДЖ до 360 ДЖ
- Наджелудочковые нарушения ритма: разряд от 100 ДЖ
- Желудочковые нарушения ритма: разряд от 200 ДЖ до 360 ДЖ

### **Итоги работы**

- Оказание неотложной медицинской помощи проводилось с учетом НРС (монотерапия), а при повторных пароксизмах тахикардии учитывался опыт лечения предыдущих пароксизмов, что в большинстве случаев позволило купировать приступ на дому без последующей госпитализации

### **Итоги работы**

- Частота обращений по поводу НРС по сравнению с 2006 годом имела тенденцию к снижению (0.3%).
- Восстановление синусового ритма является наилучшим подходом к лечению больных с пароксизмальным НРС, т.к. снижается риск ишемического инсульта и смертельного исхода.

Введение кордарона в дозе 150мг в/в капельно, при НРС сопровождающих инфаркт миокарда с нормальным АД (при мерцательной аритмии) как в процессе скорой помощи на дому, так и во время транспортировки в стационар позволило предупредить развитие асистолии.

Лидокаин в качестве поддерживающей терапии при транспортировании больного в стационар не применялся, в силу малой эффективности. Препаратом выбора для купирования суправентрикулярной тахикардии считаем АТФ. Основным методом восстановления сердечного ритма, в случаях «гемодинамически значимых» аритмий, считаем ЭИТ.

# КАРТА ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Д. Згинник

МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Ставрополь

- Приказ МЗ СССР №1030 от 04.10.80г. «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

- Карта вызова скорой медицинской помощи – учётная форма 110/у

## Новая карта вызова

- Новая карта разработана на основании формы 110у и включает все разделы и пункты, предусмотренные данной формой.
- В новой форме наиболее полно представлены данные объективного обследования больного, кроме того, они удобны для заполнения, что необходимо в условиях ограниченного времени на догоспитальном этапе.

## Карта вызова скорой медицинской помощи (форма 110/у)

- Не соответствует требованиям нашего времени, морально устарела как с точки зрения соблюдения правовых норм, так и с точки зрения объективной оценки состояния пациента.

## Новая карта вызова

- В карту введены пункты, обоснованные ст. 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» об информированном отказе от медицинской помощи и госпитализации.
- Введены пункты, отражающие преемственность с другими ЛПУ, а также взаимодействие с органами УВД, Роспотребнадзором.

## Новая карта вызова

- В карту введены пункты, обоснованные ст. 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» об информированном отказе от медицинской помощи и госпитализации.
- Введены пункты, отражающие преемственность с другими ЛПУ (передачу больного дежурному врачу стационара), а также взаимодействие с органами УВД, Роспотребнадзором.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

О.И. Каганов, С.В. Козлов, Ю.Г. Кутырева, И.Г. Труханова  
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

## Резюме

В 2006–2008 гг. на базе ГУЗ СОКОД было выполнено 67 чрескожных РЧА колоректальных МТС печени под контролем УЗИ. В отделении гравитационной хирургии крови ГУЗ СОКОД в послеоперационном периоде 30 пациентам, которые вошли в основную группу исследования, был проведен курс озонотерапии (5 сеансов). Группу контроля составили 37 больных, которым в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, обезболивание с применением наркотических анальгетиков. У пациентов группы контроля в послеоперационном периоде на 2–3 сутки отмечалось повышение температуры в вечернее время в среднем до  $38,06 \pm 0,37^\circ\text{C}$ , продолжающееся в течение 4–5 суток, тогда как у пациентов основной группы температура повышалась лишь до субфебрильных цифр —  $37,13 \pm 0,07^\circ\text{C}$  ( $p < 0,001$ ). При исследовании общего анализа крови в группе контроля выявлен подъем лейкоцитов в среднем до  $15,22 \pm 1,86 \times 10^9$  л, а в основной группе данный показатель составил лишь  $10,45 \pm 1,75 \times 10^9$  л ( $p < 0,001$ ). Интенсивность болевого синдрома в группе контроля составила в среднем 3,15 бала, а в основной группе 1,33 ( $p < 0,001$ ) по шкале вербальных оценок (ШВО). Применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА колоректальных МТС печени позволяет снизить уровень интоксикации и уменьшить интенсивность болевого синдрома.

During the period from 2006 to 2008 years there were 67 transcutaneously RFA of livers' colorectal MTS under US control on the basis of Samara oncological Dispensary. At the Department of Blood Surgery 5 sittings of blood ozon-therapy were made to 30 patients, who

were included into the primary group of research. The control group consisted of 37 patients, where was transfusion, antibacterial therapy, anesthesia with application narcotic analgesics in the postoperative period. We observed the elevation of the temperature in average till  $38,06 \pm 0,37^\circ\text{C}$  in the evening hours on 2–3 days of a postoperative period at the control group, continuing during 4–5 days, whereas the temperature of patients in primary group was subfebrility —  $37,13 \pm 0,07^\circ\text{C}$  ( $p < 0,001$ ). The clinical blood examination revealed the elevation of leucocytes in average till  $15,22 \pm 1,86 \times 10^9$  /l in the control group, but in the primary group this index was only  $10,45 \pm 1,75 \times 10^9$  /l ( $p < 0,001$ ). The power of painful syndrome in control group was in average 3,15 grades, but in the primary group — 1,33 ( $p < 0,001$ ) by scale of verbal estimations. The application of the ozon-therapy in postoperative period at patients after RFA of livers' colorectal MTS allows us to lower the level of an intoxication and reduce intensity of a painful syndrome.

## Актуальность

Последнее десятилетие заболеваемость раком толстой кишки неуклонно растет (Чиссов В.И., Старинский В.В., 2000). Наиболее часто злокачественные новообразования ободочной кишки метастазируют в печень (Патютко Ю.И. с соавт., 1998, Doci R., 1991). Синхронные или метакронные метастазы (Mts) в печени выявляются у 16–40% больных, после проведенного хирургического лечения колоректального рака (Кузнецов Н.А. и др. 1998; Комов Д.В. и др., 2002, Nordlinger B. et al., 2001). Средняя продолжительность жизни больных при выявлении колоректальных метастазов по разным данным составляет 2–11 месяцев (Гранов А.М. и др., 1996; Stangl R et al., 1994).

Основным методом, позволяющим увеличить медиану выживаемости больных со злокачественными новообразованиями печени является хирургический. По данным различных авторов, оперативное вмешательство по поводу метастатического поражения печени удается выполнить лишь у 5–20% больных (Патютко Ю.И. и др., 1999; Колосов А.Е. и др., 2002; Steele G.Jr. et al., 1989).

С начала 1990-х г. во всем мире началось широкое внедрение нового метода лечения первичных и вторичных опухолей печени — радиочастотной абляции (РЧА) (McGahan J.P. et al., 1992;). В России первая операция РЧА Mts печени была выполнена в 2002 г.

РЧА является малоинвазивным методом, основанным на колебании заряженных частиц (диполей) при воздействии радиочастотных волн (Sewell P.E. et al., 2000). Радиочастотные волны занимают диапазон электромагнитного спектра от 10 кГц до 2,59 ГГц. При работе радиочастотного генератора переменный ток с частотой 350–500 кГц распространяется от кончика электрода в окружающие ткани, в результате чего возникают колебательные движения ионов, и температура ткани возрастает. При радиочастотной абляции температура ткани обычно не превышает 80–100°C, что приводит к формированию зоны коагуляционного некроза (McGahan J.P., 1992).

В послеоперационном периоде происходит резорбция в кровяное русло токсических компонентов из очага асептического некроза, что вызывает патологические симптомы различной степени тяжести: стойкое повышение температуры до 38°C, болевые ощущения в области операционной раны, выраженный лейкоцитоз (Taylor I., 1996). Для купирования данных симптомов больным назначались в послеоперационном периоде инфузионная, антибактериальная терапия, анальгетики.

### **Цель исследования**

Оценка результатов применения метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных при РЧА колоректальных Mts печени.

### **Материал и методы**

В 2006–2008 гг. на базе онкологического отделения (абдоминальная онкология) ГУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера (СОКОД) было выполнено 67 чрескожных РЧА колоректальных

Mts печени под контролем УЗИ. В отделении гравитационной хирургии крови ГУЗ СОКОД в послеоперационном периоде 30 пациентам, которые вошли в основную группу исследования, с целью купирования симптомов интоксикации был применен метод озонотерапии. 37 больных, которые составили группу контроля исследования, в послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия, с целью купирования болевого синдрома назначались наркотические анальгетики.

Озонотерапия — один из новых немедикаментозных детоксикационных методов лечения. Дезинтоксикационный эффект озона проявляется через оптимизацию микросомальной системы гепатоцитов и усиление почечной фильтрации (Белянин И.И. 1998). Метаболизм гепатоцитов так же претерпевает изменения под влиянием озона: в клетках печени происходит накопление цитохрома P-450, каталаз, увеличивается число гранул гликогена, являющихся важнейшими антиоксидантами, увеличивается выработка АТФ (Густов А.Б. с соавт., 1999). Благодаря взаимосвязанной деятельности этих механизмов происходит улучшение многих функций печени, в том числе и антитоксической. Важным свойством озона является бактерицидное, вирусоцидное, фунгицидное действие. Противовоспалительное действие озона основано на его способности окислять соединения, содержащие двойные связи, в том числе, арахидоновую кислоту и синтезируемые из нее простагландины (Максимов В.А. с соавт., 1998).

Больным обеих групп первым этапом было проведено радикальное хирургическое удаление злокачественной опухоли толстой кишки. После гистологического исследования опухоли в обеих группах была выставлена 1–3 стадия распространенности процесса по системе TNM (табл. 1). Группы сопоставимы между собой по стадии процесса и гистологическому типу опухоли ( $p > 0,05$ ) (табл. 2).

Прогрессия процесса, метастатическое поражение печени были выявлены в основной группе в среднем через  $15,27 \pm 6,83$  месяцев, а в группе контроля через  $13,59 \pm 6,49$  месяцев после первой операции на толстой кишке ( $t = -1,02$ ,  $df = 65$ ,  $p = 0,31$ ). По классификации L. Gennari (1984) распространенность метастатического поражения печени в обеих группах соответствовала I стадии. Средний возраст пациентов в основной группе соста-

Таблица 1

**Распределение больных после удаления первичной опухоли толстой кишки по классификации TNM**

Стадии распространённости процесса по классификации TNM	Количество больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
1 стадия	2	6,7	4	10,9
2 стадия	20	66,7	27	72,9
3 стадия	8	26,6	6	16,2
4 стадия	-	-	-	-
Всего больных	30	100	37	100

Примечание.  $\chi$ -критерий = 1,28; df = 2; p = 0,52.

Таблица 2

**Варианты гистологической верификации опухоли у пациентов с диагнозом колоректальный рак после удаления первичной опухоли**

Варианты гистологии	Количество больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкодифференцированная аденокарцинома	9	30,0	10	27,0
Умереннодифференцированная аденокарцинома	10	33,3	14	37,8
Высокодифференцированная аденокарцинома	11	36,7	13	35,2
Всего больных	30	100	37	100

Примечание.  $\chi$ -критерий = 0,31; df = 2; p=0,86.

вил 55,47±6,77 лет, тогда как в контрольной группе — 53,49±5,19 лет (t=1,35, df=65, p=0,18).

С первых суток после операции пациентам контрольной группы проводилась инфузионная терапия объемом до 2400 мл в течении 5–7 дней, профилактическое назначение антибиотиков цефалоспаринового ряда и наркотических анальгетиков для купирования болевого синдрома в течении 1–2 дней.

Пациентам основной группы с первых суток после операции проводился метод озонотерапии в количестве 5 сеансов. В отделении гравитационной хирургии крови ГУЗ СОКОД перед сеансом проводилось озонирование физиологического раствора в объеме 400 мл с подсоединенной одноразовой системой для внутривенных капельных инфузий с использованием аппарата «озонатор медицинский Медозонс БМ» (Н. Новгород). Аппарат был подключен к центральной системе подачи медицинского кислорода. Давление кислорода на входе в аппарат — 2 АТМ. Концентрация для озонирования раствора на выходе 5000 мкг/л. Время озонирования физиологического раствора 400,0 составляло 10 мин.

Затем раствор отключался от озонатора. Пациент находился в функциональном кресле или на кушетке. Пунктировалась периферическая вена, если уже установлен центральный катетер — система подключалась к нему. Внутривенное капельное введение озонированного физиологического раствора производилось в течение 15 мин.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием приложений Microsoft Excel и Statistica (StatSoft) версии 6.0. Для всех статистических методов критический уровень значимости принимался равным 0,05. Проверка полученных эмпирических распределений на нормальность проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. В случае подтверждения нормальности распределения нами использовались параметрические критерии. Уровень достоверности различий цифровых параметров определялся по критерию Стьюдента (p), рассчитывались величины вариационного ряда такие как: среднее арифметическое (X), среднеквадратичное отклонение (S), стандартную ошибку (±m). При несоблюдении условий применимости

критерия Стьюдента мы использовали непараметрические методы (критерий Манна-Уитни), в случае шкалы вербальных оценок. Сравнение распределения групп больных по стадиям распространенности процесса и гистологической верификации опухоли осуществлялось с помощью таблиц сопряженности, которые оценивались по  $\chi$ -критерию.

### Результаты исследований

У пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде на 2–3 сутки отмечалось повышение температуры в вечернее время суток в среднем до  $38,06 \pm 0,37^\circ\text{C}$ , продолжающееся в течение 4–5 суток, тогда как у пациентов основной группы температура повышалась лишь до субфебрильных цифр  $37,13 \pm 0,07^\circ\text{C}$  ( $t = -10,25$ ,  $df = 65$ ,  $p = 0,000$ ). У пациентов контрольной группы при исследовании общего анализа крови выявлен подъем лейкоцитов в среднем до  $15,22 \pm 1,86 \times 10^9$  л, а в основной группе данный показатель составил лишь  $10,45 \pm 1,75 \times 10^9$  л ( $t = -10,70$ ,  $df = 65$ ,  $p = 0,000$ ). Субъективно больные контрольной группы в послеоперационном периоде предъявляли жалобы на общую слабость, головокружение, тошноту, у больных основной группы данная симптоматика отсутствовала. Оценку интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде проводили с помощью шкалы вербальных оценок, среднее значение у больных 2 группы составило 3,15 бала, в 1 группе 1,33 ( $U = 129,00$ ,  $Z = 5,37$ ,  $p = 0,000$ ).

### Выводы

Применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА колоректальных Мтс печени оправдано и позволяет снизить уровень интоксикации и воспалительных явлений, уменьшить интенсивность болевого синдрома и сократить расход медицинских препаратов.

### Список литературы

1. Белянин И.И. Биологические и лечебные свойства озона: Авторизованный аналитический обзор. — М., 1998.
2. Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. Лечение первичного и метастатического рака // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1996. — Т. 1. — С. 30–37.
3. Густов А.Б., Котов С.А., Конторщикова К.Н., Потехина Ю.Л. Озоно-терапия в неврологии. — Н. Новгород, 1999.
4. Колосов А.Е., Журавлев В.А. Рак печени и прогноз для больных. — С-Пб., 2002. — 199 с.
5. Комов Д.В., Роцин Е.М., Гуртовая И.Б. Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени. — М., 2002. — 160 с.
6. Кузнецов Н.А., Зудин К.Н., Лотов А.Н. Гепатоцеллюлярный рак, метастазы злокачественных опухолей в печень // *Хирургия*. — 1998. — № 2. — С. 61–63.
7. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Коротаев С.Д. Озонотерапия: Пособие. — М., 1998.
8. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В. с соавт. Современные подходы к хирургическому лечению опухолей печени. *Вопросы онкологии*. — 1998. — № 5. — С. 580–583.
9. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения метастазов колоректального рака в печень // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. — С. 1–7.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В. Состояние онкологической помощи стран СНГ. — М., 2000.
11. Doci R., Gennari L., Bignami P. et al. One hundred patients with hepatic metastases from colorectal cancer treated by resection: analysis of prognostic determinant. *Brit J. Surg* 1991, 78, 7, 797–801.
12. McGahan J.P., Brock J.M., Tesluk H., Gu W.Z., Schneider P., Browning P.D. Hepatic ablation with use of radio-frequency electrocautery in the animal model // *J. Vase. Interv. Radiol.* — 1992. — Vol. 3. — P. 291–297.
13. Nordlinger B., Rougier P. Nonsurgical methods for liver metastases including cryotherapy, radiofrequency ablation, and infusional treatment: what's new in 2001 // *Curr. Opin. Oncol.* — 2002. — Vol. 14. — P. 420–423.
14. Sewell PE, Vance RB, Wang YD. Assessing radiofrequency ablation of non-small cell lung cancer with positron emission tomography (PET). *Radiology* 2000; 217 (3 suppl): 334.
15. Stangl R., Altendorf-Hofmann A., Charnley R.M., Scheele J. Factors influencing the natural history of colorectal liver metastases // *Lancet*. — 1994. — Vol. 343, № 8910. — P. 1405–1410.
16. Steele G.Jr., Ravikumar T.S. Resection of hepatic metastases from colorectal cancer. Biologic perspective // *Ann. Surg.* — 1989. — Vol. 210, № 2. — P. 127–138.
17. Taylor I. Liver metastases from colorectal cancer: Lessons from the past and present clinical studies. *Br. J. Surg.* 1996. 83. 456–460.

## АПТЕЧКА ПУТЕШЕСТВЕННИКА

**О.Б. Талибов, МГМСУ**

*Кант, как известно, практически не покидал Кенигсберг и сохранил завидную работоспособность до глубокой старости. Домоседами были и другие мыслители-долгожители: Гете, Ньютон, Селье, Пригожин... Ненавидели разъезды Черчилль и Эйнштейн.*

И все же социологическая модель, определяющая поведение людей в последние десятилетия, начинает диктовать совершенно иной образ жизни. Просто неприличным стало отдыхать там, где живешь. Сами понятия «отдых» и «отпуск» связываются с непременными поездками (от туристического круиза до изнуряющего высиживания положенного КЗОТом количества дней на даче). Чем выше вскарабкивается по социальной лестнице человек, тем чаще и тем регулярнее он должен куда-то уезжать. А это «куда-то» может вмещать в себя переезд через несколько климатических поясов или поясов часовых. Испытание, которым при этом подвергаются адаптационные резервы организма, легкой прогулкой никак не назовешь. К тому же, все сопутствующие поездке тридцать три удовольствия, начиная от общения с водителем такси и заканчивая особенностями региональной кухни, отнюдь не несут в себе явной пользы.

Очень часто, уезжая из дому на более или менее длительный срок, мы подсознательно пытаемся сохранить в неприкосновенности хотя бы незначительную часть собственного микромира, увозя в объемистых чемоданах вещи, ценность которых в краткосрочной поездке представляется, как минимум, сомнительной. Чем старше мы становимся, тем объемистее становятся наши чемоданы, и тем реже мы путешествуем с «зубной щеткой во внутреннем кармане пиджака». Чем старше мы становимся, тем более подверженным

болезням и адаптационным срывам становится организм. Потенциальные потребности в лекарствах растут и рано или поздно любой человек сталкивается с необходимостью брать с собой в поездку некую аптечку.

В последние годы популярные печатные издания сформировали целую концепцию «медицины путешествий». Сам термин является не вполне точным переводом английского «travel medicine». Дело в том, что слово «travel» не имеет столь выраженной романтической окраски, как в русском языке, а может обозначать как кругосветный круиз, так и разъезды заштатного коммивояжера. Таким образом «travel medicine» — это скорее медицина, ориентированная на людей, часто или надолго уезжающих из дому.

То же можно сказать и о другом понятии — «аптечке путешественников». Не существует, да и не может существовать неких универсальных рекомендаций по ее комплектации. Путешествие с целью взобраться на высоту более 8 километров по южной стене Лходзе слишком отличается от поездки в болгарскую деревню Равда, подразумевающей море, солнце, и прочие тихие радости жизни.

И в том, и в другом случае иметь с собой некий запас лекарств не помешает, но запас этот будет в корне отличаться (куда, к примеру, девать в Равде дексаметазон, поход без которого в горы может закончиться трагически).

Формирование списка лекарств, которые следует возить с собой людям, занимающимся той или иной разновидностью экстремального туризма — удел специалистов. Более того, списки эти существуют, перечни необходимых лекарств разработаны.

А вот состав «универсальной» аптечки, которая может неожиданно пригодиться практически в любых условиях, так толком и не

выработан, если, конечно же, не считать за таковую «автомобильную аптечку» с валидом, анальгином и некоторыми другими специфическими для постсоветского пространства медикаментами.

При формировании концепции такой аптечки следует отказаться от некоторого, присутствующего решению подобных вопросов буквализма. Совершенно необязательно таскать с собой ящичек с лекарствами, тем более, что вес такого ящичка может превысить любые разумные значения. Аптечкой следует считать перечень препаратов, каждый из которых является легкодоступным, максимально безопасным и относиться к категории так называемых ОТС-средств (over-the-counter; средства безрецептурного отпуска).

Перечень имеющихся в мире ОТС-препаратов безразмерно велик, однако лишь единицы из этого перечня демонстрируют на деле свою эффективность и незаменимость.

Человека, помногу и подолгу разъезжающего, разумнее снабдить не запасом лекарств на все случаи жизни, а максимально доступной информацией об этих лекарствах и о ситуациях, когда он может к лекарствам обратиться. Довольно трудно представить себе место, поездка в которое (если это, опять же, не сопряжено с экстремальным туризмом), делает невозможным приобретение лекарственных препаратов в ближайшей аптеке. К тому же чисто теоретически человеку, не страдающему каким-то редким заболеванием, сложно выдумать такое лекарство, которого бы он в этой аптеке не смог найти (об отсутствии в Америке корвалола будет сказано ниже). Справедливости ради следует заметить, что расположение иных дачных участков даже в Московской области превращает отдых на них в своего рода погоню за экзотикой и острыми ощущениями.

И все же ряд проблем заставляют многих, даже абсолютно здоровых людей запастись лекарствами. Так, на всякий случай.

### Проблема первая

**«Наши за границей».** Даже самый высокий уровень технологического развития общества в той стране, куда отправляются наши соотечественники, не гарантирует понимания сотрудниками аптеки русского языка. Увы, языковой барьер по-прежнему остается для многих непреодолимой преградой. И путь от понимания того, что под вывеской «Chemistry» скрывается отнюдь не магазин

химических реактивов до способности объяснить необученному русскому языку фармацевту свои потребности не так уж и прост. К тому же надежды на то, что в любой стране мира удастся достигнуть взаимопонимания на английском, тоже весьма эфемерны. Языковой барьер — проблема универсальная, начиная от некоторых стран Латинской Америки, где общаться с «гринго» могут не захотеть по принципиальным соображениям и, заканчивая бывшими союзными республиками, где по тем же принципиальным соображениям могут не захотеть понять русский, а английский там выучить еще не успели.

Но даже знание языка не страхует от проблемы недопонимания. Например, анальгин, существование без которого сограждан трудно себе представить, в ряде стран, где он все еще разрешен к применению, традиционно известен под названием дипирон (а то, что он к тому же и метамизол натрия обязан знать только специалист).

Следует еще понимать, что развитые страны во многом самостоятельно формируют собственные рынки медикаментов, и поиск в Америке именно тех французских препаратов, которые пациент принимал в России, порой оказывается попросту бессмысленным.

К тому же во многих странах (а для стран Запада это фактическое правило торговли лекарствами) продавать non-ОТС препараты без рецепта вам категорически откажут.

Обращение к врачу по поводу банальной простуды может обойтись в известную сумму, а покупка лекарств, этим врачом назначенных, в еще большую (хотя их эффективность порой может быть поставлена под сомнения).

Одним из «цивилизованных» способов решения этой проблемы является приобретение нормального страхового пакета, однако к подобной расточительности нам еще предстоит привыкать.

### Проблема вторая

**Дачный сезон.** Начать описание проблемы имеет смысл с упоминания о реальной недоступности какой-либо медицинской помощи в очень и очень многих сельских регионах. Поэтому дачные домики со временем часто превращаются в филиалы аптечных складов, перебирая содержимое которых можно как старых добрых знакомых встретить такие экзотические вещи как раунатин и теодибаверин, мепробамат и сульфадимезин. Привычка хранить все на «черный день» может

обернуться бедой, если этот день все же наступит и лекарство, прошедшее проверку временем в виде трех-четырёхкратного срока годности, найдет своего пациента. Поэтому манера складировать на даче старые вещи ни в коем случае не должна распространяться на лекарства.

Еще одной большой бедой дачных сезонов являются обострения и декомпенсации хронических болезней, возникающие при смене комфортной лени в условиях городской квартиры на лихорадочное окапывание шести соток малорентабельного, но все-таки собственного ранчо.

К примеру, артериальная гипертензия, которая на фоне привычного образа жизни успешно корректируется некоей тщательно подобранной монотерапией (то есть лечением одним препаратом), под влиянием здорового крестьянского труда может запросто выйти из-под контроля, вылившись в гипертонический криз. А купирование последнего и постоянная гипотензивная терапия — это две значительных разницы, которые требуют порой применения различных лекарств.

### Проблема третья

**Неизбежные трудности.** Даже в отсутствие болезни как таковой, длительные переезды могут быть сопряжены с неизбежными расстройствами. Например, многих людей банально укачивает. Вытерпеть поездку в автомобиле или перелет еще можно, а вот что делать, если предстоит круиз на теплоходе, отказаться от которого просто нет сил.

А перелет через несколько часовых поясов с достаточно большой вероятностью вызовет диссинхронию, которая, в первую очередь, проявится бессонницей. И если на отдыхе в принципе присутствует возможность отоспаться в более удобное время, то дальняя служебная поездка может существенно повредить интересам дела.

Возможны и другие варианты: поездка на дачу в период пылевого цветения при наличии соответствующей аллергии. Стопроцентная уверенность в развитии аллергической реакции нивелируется стопроцентной убежденностью в невозможности переноса поездки на менее тяжелый для аллергика сезон.

### Проблема четвертая

**«На полную катушку».** Варианты отдыха, предпочитаемые значительным количеством людей неявно или явно сопряжены с опреде-

ленной тягой к саморазрушению. Выпивка, грубые погрешности в диете, пережаривание на солнце, возрастающая сексуальная активность — все эти факторы, а вернее их возможные последствия, имеет смысл предусмотреть перед поездкой.

### Проблема пятая

**Несчастные случаи.** Вот эти случаи предусмотреть трудно. Уже договорившись, что поездки в экстремальные условия требуют «экстремального» медицинского прикрытия, следует заметить: на все случаи не напаешься. Бинтовать все места возможных ранений может просто не хватить бинта. И не таскаем же мы с собой постоянно йод и пластырь на случай порезов и ссадин.

Вероятность получить травму в поезде дальнего следования по большому счету не отличается от той же самой вероятности для вагона метро. Потому вряд ли имеет смысл уподоблять багаж сумке взводного санинструктора.

### Распространенные ситуации и необходимый минимум

#### Респираторная вирусная инфекция.

Готовиться к тому, что в поездке придется перенести ОРВИ следует в двух ситуациях: либо в период эпидемий, либо когда уже появились признаки продромы, а ехать надо. В этом случае с собой следует иметь жаропонижающий препарат (парацетамол или аспирин в зависимости от индивидуальных предпочтений и показаний), сосудосуживающие капли в нос; возможно применение комбинированных препаратов, содержащих парацетамол и псевдоэфедрин (но следует учитывать, что их применение требует условий минимального комфорта — по крайней мере, возможности растворить порошок в горячей воде).

В остальных случаях вряд ли стоит везти с собой ненужный груз — в конце концов, парацетамол можно купить везде.

#### Расстройства пищеварения.

Спрогнозировать вероятность развития неприятных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта можно при поездке в регионы со специфическими особенностями питания и низкокачественной питьевой водой, при резком изменении привычного рациона (добавление большого количества фруктов, изменение характера пищи). К лекарствам,

назначение которых не обязательно согласовывать с врачом, относятся: активированный уголь (при подозрении на пищевое отравление), ферментативные препараты (при погрешностях в диете<sup>1</sup>), слабительные растительного происхождения (при запорах). Применение ставшего довольно популярным лоперамида (при поносе) сопряжено как с риском развития побочных эффектов самого препарата, так и с риском пропустить серьезную кишечную инфекцию, но в некоторых форс-мажорных случаях без него просто не обойтись.

### **Похмельный синдром.**

Лиц, которые считают алкогольные возлияния непременным компонентом любой поездки, следует предостеречь от использования аспирина и парацетамола в качестве средств для «приведения себя в порядок». Прием аспирина, особенно утром натощак, угрожает уже травмированной алкоголем слизистой желудка. Прием в той же ситуации парацетамола связан с риском токсического воздействия на печень.

Надо заметить, что и прием витаминных препаратов малоэффективен при лечении последствий острой алкогольной интоксикации.

### **Повышение сексуальной активности.**

Изменение сексуальной активности, связанное с поездкой, которое раньше традиционно называлось «случайными сексуальными связями», как и прежде грозит риском заражения и риском приобретения нежелательной беременности. И в том и в другом случае значительный профилактический эффект имеет использование презервативов. Следует лишь посоветовать, запастись этими предметами профилактики заранее, не столько из опасения того, что их может не оказаться под рукой в нужный момент, сколько из соображений безопасности: не очень приятно столкнуться с контактной аллергией на спермицидный препарат или местный анестетик, которыми могут ока-

<sup>1</sup> Один из авторов впервые в жизни принял две таблетки фестала после того, как в пражском ресторане не сумел отказать себе в удовольствии попробовать знаменитое «ресепо верегево колепо». Лекарство было принято исключительно в профилактических целях, когда дух любопытного гурманства угомонился и уступил место косервативным профессиональным соображениям.

заться покрыты купленные «по случаю» презервативы. Кроме того, аллергическая реакция может развиваться и на недостаточно качественный латекс.

Еще одной из возможных неожиданностей, поджидающих европейского туриста в некоторых азиатских странах является прева-лирование презервативов меньшего, нежели в Европе диаметра.

Женщинам, не пользующимся гормональной контрацепцией или внутриматочными спиралями имеет смысл проконсультироваться у гинеколога на предмет возможного использования посткоитального контрацептива (например, постинора). Следует лишь помнить, что лекарство это можно применять лишь в качестве «аварийной помощи».

Вряд ли разумными представляются советы иметь с собой антибиотик «на всякий случай», для профилактики заболевания. Назначить препарат для активной профилактики венерического заболевания при высоком риске заражения может только врач.

### **Бессонница.**

Расстроенный сон, почти что облигатно связан с диссинхронией при перелете через несколько часовых поясов. К сожалению, надежных способов борьбы с бессонницей при смене биологических ритмов не существует. Единственным выбором является применение снотворных препаратов (золпидем или золпиклон). Необходимо помнить, что никакие снотворные не относятся к категории ОТС-средств — поэтому их прием следует согласовывать с врачом.

### **Транспортное укачивание.**

Меклозина гидрохлорид (бонин) и дименгидрат (драмина) — препараты, обладающие антигистаминным, противорвотным и седативным действием, которые можно рекомендовать для профилактики укачивания. Оба лекарства относятся к средствам безрецептурного отпуска, однако следует иметь в виду, что их категорически нельзя принимать при беременности. Кроме того, эти лекарства потенцируют действие алкоголя.

### **Региональные инфекции.**

Естественно, невозможно возить с собой антибиотики на все случаи жизни, да и привиться ото всего вряд ли удастся. Однако следует знать, с какими инфекционными или

паразитарными заболеваниями можно столкнуться в той или иной стране. Выезжающим в тропики следует иметь прививки против дифтерии, столбняка и полиомиелита, гепатита В. При поездках в страны Африки (к югу от Сахары) и Латинской Америки обязательна прививка против желтой лихорадки. При совершении хаджа (паломничества в Мекку) желательна пройти антименингококковую вакцинацию. При поездках в Сибирь следует помнить о вероятности заражения клещевым энцефалитом.

Кроме того, при поездке в регионы с неудовлетворительным качеством питьевой воды рекомендуется иметь при себе средства для ее обеззараживания (аквасепт, гидрохлоразон).

### **Травмы.**

При выезде в места, отдаленные от цивилизации (в нашем случае это дачный участок) следует иметь при себе небольшой набор средств оказания первой помощи: бинт (лучше индивидуальный перевязочный пакет), лейкопластырь, йод, перманганат калия. При поездках в места более «цивилизованные» достаточно нескольких полосок бактерицидного лейкопластыря.

### **Аллергия.**

Лицам, подверженным аллергическим реакциям, протекающим без угрожающих жизни явлений, достаточно иметь при себе антигистаминный препарат (желательно, чтобы это было лекарство не влияющее на ЦНС, например, лоратадин).

С большими сложностями сталкиваются пациенты, у которых в анамнезе имелись анафилактические реакции (например, на укусы насекомых). Отечественная аптечная сеть не предлагает шприц-тюбиков с адреналином; однако именно своевременное введение последнего может оказаться жизненно важным при начальных симптомах развития анафилактического шока. Поэтому больные, подверженные анафилаксии, должны иметь при себе шприц и ампулы с раствором адреналина.

### **Хронические заболевания.**

Лица, страдающие хроническим заболеванием, должны возить с собой запас необходимых для постоянного приема медикаментов. Менять лечение самостоятельно, к тому же находясь вне дома — не самая

удачная идея. К тому же не все лекарства, которые с успехом назначают в России, можно купить в других странах. Отсутствие в США корвалола, валокордина, капель Вотчала и некоторых других, привычных отечественному потребителю препаратов уже породило целый сегмент черного лекарственного рынка. Поэтому при длительных выездах и наличии определенной степени приверженности к проводимому лечению, следует узнать, будут ли доступны принимаемые лекарства в той стране, куда выезд планируется.

Более драматичной может оказаться ситуация, когда самостоятельный прием определенных категорий лекарств может оказаться деянием уголовно наказуемым. В США, например, уголовное преследование может быть начато в случае ввоза в страну даже минимальных количеств анаболических стероидов.

Кроме того, страдающим заболеваниями с риском развития расстройства сознания следует иметь при себе карточку с кратким описанием имеющейся патологии. Это касается больных эпилепсией, диабетиков, людей, подверженных синкопам и т. д.

При наличии имплантированных устройств (кардиостимулятор, кардиовертер) необходимо иметь краткую документацию с их описанием.

**Наконец нужно помнить, что современные средства обеспечения безопасности полетов предусматривают «просветку» пассажиров не только на предмет наличия у них металлических или взрывчатых веществ, но и на предмет материалов — источников радиации. В том случае, если вы недавно подвергались исследованию с применением какого-либо радиоактивного материала (это может исследование щитовидной железы или сердца, например), следует быть готовым к тому, что службы безопасности заподозрят вас в попытке пронести на борт «грязную бомбу». Для избежания подобных эксцессов лучше заранее заготовить необходимую справку и заранее (!), т. е. еще до «просветки» предъявить ее — времена нынче беспечальные и превентивный огонь на поражение начали открывать уже не только в зонах локальных боевых конфликтов...**

## ОБМОРОК

О.Б. Талибов, МГМСУ

Обморок, он же на языке официальной медицины синкопе или синкопальное состояние — это кратковременное нарушение сознания, как правило, приводящее к падению. Слово синкопе имеет греческое происхождение («syn» — «с, вместе»; «korpein» — «отрезать, обрывать»), позже это слово перекочевало в латинский язык — synsora, из которого оно пришло в музыкальную терминологию (синкопа). Однако в клинической медицине для обозначения патологических состояний принято пользоваться терминами, этимологически связанными с греческим языком, поэтому более верным является все-таки слово «синкопе».

В ряде случаев развитию обморока предшествует разнообразная симптоматика, которую называют липотимией (слабость, потливость, головная боль, головокружение, нарушения зрения, шум в ушах, предчувствие неминуемого падения), но чаще синкопы развиваются внезапно, порой на фоне «полного благополучия». При этом наличие предвестников обморока не похоже на ауру, сопровождающую эпилептические припадки. Предвестники обмороков носят более «земной» характер и никогда не выражаются в виде причудливых ощущений: запаха роз, слуховых галлюцинаций и т. д.

Иногда пациенты с привычными обмороками при появлении липотимии могут успеть сесть или лечь, наносят себе болевые раздражения (щиплют себя или закусывают губу), стремясь избежать потери сознания. Нередко это удается.

Вот как описывались обморочные состояния и их причины сто лет назад: *«Причину бывает обыкновенно что-нибудь неприятное для зрения или обоняния; какой-либо предмет или зрелище, внушающее отвращение; всякое насилие, хотя бы легкое, напр., удар,*

*особенно по голове или по груди; качание на качелях или верчение кругом; продолжительная или очень сильная боль; чрезмерное горе или чрезмерная радость; слишком долгая ходьба без пищи; потеря крови; жестокий понос; огорчение или гнев; внезапный переход из лежачего в сидячее или стоячее положение; стояние на коленях; теплые ванны; жаркие комнаты; многолюдные собрания, или сидение спиной к огню, особенно за обедом; все это вызывает эту внезапную временную потерю сил и угнетение жизненных сил с внезапным побледнением, холодным потом, очень слабым пульсом или исчезновением лучевого пульса, с полным почти прекращением дыхания и потерю сознания, называемую обмороком.»<sup>1</sup>*

Длительность потери сознания при обмороке, как правило, составляет 15–30 секунд, реже затягивается до нескольких минут. Затяжные обмороки могут вызывать существенные затруднения при попытке отличить их от других болезней, которые могут сопровождаться расстройствами сознания.

Не каждый раз можно отличить от обморока эпилептический припадок. При длительном обмороке, как и при припадке, могут отмечаться подергивания мышц туловища, лица. Единственно, больные с обмороком никогда не выгибаются в дугу подобно натянутому луку — у них не бывает того, что называется генерализованными судорогами (одновременное судорожное сокращение множества мышц).

Причиной обморока является внезапно развившееся уменьшение поступления крови в головной мозг. При резком снижении мозгового кровотока уже шести секунд может оказаться достаточно для того, чтобы произошло

<sup>1</sup> И. Лори «Гомеопатическая домашняя медицина», С.-Пб., 1904.

выключение сознания. В основе этого происшествия может лежать несколько причин:

- рефлекторное снижение тонуса артерий или нарушение работы сердца, сопровождающееся уменьшением количества изгоняемой из него крови;
- нарушения ритма сердца (резкие брадикардия или тахикардия, кратковременные эпизоды остановки сердца);
- изменения сердца, в результате которых появляются расстройства кровотока внутри сердечных камер (пороки).

Вероятные причины обмороков различны в различном возрасте. У людей более старшего возраста в первую очередь следует заподозрить нарушения в сосудах, питающих головной мозг (сужение этих сосудов, вызванное атеросклерозом), либо разнообразные заболевания сердца. Для молодых более характерны обмороки, развивающиеся как бы в отсутствие изменений сердца и сосудов — чаще всего это обмороки, в основе которых лежат нарушения функционирования нервной системы или психические нарушения.

Примерно в одной трети всех случаев причину обморока так и не удается выяснить, несмотря на проводимое обследование.

Одним из механизмов развития обморока является так называемый ортостатический<sup>1</sup> механизм, своеобразная расплата человека за прямохождение. Принципом ортостатических расстройств является недостаточное поступление крови к мозгу вследствие победы силы притяжения и скапливания крови в нижних частях туловища. Это происходит либо вследствие недостаточного сосудистого тонуса, либо при уменьшении объема крови, находящейся в кровеносном русле.

Повторные обмороки в положении стоя могут быть у людей, долго страдающих сахарным диабетом так как при этом нарушается иннервация сосудов (автономная диабетическая нейропатия), при болезни Паркинсона, при недостаточности функции надпочечников (снижается количество гормонов, отвечающих за поддержание артериального давления).

Уменьшение объема циркулирующей крови может быть вызвано как кровотечением, так и уменьшением объема жидкой части крови (например, сильное потение на жаре, повторяющиеся поносы, обильная рвота).

<sup>1</sup> От греческого *orthos* — прямой и *stasis* — стояние.

У беременных женщин за счет несоответствия количества крови потребностям «удвоившегося» организма также проявляется склонность к обморокам.

Ортостатические реакции способен провоцировать алкоголь, употребляемый в чрезмерных дозах, и некоторые лекарства.

О лекарствах, способных вызвать кратковременную потерю сознания следует сказать отдельно.

В первую очередь это препараты, уменьшающие артериальное давление: лекарства, принимаемые для расширения сосудов и мочегонные. При назначении таких лекарств врач предупреждает, что давление может снизиться чрезмерно, поэтому не следует после первого в жизни приема лекарства долго ходить или попросту долго стоять.

Наиболее частыми являются реакции на препараты, в основе которых лежит нитроглицерин — поэтому принимать их всегда следует с большой осторожностью.

Отдельно хочется предупредить: нитроглицерин — это препарат, предназначенный для лечения стенокардии. Универсальным средством для лечения всех случаев он отнюдь не является. У больных же в момент развития обморока иногда появляется чувство сдавления в области сердца, колющая боль и другие неприятные ощущения в грудной клетке. Нитроглицерин, второпях сунутый под язык, только усугубит и без того неприятную ситуацию. Поэтому в большинстве случаев развития обморока давать его не следует, а если потребность в этом лекарстве не вызывает сомнений, то требуется хотя бы приблизительно оценить уровень артериального давления. При низком давлении, наличие которого можно заподозрить по таким признакам как пульс слабого наполнения, холодная и влажная кожа, нитроглицерин противопоказан.

Препараты, применяемые для лечения нарушений эрекции у мужчин (силденафил, варденофил и тадалафил) также могут способствовать развитию ортостатических реакций. Особо указывается на опасность их одновременного приема с нитроглицерином — совместное применение этих средств может очень резко снизить уровень артериального давления в сосудах за счет резкого расширения последних.

Иной механизм задействован в основе нейрорефлекторных обмороков, появление которых связано с раздражением тех или

иных рефлексогенных зон. Сработавший рефлекс вызывает урежение частоты сердечных сокращений и расширение сосудов, что в конечном итоге приводит к снижению кровотока в головном мозге.

Рецепторы нервной системы, раздражение которых может привести к обмороку разбросаны по всему организму.

Раздражение уха воронкой на приеме у ЛОР-врача — одна из типичных причин обмороков в медицинских учреждениях.

На шее, недалеко от угла нижней челюсти, в месте, где раздваивается общая сонная артерия, находятся синокаротидные клубочки, раздражение которых может вызвать потерю сознания. Эта неприятность в первую очередь касается мужчин с короткой шеей, которым консервативный дресс-код предписывает тугое застегивание воротничков, сопровождаемое еще и затягиванием галстука. Мужчины же могут страдать еще и от раздражения этой зоны бритвой. Когда-то выделялся даже «симптом цирюльника».

Как не странно, но тяжелые украшения (массивные серьги или цепочки) тоже могут спровоцировать обморок, давя или иногда просто прикасаясь к чрезмерно активной рефлексогенной зоне.

Повышение давления в грудной клетке, возникающее при кашле, чихании или натуживании становится причиной обморока у людей с чрезмерно восприимчивыми рецепторами, находящимися в легких. С этим же связана дурнота, иногда возникающая при плавании брассом.

Рефлекторная импульсация из кишечника, возникающая вследствие банального метеоризма, вызвав пусть даже кратковременное расстройство сознания, заставляет думать о серьезной катастрофе брюшной полости. То же можно сказать и о рефлексах из мочевого пузыря при его перерастяжении вследствие задержки мочеиспускания (связанной с болезнью или даже произвольной). С мочевым пузырем связан и такой неприятный обморок как обморок, возникающий у мужчин в момент мочеиспускания. Анатомически мочеиспускательный канал у мужчины в несколько раз длиннее чем у женщины, сопротивление току мочи опять же выше, да и причины для повышения этого сопротивления находятся чаще (аденома предстательной железы, например). И тогда, пережив несколько потерь сознания, мужчине приходится приноравли-

ваться к возникшей ситуации (например, осуществлять мочеиспускание сидя).

Совсем уж «романтично» выглядят синкопальные состояния, развивающиеся на фоне эротической стимуляции или на фоне оргазма. Увы, они связаны не с эмоциональным взрывом, а с активацией рефлексогенных участков половых органов.

Кроме расширения сосудов и снижения сердечного выброса причиной потери сознания могут быть и нарушения сердечного ритма. Из всех ситуаций эти — наиболее опасны для пациента, так как представляют наибольший риск для жизни. Дело в том, что некоторые расстройства ритма, исходно не приводящие к остановке сердца, могут через несколько секунд или минут стать причиной потенциально смертельного нарушения, когда волокна сердца «дергаются» в разных направлениях, не осуществляя сколь-либо координированной деятельности и не прогоняя кровь по сосудам. Такое расстройство называется «фибрилляцией». Отсюда следует, что любые нарушения сердечного ритма, ставшие причиной нарушения сознания должны рассматриваться очень серьезно и быть причиной для госпитализации в стационар с целью как углубленного обследования, так и выбора лечения или, даже, оперативного вмешательства.

Заболевания сердца и легких, выводящие преходящие расстройства сознания — достаточно неоднородная группа болезней. Это могут быть и поражения клапанов сердца, при которых происходит нарушение внутрисердечного кровотока и нарушения в области легких, когда препятствие нормальному кровотоку возникает уже в области малого круга кровообращения.

Наконец, к обморочным состояниям могут приводить и поражения сосудов, непосредственно питающих головной мозг. Причиной обмороков становятся как внутринные преграды току крови (крупные атеросклеротические бляшки, например), так и сдавление крупного сосуда чем-то извне (гипертрофированная или отечная мышца, опухоль).

Согласно нынешним представлениям, не все кратковременные расстройства сознания принято относить к группе синкопальных состояний.

Несинкопальной является природа потери сознания при эпилептическом припадке, тепловом или солнечном ударе, гипервентиляционном расстройстве (остром приступе па-

ники, сопровождающемся глубоким и частым дыханием).

Отдельно выделяется такая болезнь как синкопальная мигрень. Будучи сходной с мигренью по своему главному проявлению — головной боли, она имеет одно принципиальное отличие. Если приступ классической мигрени разрешается тоже классически — сильной тошнотой и рвотой, приносящей немедленное облегчение, то при синкопальной мигрени апофеозом приступа становится не рвота, а обморок. Очнувшись, пациент понимает, что головная боль куда-то улетучилась или почти улетучилась.

Установлению причины синкопальных состояний во многом может помочь правильный сбор жалоб и истории заболевания. Ключевые моменты, которые следует оценить, при этом следующие.

1. Установление позы, в которой развилось синкопе (стоя, лежа, сидя).

2. Уточнение характера действий приведших к синкопе (стояние, ходьба, повороты шеи, физическое напряжение, дефекация, мочеиспускание, кашель, чихание, глотание). Такой, например, редкостный диагноз как миксома (опухоль, растущая в просвет сердца на тонкой ножке) может быть заподозрен, если синкопе развивается при повороте с боку на бок. Это происходит потому, что достаточно свободно «болтающаяся» в просвете камер сердца опухоль при определенных положениях может перекрывать ток крови через клапан сердца). При синкопальных состояниях, стереотипно возникающих при дефекации, мочеиспускании, кашле или глотании, говорят о ситуационных обмороках. Ситуация, когда синкопе бывает связано с запрокидывание головы назад (как если бы пациент хотел посмотреть на потолок или на звезды) носит красивое название «синдром Сикстинской капеллы» и может быть связана как с сосудистой патологией, так и с гиперстимуляцией синокаротидных зон. Синкопальные состояния, возникающие во время физического напряжения, позволяют заподозрить наличие стеноза выносящего тракта левого желудочка.

3. Предшествовавшие события (передача, эмоциональные реакции и т. д.).

4. Выявление предвестников синкопе (головная боль, головокружение, «аура», слабость, нарушения зрения и т. д.). Отдельно следует выяснить наличие таких симптомов как тошнота или рвота перед потерей сознания. Их отсутствие заставляет задуматься о возможности развития нарушений ритма сердца.

5. Уточнение обстоятельств самого синкопального эпизода — длительность, характер падения (навзничь, «сползание» или медленное опускание на колени), цвет кожных покровов, наличие или отсутствие судорог и прикусывания языка, наличие расстройств внешнего дыхания.

6. Характеристики разрешения синкопе — наличие заторможенности или спутанности сознания, непроизвольное мочеиспускание или дефекация, изменение цвета кожных покровов, тошнота и рвота, сердцебиение.

7. Анамнестические факторы — семейный анамнез внезапной смерти, заболеваний сердца, обмороков; наличие в анамнезе заболеваний сердца, легких, метаболических расстройств (в первую очередь — сахарного диабета и патологии надпочечников); прием лекарственных препаратов; данные о предыдущих синкопе и результатах обследования (если проводилось).

Во всех случаях развития обморочных состояний бывает необходимо сделать электрокардиограмму (если не немедленно, то в дальнейшем). Дело в том, что ряд болезней, которые могут вызвать нарушение ритма сердца, приводящее к потере сознания, выявляется именно при ЭКГ. В худшем варианте потеря сознания может быть дебютом развития инфаркта миокарда, диагноз которого также ставится на основании кардиограммы.

Для подтверждения ортостатического происхождения синкопе можно провести элементарную пробу при измерении артериального давления. Первое измерение проводится после пятиминутного пребывания пациента в положении лежа на спине. Затем пациент встает, и измерения проводятся через 1 и 3 минуты. В случаях, когда снижение систолического давления более чем на 20 мм рт. ст. (либо ниже 90 мм рт. ст.) фиксируется на 1 или 3 минутах, пробу следует считать положительной. Если показатели снижения давления не достигают указанных величин, но к 3-й минуте давление продолжает снижаться, следует продолжать измерения каждые 2 минуты либо до стабилизации показателей, либо до достижения критических цифр. Естественно, эту пробу должен проводить врач.

Даже в случае если обычная проба с измерением давления не дала результата, подозрения на ортостатическое происхождение обмороков всю равно могут остаться. Для окончательного решения сомнительного вопроса выполняется «тилт-тест» (от англий-

ского to tilt — наклонять). Пациент укладывается на стол и крепится к этому столу так, чтобы при наклоне стола он оставался в своеобразном «распятом» положении. Стол наклоняется, пациента как бы «ставят» на ноги, при этом определяя изменения артериального давления во время перевода в вертикальное положение. Быстрое снижение артериального давления (а в редких случаях развитие предобморочного состояния) подтверждают диагноз ортостатического синкопе.

Измерение артериального давления должно проводиться на обеих руках. В случае, если разница превышает 10 мм рт. ст., можно заподозрить наличие аортоартериита, синдрома подключичной артерии или расслоение аневризмы в области дуги аорты — то есть болезней, каждая из которых способна приводить к неравномерному кровотоку в системе головного мозга и каждая из которых требует медицинского вмешательства. В норме у любого человека разница давления может достигать 5–10% на двух руках, но если эти различия стали больше, выросли или появились впервые в жизни, имеет смысл обратиться к врачу.

**Лечение.** Вазовагальные обмороки и другие проявления нейрорефлекторного синдрома требуют исключительно мер общего характера — следует поместить пациента в место по возможности прохладное, с открытым доступом свежего воздуха, расстегнуть тесную одежду или сдавливающие аксессуары (ремень, ворот, корсет, бюстгалтер, галстук), придать ногам возвышенное положение. Поворачивание головы на бок с целью профилактики западения языка допускается только при уверенности в отсутствии поражения подключичных, сонных и позвоночных артерий.

Нанесения болевых раздражителей (пощечины, к примеру), как правило, не требуется — пациент вскоре приходит в сознание сам. В затянувшихся случаях ускорить возвращение сознания может помочь ватка с нашатырем, поднесенная к носу, либо просто щекотание слизистой носовых ходов. Последние два воздействия приводят к активации сосудодвигательного и дыхательного центров.

В ситуации когда развитию обморока привело предшествующее обильное потение, следует попросту восполнить объем жидкости — обильное питье. Универсальным средством лечения послеобморочной слабости является чай — жидкость + кофеин, поддерживающий сосудистый тонус и сердечный выброс + сахар, необходимый с учетом возможной гипогликемии (низкого содержания глюкозы в крови).

Большинство синкопальных состояний не требуют специфической лекарственной терапии. Склонным к ортостатическим реакциям молодым больным может быть рекомендовано увеличение количества соленых продуктов, изредка назначаются препараты, поддерживающие сосудистый тонус.

**Госпитализация.** Не требуется помещать в стационар пациентов с «привычными» или «ситуационными» обмороками, ранее обследованных, не вызывающих беспокойства за дальнейший прогноз.

Госпитализации с целью уточнения диагноза подлежат пациенты с:

- подозрением на заболевание сердца, в том числе с изменениями на ЭКГ;
- развитием синкопе во время нагрузки;
- семейным анамнезом внезапной смерти;
- ощущениями аритмии или перебоев в работе сердца непосредственно перед синкопе;
- рецидивирующими синкопе;
- развитием синкопе в положении лежа.

Госпитализации с целью лечения подлежат пациенты с:

- нарушениями ритма и проводимости, приведшими к развитию синкопе;
- синкопе, вероятно вызванным ишемией миокарда;
- вторичными синкопальными состояниями при заболеваниях сердца и легких;
- наличием острой неврологической симптоматики;
- нарушениями в работе постоянного пейсмейкера;
- повреждениями, возникшими вследствие падения при синкопе.

**Кафедра клинической фармакологии,  
фармакотерапии и скорой медицинской помощи  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета,  
Национальное научно-практическое общество  
скорой медицинской помощи (ННПОСМП)**

**объявляют конкурс на получение грантов  
на обучение в клинической ординатуре**

**Целью** данной программы является оказание поддержки новому креативному поколению и будущим ученым-медикам путем предоставления им возможностей для профессионального роста в процессе практической, научной и преподавательской деятельности.

**Гранты** позволят предоставить всем желающим возможность прохождения клинической ординатуры на базе стационара СМП, апробировать новые научные идеи на базе крупнейших, современных и хорошо оборудованных клиник МГМСУ и приобрести опыт практической, научно-исследовательской работы и преподавания в клинической ординатуре и в дальнейшем в аспирантуре.

Во время обучения номинанты получают возможность участия в крупнейших российских и международных научных форумах, познакомиться со всемирно известными учеными, вести лечебную работу, принимать участие в клинических разборах больных, а также работать в двух крупных научных обществах: «Национальном научно-практическом обществе скорой медицинской помощи» и «Междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции» и редколлегиях журналах «Неотложная терапия», в рецензируемом журнале «Врач скорой медицинской помощи».

За время прохождения ординатуры предоставляется возможность пройти международные курсы GCP, публиковать материалы своих научных исследований в ведущих российских и зарубежных журналах.

Номинанты, отлично владеющие английским языком, получают также возможность участия в международных многоцентровых исследованиях новых лекарственных препаратов на догоспитальном этапе и в работе европейских конгрессов.

### **Темы научных направлений на кафедре**

1. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.
2. Мультимодальная анестезия в неотложной помощи. Боль на догоспитальном этапе.
3. Гендерные особенности течения терапевтических заболеваний.
4. Диабетическая автономная нейропатия.
5. Остеопороз в терапевтической и стоматологической практике.
6. Артериальная гипертония беременных.
7. Эректильная дисфункция.
8. Приобретенные гормональные нарушения у мужчин и женщин.

Практическая и научная работа ведется в отделениях терапевтического, гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического профиля, в отделениях общей реанимации и кардиореанимации.

**Руководство научной работой** осуществляют пять профессоров кафедры. Руководит кафедрой заслуженный деятель науки РФ, Лауреат премий Совета министров СССР и мэрии Москвы, президент Национального научно-практиче-

ского общества скорой медицинской помощи и Междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции, главный редактор журналов «Неотложная терапия», «Врач скорой помощи», «Терапевт», профессор А.Л. Вёрткин.

Грант предусматривает полную или частичную оплату обучения в ординатуре по специальностям «Терапия» и «Клиническая фармакология».

Главная мотивация получения гранта — это реальная перспектива — для клинических ординаторов — получить специализацию по различным разделам терапии, тематическое усовершенствование, специализацию и сертификацию по клинической фармакологии с возможностью дальнейшего обучения в аспирантуре и выполнения кандидатской диссертации.

## Гранты присуждаются на конкурсной основе

### Условия конкурса

#### I тур.

Написание эссе на темы (на выбор):

- «Мой учитель».
- «Почему я выбрал профессию врача?»
- «Мой первый пациент».
- «Врач — это призвание?»
- «Случай из моей практики».

**Правила** написания эссе (не более 6 страниц, только печатный текст, шрифт 12 п, тема выбирается одна из предложенных). Эссе должно содержать только мысли автора, рисунки и фото приветствуются.

1. Текст должен быть развернутый, но достаточно компактный.
2. Составленный с опорой на общемедицинские понятия.
3. Опирающийся на факты общественной жизни и собственный жизненный опыт.
4. Представляющий свою позицию по данному вопросу.
5. Аргументированный, с ссылкой на авторов и литературу.

Строго обязательно: представление собственной точки зрения; раскрытие проблемы на теоретическом уровне с корректным использованием медицинских терминов; аргументация своей позиции с опорой на факты общественной жизни или собственный опыт. Эссе должно содержать большое количество информации, поэтому особое внимание следует обратить на его структуру. Вы можете раскрыть тему, разделив свой ответ на три отдельные части. В первой части речь может идти о вашем прошлом опыте работы. Во второй части — рассказ о ваших целях и планах на будущее. В третьей части вы должны остановиться на самой теме, выбранной вами для написания эссе, которую вы раскрываете. Рассказывая о своем опыте, вы должны подчеркнуть, как ваш опыт, цели и поступки связаны с вашим решением получить грант на обучение.

## II тур (только после прохождения первого)

1. Навыки работы на компьютере.
2. Собеседование с профессорами кафедры, тестовый контроль, клинический разбор больных.
3. Перевод медицинской литературы. Владение иностранным языком обязательно (английский, немецкий, французский).

Заявки принимаются как от граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, так и от граждан ближнего и дальнего зарубежья. Кандидаты должны владеть русским языком в устной и письменной форме.

*Соискатель может подать только одну заявку на участие в данном конкурсе.*

Заявки принимаются до 31 мая текущего года (по почтовому штемпелю) вместе с эссе. Заявку и эссе можно выслать и в электронном виде. Конкурсные работы становятся собственностью конкурсной комиссии, не рецензируются и не возвращаются.

### Адрес:

**127453, Москва, Делегатская, 20/1 МГМСУ.**

**Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и СМП**

**E-mail: kafedrakf@mail.ru (оригинал заявки с подписью по почте),**

**факс: 8 (495) 611-22-97.**

**тел.: 8 (495) 611-05-60, 8 (903) 123-00-66.**

*Всем желающим удачи и везения!*

## ОБЪЯВЛЕНИЕ



## Национальное научно-практическое общество врачей скорой медицинской помощи



### Глубокоуважаемые коллеги!

С 2002 г. в интернет-пространстве существует сайт Национального научно-практического общества врачей скорой медицинской помощи ([www.intensive.ru](http://www.intensive.ru)). Появление новых технологических возможностей позволяет создать новый, более современный и интересный сайт с рабочим названием [www.cito03.ru](http://www.cito03.ru).

Новый сайт будет развивать информирование специалистов неотложной медицины о последних достижениях в науке и практике, конгрессах, форумах по неотложной помощи, обеспечивать дистанционное обучение и др. На сайте будет представлена информация о новых стандартах оказания медицинской помощи при различных неотложных состояниях, клинических рекомендаций и протоколов ведения больных.

На сайте будут публиковаться электронные версии журналов общества («Врач скорой помощи», «Терапевт», «Неотложная терапия»), методические рекомендации и результаты многочисленных клинических исследований, проводимых обществом, креативные лекции, образовательные программы и разборы больных для расширения медицинской эрудиции врачей первичного звена здравоохранения.

# ОСОБЕННОСТИ ТАНАТОГЕНЕЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

**Г.А. Нефедова**

**Работа выполнена в Московском научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одно из основных заболеваний человека, значительно ухудшающее качество жизни и приводящее к летальному исходу (Беринская А.Н. и соавт., 1958; Кактурский Л.В., 1982; Лукомский П.Е., 1964; Fagin D., 1966; McQuay N., 1955; Терновой С.К. и соавт., 2003). Статистические исследования свидетельствуют о том, что более 50% населения в возрасте от 65 лет страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. В России, по данным разных авторов, ежегодно ишемическая болезнь сердца диагностируется у 2,8–5,8 млн человек, смертность же составляет до 30% общей смертности (Ганелина И.Е. и соавт., 1968; Goldberg R.J. и соавт., 1988). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) — заболевание, которое может закончиться выздоровлением больного без вмешательства врачей, и наоборот, привести к смерти, несмотря на все их усилия. Однако между этими крайностями находится многочисленная группа больных, судьба которых зависит от своевременного вмешательства врача и использования современных методов лечения (Мазур Н.А., 1985; Руда М.Я., 1977). Поиск путей снижения летальности от ОИМ является постоянным стимулом для анализа летальных исходов с учетом новых возможностей современных методов лечения и представляет собой актуальную проблему современной медицины.

Несомненно, что основными факторами, определяющими исход ОИМ, являются: распространенность стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (КА) с тромботической окклюзией просвета или без нее; обширность некроза, влияющая на степень нарушения функции ЛЖ и являющаяся основным фактором, определяющим летальность и выживаемость; а также выраженность и степень компенсации сопутствующей патоло-

гии: гипертонической болезни, сахарного диабета, ожирения и др.

В то же время имеются сведения, свидетельствующие о том, что все вышеперечисленные условия не всегда могут объяснить летальность и выживаемость при ОИМ. Далеко не во всех случаях летального исхода от ОИМ обнаруживаются распространенный стенозирующий атеросклероз КА, окклюзирующий просвет тромб, значительное количество летальных исходов происходит при небольшой площади ОИМ (Беляев А.А., 2001; Руда М.Я., 1977; Терновой С.К., 2003). Несмотря на прогресс в медикаментозном лечении, активном внедрении методов интервенционной кардиоангиологии и хирургического вмешательства (Бузиашвили Ю.И. и соавт., 2002; Иоселиани Д.Г. и соавт., 2003), цифры летальности от ОИМ остаются неизменными и достаточно высокими. Объяснить причину этого пока не удастся.

В 1925 г. ленинградский патологоанатом Георгий Владимирович Шор представил обоснованную концепцию о смерти человека, в которой поставил перед патологоанатомами задачу глубокого анализа причин и механизмов наступления смерти в конкретных условиях, обосновал необходимость клинико-анатомического анализа предпосылок невозможности в этих условиях дальнейшей жизни, изложил пути изучения механизмов смерти больного человека. Г.В. Шор (1925) подчеркивал, что «главнейшей задачей танаологии должно быть выяснение всех условий, приведших к смерти организм, как индивидуальное целое».

В настоящее время анализ всех условий наступления смерти с учетом разных этапов болезни, как правило, не проводится, а заключение о причине смерти часто носит статистический характер. Этого недостаточно ни

для клиницистов, ни для патологоанатомов, так как не дает представления о причинах летального исхода у данного конкретного больного. Изучение зарубежной литературы по данному вопросу свидетельствует о том, что вопросы танатологии в широком смысле не являются предметом обсуждения. Анализ летальных исходов чаще проводится в связи с изучением влияния новых подходов к лечению острого инфаркта миокарда (Flather M., et al., 1996, Reynolds G., et al., 1996).

Таким образом, вопросы, касающиеся механизмов развития смертельных осложнений при ОИМ, до сих пор остаются спорными. Несмотря на многочисленные клинико-анатомические исследования, аспекты танатогенеза в основном сведены к основному заболеванию либо непосредственной причине смерти. Однако изучение танатогенеза, как считал Г.В. Шор, является «той частью танатологии, которая направлена к практической деятельностью врачей, и которая разрабатывает меры предупреждения фатальных осложнений болезни».

**Цель исследования** — выявление особенностей танатогенеза при остром инфаркте миокарда в зависимости от обширности его, степени и распространенности атеросклеротического поражения коронарных артерий в свете поиска путей снижения летальности.

### **Задачи исследования**

1. Определить обширность (площадь) и особенности локализации острого инфаркта миокарда в зависимости от распространенности и тяжести атеросклеротического поражения коронарных артерий.

2. Оценить особенности морфогенеза острого инфаркта миокарда в зависимости от распространенности атеросклеротического поражения коронарных артерий.

3. Выявить основные факторы, определяющие развитие смертельных осложнений острого инфаркта миокарда: наружный разрыв сердца, аритмический шок, истинный кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность.

4. Выделить основные механизмы танатогенеза с учетом обширности острого инфаркта миокарда, особенностей поражения коронарного русла сердца и роли других заболеваний на основе клинико-анатомического анализа.

### **Научно-практическая значимость работы**

Впервые на основе сопоставления площади острого инфаркта миокарда и выраженности и распространенности стенозирующего атеросклероза коронарных артерий представлены механизмы развития основных смертельных осложнений, обоснованы особенности танатогенеза с учетом роли других заболеваний, что способствует поиску путей снижения летальности от острого инфаркта миокарда. Обширный острый инфаркт миокарда (более 50% рабочей поверхности левого желудочка) чаще возникает в условиях тяжелого атеросклеротического стеноза всех ветвей коронарных артерий. Необширный острый инфаркт миокарда (менее 30% рабочей поверхности левого желудочка), как правило, развивается при локальном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей коронарных артерий.

При развитии обширного острого инфаркта миокарда летальный исход наступает от истинного кардиогенного шока, либо острой левожелудочковой недостаточности. При развитии необширного острого инфаркта миокарда летальный исход в половине наблюдений наступает от наружного разрыва сердца, реже — тромбоэмболических осложнений (12%) либо декомпенсации другого заболевания (13%). При развитии острого инфаркта миокарда с площадью поражения 30–50% рабочей поверхности левого желудочка летальный исход чаще наступает от аритмического шока.

В большинстве случаев острый инфаркт миокарда, завершающийся летально, развивается при сочетанном атеросклеротическом стенозе двух либо трех ветвей коронарных артерий, в трети случаев — при изолированном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей, чаще передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Частота тромбоза существенно уменьшается с увеличением числа пораженных ветвей, а также с вовлечением в атеросклеротический процесс их средних и дистальных сегментов.

Темпы формирования демаркационной зоны при остром инфаркте миокарда зависят от его площади и от степени выраженности и распространенности стенозирующего атеросклероза в коронарных артериях. При необширном инфаркте миокарда (в условиях изолированного атеросклеротического стеноза одной из ветвей коронарных арте-

рий) демаркационная зона формируется раньше; при многососудистом поражении коронарных артерий — позднее, особенно в условиях декомпенсации других соматических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Дано обоснование необходимости обязательного (а не желательного, как принято в настоящее время) включения в патологоанатомический диагноз рубрики «клинико-анатомический эпикриз», в котором на основе клинико-анатомического анализа должны быть изложены представления о механизмах танатогенеза данного конкретного умершего.

### **Материалы и методы исследования**

Изучены 180 наблюдений летальных исходов от острого инфаркта миокарда за период с 1998 по 2005 г. (все вскрытия произведены автором). Исследования проводили на материале объединенной прозектуры НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, в которой концентрируются умершие в институте и нескольких городских клинических больницах, имеющих специализированные кардиологические отделения. Во всех случаях ОИМ был диагностирован клинически. Все больные были полноценно обследованы с помощью клинических, функциональных и лабораторных методов, необходимых для больных кардиологического профиля. Всем пациентам проводили интенсивную лекарственную терапию. Из исследуемого материала исключены случаи, в которых применялись методы современной интервенционной кардиоангиологии и хирургического лечения. В анализ вошли только те наблюдения, в которых на аутопсии была выявлена четкая граница некроза, т. е. сроки ОИМ во всех случаях превышали 18 часов.

Детально изучали распространенность и степень стеноза коронарных артерий (КА) по сегментам. Степень стеноза просвета КА определяли на поперечных срезах каждого сегмента артерии путем визуальной оценки бляшки, выступающей в просвет. Использовали коронарографическую классификацию атеросклеротических поражений артерий, предложенную в 1974 г. Ю.С. Петросяном и Л.С. Зингерманом: 0 — без сужения просвета, 1 — умеренный стеноз до 50% площади просвета — гемодинамически незначимые стенозы, 2 — выраженный стеноз от 50 до

75%, 3 — резкий стеноз свыше 75%, 4 — резкий стеноз до 90% (гемодинамически значимые стенозы), 5 — атеросклеротическая окклюзия или обтурирующий просвет тромб. Определяли характер атеросклеротического поражения КА, тип коронарного кровоснабжения сердца.

Во всех случаях проводили микроскопическое исследование миокарда и коронарных артерий: после фиксации материала в 10% растворе нейтрального формалина, забуференном по Лилли, и заливки в парафин, срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по ван Гизону, по Лие (ГОФП). Гистохимическое исследование включало выявление нейтральных жиров (жировым красным О), гликогена (PAS-реакция), фибрина (MSB).

Во всех исследуемых случаях проводился детальный клинико-анатомический анализ данных истории болезни и результатов секционного и гистологического исследований. В 80% наблюдений аутопсии обсуждались на клинико-анатомических конференциях.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Данные проведенного анализа 180 умерших от ОИМ свидетельствуют о том, что в большинстве случаев (77,8%) больные умирали от обширного острого инфаркта миокарда (площадь более 30% рабочей поверхности ЛЖ) (рис. 1). В подавляющем большинстве случаев (78%) обширность ОИМ обусловлена тяжелым атеросклеротическим стенозом всех ветвей КА.

Фиброзные и кальцинированные атеросклеротические бляшки, суживающие просвет на 75–90% площади, выявляли во всех сегментах пораженных КА, в дистальных отделах, в ветвях второго порядка (рис. 2).

Однако в 22,2% случаев больные умирали от необширного ОИМ (менее 30% рабочей поверхности ЛЖ). Чаще, в 67,5% этих случаев, он развивался при изолированном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей КА (рис. 3). Атеросклеротическая бляшка, иногда единственная, суживающая просвет на 75–90% площади, как правило, локализовалась в проксимальном сегменте пораженной КА. Дистальные отделы артерии, а также другие ветви КА не были стенозированы более 50% площади просвета, т. е. имели гемодинамически незначимые стенозы.

180 летальных исходов были условно разделены на 3 группы по количеству поражен-

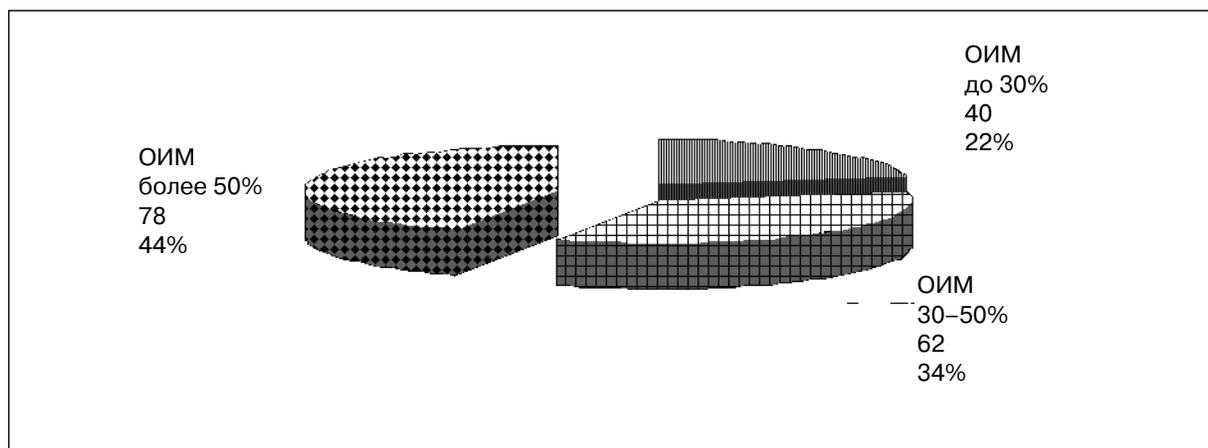


Рис. 1. Частота ОИМ в зависимости от его площади

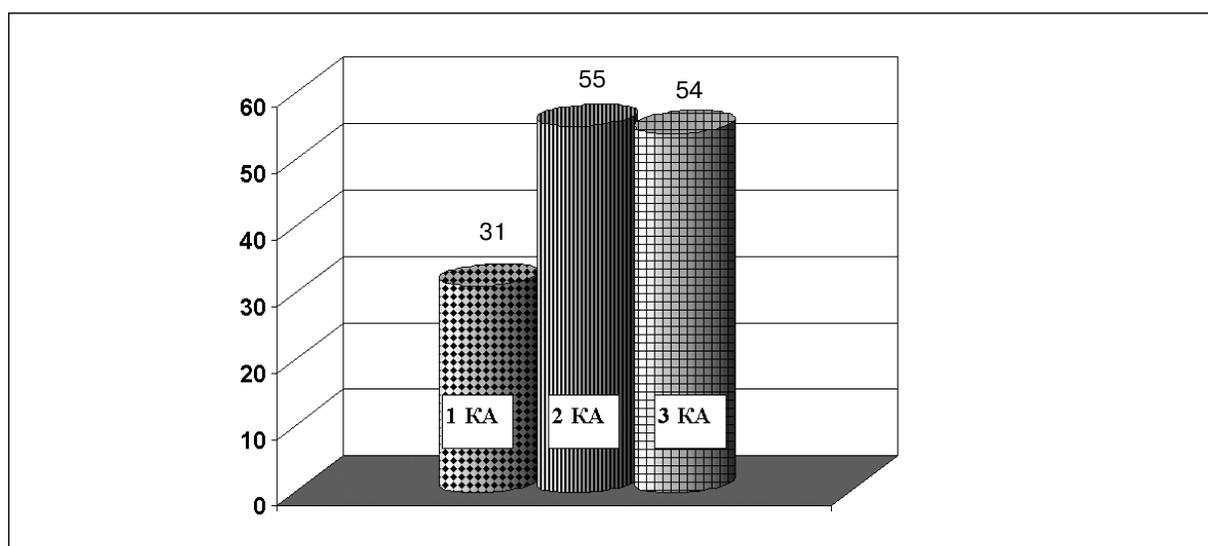


Рис. 2. Распространенность стенозирующего поражения КА при ОИМ площадью более 30%

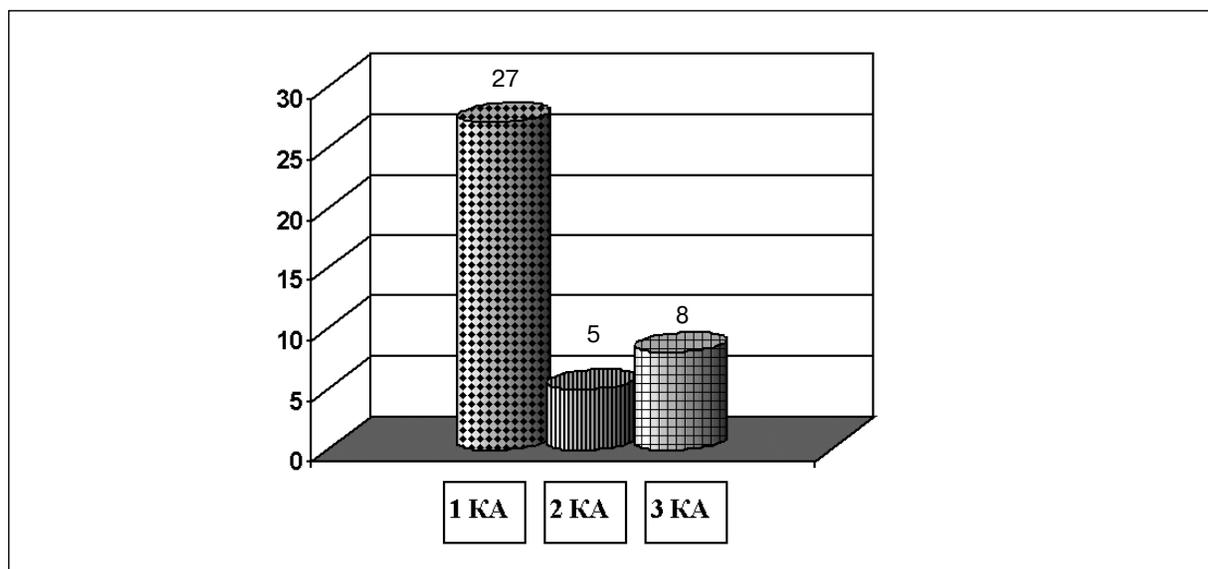


Рис. 3. Распространенность стенозирующего поражения КА при ОИМ площадью до 30%

ных ветвей КА: изолированное поражение одной ветви КА, сочетанное поражение двух ветвей КА, сочетанное поражение трех ветвей КА. Такое распределение наших наблюдений оправдано тем, что с возрастом распространенности поражения КА усложняется не только морфология коронарного атеросклероза, но и проявления компенсаторных процессов, в совокупности ведущих к существенной перестройке всей коронарной системы. По нашим данным, в 32,2% случаев ОИМ, завершившийся летально, развивался при изолированном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей КА, в 67,8% — при сочетанном атеросклеротическом стенозе двух либо трех ветвей КА. Частота тромбоза просвета КА существенно уменьшалась с увеличением числа пораженных ветвей, а также с вовлечением в атеросклеротический процесс средних и дистальных сегментов коронарных артерий и составляет 58,7%. При изолированном стенозе одной из ветвей КА она высокая — 82,8% случаев.

Исходя из особенностей типа кровоснабжения сердца, в каждом конкретном случае была проанализирована зависимость обширности и локализации ОИМ и постинфарктного рубца от пораженной (либо пораженных) КА и наличия тромбоза просвета. Интересные сведения получены в наблюдениях с изолированным поражением одной из ветвей КА. В 46% наблюдений этой группы ОИМ развивался необширный (до 30% рабочей поверхности ЛЖ); вне зависимости от пораженной ветви КА и типа кровоснабжения сердца первичный ОИМ локализовался в бассейне ее кровоснабжения и не выходил за его пределы. Однако в 54% наблюдений при изолированном атеросклерозе одной ветви КА ОИМ развивался обширный, площадь его превышала 30%, а в большинстве наблюдений была свыше 50% рабочей поверхности ЛЖ. Локализовался первичный ОИМ не только в бассейне пораженной КА, но и выходил за его пределы. Например, в случаях изолированного атеросклеротического стеноза передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) ОИМ захватывал не только переднюю, боковую стенки левого желудочка, переднюю папиллярную мышцу и межжелудочковую перегородку, но и, нередко, заднюю стенку левого желудочка и заднюю папиллярную мышцу, а также распространялся на миокард правого желудочка. Согласно данным литературы (Смольяников А.В., Наддачина Т.А., 1960,

1963 гг.) при стенозирующем поражении ПМЖВ вблизи от устья главную роль играют коллатерали и анастомозы ее верхушечной, боковой и перегородочной ветвей, которые относятся к межкоронарным. Кровь в дистальные отделы пораженной ПМЖВ поступает главным образом через эти анастомозы, вследствие чего зона кровоснабжения второй, компенсирующей артерии, изменяется или расширяется. По-видимому, в данной ситуации основную нагрузку несет та артерия, которая в большей степени определяет тип кровоснабжения сердца. Также большой интерес представляет анализ локализации повторного ОИМ при изолированном стенозе одной ветви КА. Мы столкнулись с парадоксальным фактом — очаг постинфарктного кардиосклероза находился в бассейне изолированно пораженной КА, в то время как повторный ОИМ имел другую локализацию, т. е. обнаруживался в бассейне кровоснабжения нестенозированной ветви КА. По-видимому, в этих случаях имеет место, описанное в литературе функциональное изменение типа кровоснабжения сердца (Смольяников А.В., Наддачина Т.А., 1960, 1963 гг.). То есть при тромбозе или выраженном стенозе в одной магистральной КА, кровь в ее дистальные отделы может поступать главным образом через межкоронарные анастомозы, вследствие чего зона кровоснабжения второй, компенсирующей артерии, изменяется или расширяется. По-видимому, в данной ситуации основную нагрузку несла хорошо развитая нестенозированная КА.

Анализируя механизмы танатогенеза при ОИМ, 180 летальных исходов были условно разделены на 5 групп по развитию того или иного смертельного осложнения: наружный разрыв сердца (НРС), аритмический шок (АШ), истинный кардиогенный шок (ИКШ), острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) и комплекс причин, связанных с декомпенсацией второго основного заболевания (*рис. 4*).

Представленный материал свидетельствует в пользу того, что механизмы танатогенеза при ОИМ во многом определяются его площадью. Необширный ОИМ (до 30% рабочей поверхности ЛЖ) преимущественно завершался НРС (55% наблюдений необширного ОИМ), либо смерть наступала от комплекса причин, связанных с декомпенсацией другого основного заболевания, либо в результате тромбоземболических осложнений

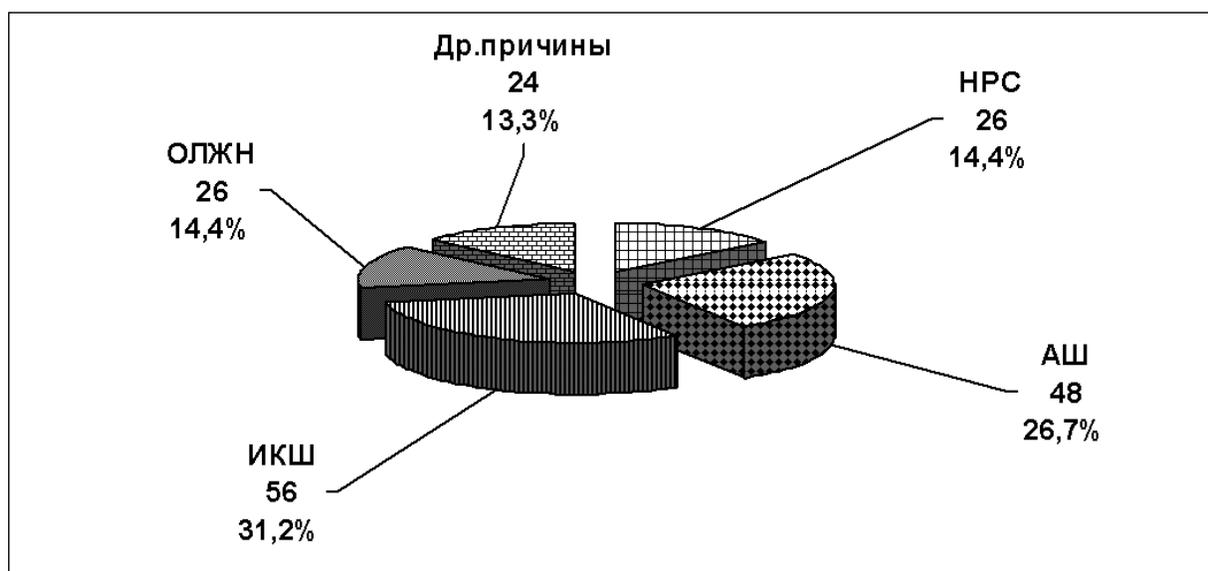


Рис. 4. Частота смертельных осложнений при ОИМ

инфаркта миокарда (25%). Средний по площади ОИМ (30–50% рабочей поверхности ЛЖ) преимущественно (67,7%) завершался аритмическим шоком. Обширный ОИМ (более 50% рабочей поверхности ЛЖ) осложнялся ИКШ (71,8%) или ОЛЖН (24,4%).

**Наружный разрыв сердца** (14,4% набл. ОИМ) чаще развивается при необширном (до 30% площади) первичном ОИМ. Прогностически неблагоприятными факторами, способствующими его развитию, следует считать наличие гипертонической болезни или гипертензионного синдрома иного генеза. Чаще он возникает у женщин 60–80 лет, имеющих изолированное атеросклеротическое поражение одной из ветвей КА (53,8%) и тромбоз ее просвета (78,6%).

13,3% наблюдений ОИМ составили случаи, причина смерти в которых была многофакторна, т.е. обусловлена сочетанием поражения сократительного миокарда либо с экстракардиальными тромбоэмболическими осложнениями инфаркта, либо с декомпенсацией второго (сочетанного или конкурирующего) основного заболевания (сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких и т. д.). Прогностически неблагоприятными факторами, приведшими к летальному исходу в данной группе, следует считать сочетание таких заболеваний, которыми одновременно страдал умерший и которые, взаимно отягощая друг друга, привели к смерти. В значительном числе случаев (41,7%) площадь первичного ОИМ была менее 30% рабочей поверхности ЛЖ, ни в одном из наблюде-

ний не превысила 50%, чаще он развивался в условиях многососудистого стенозирующего поражения КА с тромбозом просвета в 64,7% наблюдений. В трети наблюдений ОИМ развивался у мужчин в возрасте 50–54-х лет при изолированном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей КА и тромбозе ее просвета (85,7%).

Из вышеизложенного следует, что для развития смертельного осложнения при необширном ОИМ (с площадью до 30% рабочей поверхности ЛЖ) недостаточно только поражения сократительного миокарда, необходимы дополнительные факторы и условия, во многом определяющие танатогенез. В связи с этим основным направлением реального снижения летальности у больных с ОИМ менее 30% площади рабочей поверхности ЛЖ является, наряду с консервативной интенсивной терапией ОИМ, устранение гипертензионного синдрома при НРС, ранняя диагностика и интенсивная терапия сочетанных и конкурирующих заболеваний.

В 26,7% всех умерших ОИМ осложнился аритмическим шоком. Площадь его в этих случаях была в пределах 30–50% рабочей поверхности ЛЖ, чаще он развивается у мужчин в возрасте 60–65 лет, при тяжелом неравномерно выраженном стенозирующем атеросклерозе ветвей КА. Во всех этих наблюдениях ОИМ был единственным основным заболеванием, как правило, отсутствовали признаки хронической сердечной недостаточности. Несомненным преимуществом снижения летальности и лечения таких больных ОИМ в

блоке кардиореанимации является возможность постоянного контроля над нарушениями ритма и проводимости сердца и немедленное использование другой необходимой аппаратуры.

31,2% всех наблюдений ОИМ составили инфаркты, завершившиеся **ИКШ**. Прогностически неблагоприятными факторами, приведшими к летальному исходу в данной группе, следует считать: обширный ОИМ (площадью более 50% рабочей поверхности ЛЖ во всех случаях), нередко распространяющийся на миокард правого желудочка, нередко повторный, развивающийся в условиях тяжелого атеросклеротического поражения ветвей КА (75% наблюдений). Как правило, ИКШ развивался при наличии многочисленных других заболеваний, нередко с явлениями их декомпенсации и признаками предсуществующей хронической сердечной недостаточности. Средний возраст умерших составил 63,8 года. Совокупность всех перечисленных факторов определяла закономерно высокую летальность в этой группе.

14,4% всех наблюдений составили инфаркты, осложнившиеся **ОЛЖН**. Прогностически неблагоприятными факторами, приведшими к летальному исходу в данной группе (57,7%), следует считать обширный, нередко повторный, ОИМ (площадью более 50% рабочей поверхности ЛЖ), развившийся в условиях тяжелого атеросклеротического поражения ветвей КА. В некроз, как правило, вовлечены папиллярные мышцы. ОЛЖН, также как и ИКШ, развивалась при наличии многочисленных других заболеваний, нередко с явлениями их декомпенсации и признаками предсуществующей хронической сердечной недостаточности. Средний возраст умерших составил 64 года. Также как и при ИКШ, все выше перечисленные факторы определяли закономерно высокую летальность в этой группе.

Иные перспективы снижения летальности имеют 25% больных с ИКШ и 42,3% больных с ОЛЖН, развивающихся при ОИМ в условиях изолированного стеноза и тромбоза одной из ветвей КА. Как правило, это мужчины работоспособного возраста, без наличия других тяжелых соматических заболеваний. Наиболее эффективным направлением снижения летальности у данного контингента больных является активное использование современных методов интервенционной кардиологии до развития острого инфаркта миокарда, т.е.

профилактически. Только тесная взаимосвязь между кардиологом, рентгеноваскулярным хирургом и кардиохирургом, преемственность лечебных мероприятий на всех этапах медицинской помощи могут обеспечить конечный успех лечения.

Данные проведенного морфологического исследования свидетельствуют о том, что темпы формирования демаркационной зоны при ОИМ находятся в зависимости от степени выраженности и распространенности стенозирующего атеросклероза в КА. При необширном (до 30% рабочей поверхности ЛЖ) ОИМ в условиях изолированного атеросклеротического стеноза одной КА демаркационная зона формируется раньше. В последующем при обширном ОИМ (до 30% площади просвета) к концу первого месяца его развития имеются морфологические признаки начальных этапов формирования рубца за счет раннего (после 2-й недели) проникновения отростков грануляционной ткани с потерей монолитности очага некроза. При многососудистом поражении коронарных артерий демаркационная зона формируется позднее, в основном это относится к больным пожилого и старческого возраста, страдающим полипатиями, нередко с декомпенсацией другого заболевания. К концу первой недели (максимальный срок наблюдений) обширного ОИМ макрофагальная и фибробластическая реакции, как правило, отсутствовали. И только у умерших с изолированным атеросклеротическим стенозом одной КА (как правило, мужчины работоспособного возраста) можно было выявить периваскулярно их начальные проявления.

Мнение врача-патологоанатома о танатогенезе, механизме наступления смерти с учетом клинических и морфологических данных должно излагаться в клинико-анатомическом эпикризе (КАЭ), содержащем суждение врача о причине смерти. КАЭ обязателен в каждом случае, потому что врач-патологоанатом должен попытаться ответить, а клиницист должен найти ответ на вопрос «Почему же умер конкретный больной?», так как именно в ответе на этот вопрос лежит перспектива поиска путей снижения летальности. В КАЭ должны быть отражены: обоснование условий развития смертельного осложнения и последовательность развития других осложнений (танатогенез), оценка своевременности диагностики и лечебных мероприятий, анализ

проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением, осложнения лечения и оценка их роли в танатогенезе, результаты сличения клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания и смертельных осложнений. Клинико-анатомический эпикриз, помимо установления основного заболевания и его осложнений, должен отражать суждение о типе и механизме смерти. В нем должна быть дана оценка тех факторов, которые явились непосредственной причиной или способствовали ускорению летального исхода.

### Выводы

1. Особенности танатогенеза у каждого умершего от острого инфаркта миокарда определяются патогенетическими механизмами смертельного осложнения, которые в первую очередь обусловлены обширностью поражения сократительного миокарда. Обширный (более 30% рабочей поверхности левого желудочка) острый инфаркт миокарда чаще возникает в условиях тяжелого атеросклеротического стеноза всех ветвей коронарных артерий. Однако локальный атеросклеротический стеноз в одной коронарной артерии (чаще передней межжелудочковой ветви) также может завершаться развитием обширного острого инфаркта миокарда (22,2% набл.). Необширный острый инфаркт миокарда (до 30% площади), как правило, развивается при локальном атеросклеротическом стенозе одной из коронарных артерий.

2. При развитии необширного острого инфаркта миокарда (22,2% от числа умерших) летальный исход наступает от наружного разрыва сердца (55% набл.), тромбоэмболических осложнений (12%) либо декомпенсации другого заболевания (13%): сахарного диабета, хронической язвы желудка, хронической обструктивной болезни легких и др. При развитии острого инфаркта миокарда с площадью поражения 30–50% рабочей поверхности левого желудочка (34,5% от числа умерших) летальный исход чаще наступает от аритмического шока (68%), либо декомпенсации другого заболевания (19%). При развитии обширного (более 50% рабочей поверхности левого желудочка) острого инфаркта миокарда (43,3% от числа умерших) летальный исход наступает от истинного кардиогенного шока, либо острой левожелудочковой недостаточности.

3. В 67,8% случаев острый инфаркт миокарда, завершающийся летально, развивается при сочетанном атеросклеротическом стенозе двух либо трех ветвей коронарных артерий, в 32,2% случаев — при изолированном атеросклеротическом стенозе одной из ветвей коронарных артерий, чаще передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Частота тромбоза просвета коронарных артерий существенно уменьшается с увеличением числа пораженных ветвей, а также с вовлечением в атеросклеротический процесс средних и дистальных сегментов коронарных артерий и составляет 58,7%. При изолированном стенозе одной из ветвей коронарных артерий она высокая — 82,8% случаев.

4. Темпы организации острого инфаркта миокарда зависят от площади инфаркта миокарда и от степени выраженности и распространенности стенозирующего атеросклероза в коронарных артериях. При необширном остром инфаркте миокарда она протекает активно. Многососудистое поражение коронарных артерий снижает ее темпы особенно в условиях декомпенсации других соматических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. У умерших с изолированным атеросклеротическим стенозом одной из ветвей коронарных артерий организация, вне зависимости от обширности острого инфаркта миокарда, выражена.

### Практические рекомендации

I. Смертельные осложнения острого инфаркта миокарда развиваются при наличии определенных условий, в профилактике которых лежат пути снижения летальности.

1) Наружный разрыв сердца — как правило, при небольшом первичном остром инфаркте миокарда (площадь до 30% рабочей по-верхности левого желудочка), развивающемся при атеросклеротическом стенозе одной коронарной артерии с тромбозом ее просвета, преимущественно у женщин 60–80 лет, во всех случаях — страдающих гипертонической болезнью либо артериальной гипертензией другого генеза и часто с наличием гипертензионного синдрома во время развития острого инфаркта миокарда. Признаки декомпенсации другого соматического заболевания и предсуществующей сердечной недостаточности при этом, как правило, отсутствуют.

2) Аритмический шок — при среднем по площади первичном остром инфаркте миокарда (в пределах 30–50% рабочей поверхности левого желудочка), развивающемся в условиях тяжелого многососудистого поражения коронарных артерий, преимущественно у мужчин в возрасте 60–65 лет. Во всех наблюдениях острый инфаркт миокарда является единственным основным заболеванием, и признаки предсуществующей сердечной недостаточности отсутствуют.

3) Для истинного кардиогенного шока во всех случаях характерен обширный, нередко — повторный, острый инфаркт миокарда (более 50% площади рабочей поверхности левого желудочка), часто с вовлечением миокарда правого желудочка, при тяжелом многососудистом стенозе коронарных артерий. В большинстве случаев истинный кардиогенный шок развивается при декомпенсации других соматических заболеваний (комбинированное основное заболевание), в условиях предсуществующей сердечной недостаточности.

4) Острая левожелудочковая недостаточность чаще возникает при обширном остром инфаркте миокарда (более 50% площади рабочей поверхности левого желудочка), с поражением папиллярных мышц, в половине наблюдений — при тяжелом многососудистом стенозе коронарных артерий. В большинстве случаев острая левожелудочковая недостаточность развивается при декомпенсации других соматических заболеваний (комбинированное основное заболевание), в условиях предсуществующей сердечной недостаточности.

**II.** Для определения площади при макроскопической оценке острого инфаркта миокарда в практической работе может быть использован метод ориентировочной оценки ее (упрощенный и ускоренный). Принимая за 100% площадь рабочей поверхности левого желудочка (передняя, боковая, задняя стенки и межжелудочковая перегородка), площадь каждой из них составляет 25%. Разделив каждую стенку на три условных сегмента — верхушечный, средний и базальный ( $\approx$  по 8%), можно вычислить площадь поражения сократительного миокарда у секционного стола. (Например, острый инфаркт миокарда всей передней стенки левого желудочка и верхушечных сегментов остальных стенок (часто — при локальном проксимальном стенозе и тромбозе передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии):  $25\%+8\%+8\%+8\%=49\%$  площади рабочей поверхности левого желудочка).

**III.** Условия развития смертельного осложнения острого инфаркта миокарда в каждом конкретном случае должны быть обсуждены в клинко-анатомическом эпикризе с учетом площади поражения сократительного миокарда, состояния коронарного русла сердца и, что особенно важно, наличия других дополнительных факторов (фоновых и (или) сочетанного (конкурирующего) другого основного заболевания, с отражением сроков диагностики и всех возможностей современных методов лечения. Такой полноценный ретроспективный анализ способствует профилактике осложнений острого инфаркта миокарда в последующем, а также обосновывает необходимость обязательного введения рубрики «Клинко-анатомический эпикриз» в патологоанатомический диагноз.

# СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ОБНОВЛЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ОБЗОР)

**Ванюков Д.А.**

## CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: UPDATE OF GUIDELINES (REVIEW)

Учреждение. Военный санаторий СибВО «Ельцовка», Новосибирск

Voenniy sanatorii SibVO «El'covka»,  
Novosibirsk

### Реферат

Международные рекомендации 2005 г. по сердечно-легочной реанимации основаны на тщательном анализе обширной доказательной базы, накопленной в медицинской литературе, и включают множество научно-обоснованных изменений по сравнению с предыдущими рекомендациями. Основная цель внесенных изменений заключается в упрощении изучения и повышения эффективности реанимации. Акцент делается на первостепенной роли базовых реанимационных мероприятий, как основы повышения выживаемости.

The International Guidelines of Cardiopulmonary Resuscitation are based on the careful analysis scientific medical literatures, and include set of the scientifically-proved changes in comparison with the previous recommendations. The main objective of the brought changes consists in simplification of studying and increase of efficiency of resuscitation. The accent becomes on a main role base reanimation actions, as bases of increase of survival rate.

### Сердечно-легочная реанимация: обновление рекомендаций (обзор)

Фибрилляция желудочков (ФЖ) и желудочковая тахикардия (ЖТ) ответственны за 60–80% случаев остановки сердца, асистолия — за 20–40%, электромеханическая диссоциация (ЭМД) — за 10% [1]. В целом только пациенты с ФЖ обладают реальными шансами на успех.

Лечение ФЖ требует раннего начала сердечно-легочной реанимации (СЛР) и быстрого проведения дефибрилляции. К не-

счастью, внезапная смерть происходит при свидетелях менее чем в одной трети случаев, и еще реже СЛР проводится должным образом. Все это приводит к удручающе низкой выживаемости: количество выживших после остановки сердца к моменту выписки из госпиталя не превышает 4–9% [1]. Между тем, компетентный спасатель, оказавшийся рядом, способен повысить сегодняшние показатели выживаемости в несколько раз. Поэтому главная цель всех современных исследований в области реанимации — повысить ее эффективность.

Обновленные в 2005 г. рекомендации по сердечно-легочной реанимации (Guidelines on Cardiopulmonary Resuscitation) [2] внесли ряд существенных изменений по сравнению с предыдущей версией, выпущенной в 2000 г. [3].

- Новые рекомендации придают большое значение технически правильному выполнению непрямого массажа сердца и предлагают при реанимации взрослых соотношение частоты компрессий грудной клетки и вдвуханий как 30 к 2.

- Продолжительность вдвухания и объем вдвухаемого воздуха не должны превышать 1 секунду и 500–600 мл соответственно.

- Также включено требование о предварительной двухминутной СЛР (примерно 5 циклов) перед дефибрилляцией, в случаях когда ургентная помощь оказывается спустя 4–5 минут после наступления клинической смерти.

- Другое главное изменение — применение для дефибрилляции только одного разряда (предпочтение следует отдавать бифазным моделям дефибрилляторов), после которого должна следовать немедленная (без проверки наличия сердечного ритма) СЛР в течение 2 минут.

- И наконец, новые рекомендации сдвигают фокус внимания научных исследований с

краткосрочных результатов реанимации (возобновление самостоятельного кровообращения или поддержание жизни до поступления в больницу) на отдаленные последствия реанимации, то есть на госпитальную выживаемость с отсутствием неврологических нарушений.

### **Непрямой массаж сердца**

Рекомендации 2005. Во время СЛР кровообращение является результатом эффективных надавливаний на грудную клетку (Класс I). При осуществлении непрямого массажа сердца рекомендуется выполнять сильные и быстрые толчки с частотой надавливаний на грудную клетку — 100 в минуту (Класс IIa). При этом следует обеспечить выпрямление грудной клетки после каждого надавливания для наполнения сердца кровью (Класс IIb), следя за тем, что продолжительность компрессии и декомпрессии грудной клетки была приблизительно одинаковой. Необходимо как можно реже прерывать непрямой массаж сердца, паузы для вдвухания воздуха или проверки пульса не должны превышать 10 секунд (Класс IIa).

Качественный (то есть должным образом проведенный) непрямой массаж сердца повышает выживаемость при остановке сердца, в 2–3 раза, что показали исследования как на животных, так и на людях. И наоборот, даже короткие паузы во время непрямого массажа сердца или задержка с его началом во время остановки сердца («время без циркуляции») оказывают негативное влияние на выживаемость [4–7].

Недостаточно глубокие или медленные надавливания на грудную клетку не обеспечивают кровоснабжения жизненно важных органов. Каждый раз, когда реаниматор прекращает непрямой массаж сердца, чтобы провести вентиляцию легких или выполнить другое вмешательство, коронарное перфузионное давление падает до нуля. Первые после паузы надавливания на грудную клетку менее эффективны, чем последующие, поскольку расходуются на восстановление минимально адекватного перфузионного давления в коронарных артериях. Чем больше пауз делается в ходе непрямого массажа сердца, тем меньше шансы на выживание у пострадавшего в случае остановки сердца.

Проведенные исследования выявили, что СЛР не всегда выполняется в соответствии с опубликованными нормами, даже когда ее

проводят квалифицированные медицинские работники [8–10]. Анализ реальных реанимационных мероприятий в условиях клиники при помощи разного рода регистрирующих устройств показал, что:

- частота компрессии грудной клетки оказалась ниже рекомендованных 100/мин. (примерно в 28% случаев — ниже 90/мин, а в 13% — ниже 80/мин);
- глубина компрессии была меньше минимального значения 38 мм (примерно в 37% случаев);
- время без циркуляции (то есть когда непрямой массаж сердца не выполнялся) на протяжении каждой минуты составило около 24–30%.

Существует несколько причин, влияющих на качество проведения СЛР. Во-первых, как показывают исследования, полученные в ходе обучения навыки реанимации со временем постепенно теряются [11, 12]. Кроме того, качество непрямого массажа сердца может быть связано с трудностями переноса навыков из учебной среды в реальную ситуацию, отсутствием внутреннего чувства ритма, на который можно было бы ориентироваться при выборе частоты компрессии, усталостью спасателя, выполняющего процедуру [13].

Возможные практические решения для снижения человеческих ошибок в ходе СЛР:

- регулярные повторные практические занятия с использованием автоматических манекенов-тренажеров, извещающих звуковым или световым сигналом о неправильной частоте компрессий грудной клетки или вентиляции [14];
- создание устройств для мониторинга, позволяющих во время реанимации получать информацию о правильности выполнения процедуры [15];
- использование механических устройств, выполняющих стабильную компрессию грудной клетки с заданной частотой и глубиной. Гемодинамические характеристики, создаваемые этими устройствами, могут оказаться лучше, чем при ручной компрессии грудной клетки [16, 17].

### **Искусственное дыхание**

Рекомендации 2005. Перед тем как сделать вдвухание воздуха методом «рот в рот», в том числе через маску или воздуховод, спасатель должен сделать обычный (неглубокий) вдох, выдох не должен быть слишком большим или резким. Рекомендуемая длитель-

ность вдувания воздуха — 1 секунда (Класс IIa) независимо от наличия или отсутствия барьерного приспособления. Причем каждое вдувание должно вызывать видимую экскурсию грудной клетки (Класс IIa). В случае интубации трахеи и наличия двух спасателей, первый реаниматор непрерывно выполняет непрямой массаж сердца, второй проводит искусственное дыхание с частотой 8–10 вдуваний в минуту (1 вдувание каждые 6–8 секунд). Объем вдуваемого воздуха должен составлять 500–600 мл.

Считается, что искусственная вентиляция легких (ИВЛ) оказывает благоприятный эффект на конечный результат. Однако приток крови к легким во время СЛР составляет 25–33% от нормального и поэтому пострадавший нуждается в меньшей вентиляции. Фактически, в течение циклов реанимации важно ограничить время на искусственное дыхание, чтобы уменьшить паузы в выполнении непрямого массажа сердца. Кроме того, оптимальное количество вдуваний, которые необходимо осуществлять в ходе СЛР, на самом деле неизвестно [18].

Исследования на животных показали, что церебральное и коронарное перфузионное давление снижаются после каждой избыточной вентиляции. Гипервентиляция повышает внутригрудное давление, которое препятствует наполнению сердца кровью и ведет к уменьшению сердечного выброса при последующих надавливаниях на грудную клетку [19, 20]. Между тем, проведенные исследования выявили, что одной из типичных ошибок реанимационных мероприятий, осуществляемых в клинике, является превышение рекомендуемой частоты вдувания (примерно в 61% случаев частота вентиляций превышала 20/мин) [8–10].

Самой неожиданной рекомендацией 2000 г. [3] была возможность выполнения для непрофессиональных спасателей только одного непрямого массажа сердца без проведения искусственного дыхания «рот в рот» в тех случаях, когда свидетель внезапной смерти не умеет или не хочет этого делать. Отказ от этой неприятной по гигиеническим соображениям для многих процедуры значительно повышал количество людей, готовых оказывать реанимацию незнакомым людям. Поэтому в 2000 г. и получил признание тот факт, что только непрямой массаж сердца в исполнении случайного свидетеля внезапной смерти (не

медицинского работника) значительно лучше, чем полное бездействие.

Кроме того, в первые минуты клинической смерти в системе кровообращения еще сохраняется некоторое количество оксигенированной крови и поэтому тратить время на ИВЛ вместо непрямого массажа сердца физиологически совершенно не оправдано. Впервые эта идея была высказана В.А. Неговским [21]: «При быстром умирании (5–8 минут) и короткой клинической смерти (1–1,5 минуты) деятельность дыхательного центра можно восстановить путем массажа сердца... без применения искусственной вентиляции легких. При более длительном умирании и клинической смерти свыше 2 минут наряду с мероприятиями по восстановлению сердечной деятельности ... необходимо проводить ИВЛ».

Интересные результаты были получены в проспективном рандомизированном клиническом исследовании, в котором диспетчеры службы скорой помощи при поступлении телефонных сообщений о внезапной смерти от случайного свидетеля давали консультации по проведению СЛР. Основная группа получала только непрямой массаж сердца, контрольная группа — стандартную СЛР в виде сочетания непрямого массажа сердца и дыхания «рот в рот». В первой группе до госпитализации дожили 40%, а среди получивших как непрямой массаж, так и дыхание «рот в рот» — только 34% пострадавших; до выписки из больницы дожили 14,6% и 10,4% соответственно [22].

Тем не менее, при первичной остановке дыхания (дети, утопление, передозировка лекарственных средств или наркотиков), а также, когда с момента любой остановки сердца прошло уже несколько минут, ИВЛ приобретает большое значение. У таких пациентов наиболее оптимальные результаты (в плане выживания) оказывает сочетание непрямого массажа сердца и искусственного дыхания. Поэтому в рекомендациях 2005 г. сказано, что СЛР, состоящая только из непрямого массажа сердца, не может быть рекомендована в качестве метода выбора для непрофессиональных спасателей, и отныне методика искусственного дыхания будет изучаться только в комплексе с методикой непрямого массажа сердца.

Уже после выпуска рекомендации 2005 г. было закончено два клинических исследования, сравнивающих непрерывный массаж

сердца (без вентиляции) и традиционную СЛР (непрямой массаж сердца плюс ИВЛ). Первое анализировало исходы реанимации в течение трех предшествующих лет до внедрения нового протокола (непрерывная компрессия грудной клетки без искусственного дыхания). Результаты выявили 57% выживаемость против 20% перед реализацией нового протокола реанимации [23]. Второе проспективное мультицентровое обсервационное исследование, проводимое в Японии, также обнаружило, что непрямой массаж сердца без вентиляции способствует оживлению большего процента пациентов вместе с благоприятными неврологическими исходами (6,2%) по сравнению с пациентами, получавшими традиционную СЛР (3,1%) [24].

Вероятно, по результатам проведенных исследований будут внесены изменения в существующий стандарт реанимации, но, хочется еще раз напомнить, что непрерывный массаж сердца без проведения ИВЛ уместен только в первые минуты реанимации в случае первичной остановки кровообращения.

### **Соотношение компрессий грудной клетки и вдуваний воздуха**

Рекомендации 2005 г. устанавливают соотношение компрессий грудной клетки к вдуваниям воздуха как 30:2, против старых 5:1, рекомендованных в 1992 г. и 15:2, рекомендованных в 2000 г.

На самом деле оптимальное соотношение частоты непрямого массажа сердца и вентиляций неизвестно. Ограниченное количество исследований, в которых изучались различные соотношения надавливаний на грудную клетку и искусственного дыхания (100:0, 100:2, 50:2, 50:5, 30:2, 15:2, 10:1 и 5:1) закончились с неоднозначными результатами [4, 25–28]. Поскольку слишком высокая частота непрерывного массажа сердца была ограничивающим фактором из-за утомления спасателей [27], был сделан вывод, что соотношение 30:2 будет наилучшим выбором в плане обеспечения органной перфузии [29]. Гипотеза, что соотношение 30:2 превосходит 15:2, впоследствии была подтверждена в ходе исследований на животных [30].

Возможно, что в будущем нас ждут дальнейшие модификации этого соотношения. Например, в первые 2 минуты будет предложено проводить компрессии грудной клетки и вдувания воздуха в соотношении 30:2 или даже 50:2, а в последующие (учитывая возрас-

тающую роль ИВЛ спустя несколько минут реанимации) — 50:5.

### **Ранняя дефибрилляция и проведение СЛР перед дефибрилляцией**

Рекомендации 2005. Если остановка сердца у взрослого человека произошла в присутствии свидетелей и если в наличии имеется дефибриллятор, его следует немедленно применить (Класс I). Если спасатели не были свидетелями наступления клинической смерти, либо с момента потери сознания до прибытия помощи прошло более 4–5 минут, следует выполнить 5 циклов СЛР (приблизительно 2 минуты), после чего применить дефибриллятор (Класс IIb).

Каждая минута отсрочки дефибрилляции после начала ФЖ уменьшает выживаемость на 7–10% [31]. Несмотря на наличие четкой связи со временем проведения дефибрилляции, факты свидетельствуют, что осуществление СЛР перед дефибрилляцией снижает эти показатели до 3–4% в минуту. В исследованиях на животных при ФЖ, продолжающейся больше пяти минут до оказания помощи, предварительное проведение СЛР улучшало гемодинамику и выживаемость [32–34]. Более того, приостановка компрессий грудной клетки непосредственно перед дефибрилляцией снижала вероятность благоприятного исхода при исследовании на свиньях [35].

Обсервационное исследование «до и после» продемонстрировало существенное увеличение благоприятных исходов, когда бригада скорой помощи обеспечивала 90 секунд СЛР перед дефибрилляцией вместо того, чтобы проводить немедленную дефибрилляцию без предварительной СЛР [36]. Рандомизированное исследование, сравнивающее протокол службы скорой помощи, обеспечивающий 3 минуты предварительной СЛР, и протокол немедленной дефибрилляции, не выявило различий в случае проведения дефибрилляции в течение 5 минут от начала клинической смерти; однако, когда время от потери сознания превысило 5 минут, госпитальная выживаемость была значительно больше в случае использования первого протокола [37].

Таким образом, СЛР вышла на первое место по своей значимости. Данные, полученные в ходе научных исследований, предполагают, что протокол с предварительной СЛР перед дефибрилляцией улучшит выживание

при определенных обстоятельствах, однако, самый эффективный подход еще не установлен.

### **Один разряд и немедленная сердечно-легочная реанимация**

Рекомендации 2005. В случае остановки сердца, вызванной ФЖ или ЖТ, рекомендуется применение одного разряда с последующей немедленной (без проверки сердечного ритма после нанесения разряда) СЛР, которая начинается с непрямого массажа сердца (Класс IIa). И только после выполнения 5 циклов СЛР (примерно 2 минуты) непрямой массаж сердца прерывается для анализа сердечного ритма.

При использовании однофазного дефибрилятора величина разряда для взрослых составляет 360 Дж. Оптимальная доза разряда при использовании бифазного дефибрилятора с усеченной экспоненциальной формой импульса составляет 150–200 Дж, с прямоугольной формой импульса — 120 Дж. Следующая доза (после двух минут СЛР) должна быть такой же или большей величины (Класс IIa). Желательно, чтобы разработчики указывали оптимальную дозу на передней панели приборов. Если медицинский работник не знает, какого типа бифазный дефибрилятор имеется в его распоряжении, то следует использовать разряд величиной в 200 Дж.

Рекомендации 2000 г. предписывали для лечения остановки сердца наносить три последовательных возрастающих по мощности разрядов без проведения СЛР между ними. Необходимость трех повторных дефибрилляцией объяснялась уменьшением трансторакального сопротивления и увеличением мощности тока с каждым последующим разрядом. Сердечный ритм оценивался до нанесения каждого разряда и после [3].

Новые рекомендации 2005 г. изменили не только количество и дозу разрядов, но и установили тип дефибрилятора (бифазный против монофазного). Внесение изменений основано на трех главных находках.

Во-первых, как показали исследования (при использовании автоматических наружных дефибрилляторов) на анализ сердечного ритма после нанесения разряда тратится от 19 до 37 секунд, что задерживает непрямой массаж сердца на то же самое время [38, 39]. Такая длинная пауза недопустима, поскольку, как обсуждалось выше, ведет к снижению коронарного перфузионного давления и явля-

ется предиктором малой выживаемости [4].

Во-вторых, бифазный дефибрилятор более эффективно купирует ФЖ с первого разряда по сравнению с монофазным (94% против 81%). В случаях, когда первая попытка дефибрилляции потерпела неудачу, возобновление СЛР приносит больше пользы, чем повторные разряды [38–40].

В-третьих, даже когда происходит устранение ФЖ, требуется еще несколько минут для стабилизации сердечного ритма и значительно больше времени для восстановления эффективного кровообращения. Непрямой массаж сердца в этот период закрепляет успех, обеспечивая коронарную и мозговую перфузию. Доказательства того, что непрямой массаж сердца, проводимый непосредственно после дефибрилляции, может спровоцировать рецидив ФЖ, отсутствуют.

### **Медикаментозное лечение**

#### **Вазопрессоры**

Рекомендации 2005. Вазопрессоры применяют при наличии внутривенного или внутрикостного доступа, если ФЖ или ЖТ не купируются первым или вторым разрядом. Эпинефрин (адреналин) вводится в дозе 1 мг каждые 3–5 минут (Класс IIa). Вместо первой или второй дозы адреналина можно однократно ввести вазопрессин 40 ЕД (Класс IIb).

Некоторые лекарственные средства (адреналин, лидокаин и др.) можно вводить эндотрахеально, однако, оптимальная эндотрахеальная дозировка лекарств неизвестна (обычно она в 2–2,5 раза превышает рекомендованную для внутривенного введения). Кроме того, сосудистый и внутрикостный методы являются предпочтительными, поскольку позволяют лучше прогнозировать фармакологический эффект.

Вазопрессоры исторически рекомендуют для включения в схему квалифицированных реанимационных мероприятий, поскольку они повышают давление в аорте и коронарное перфузионное давление, что в свою очередь связано с успешной дефибрилляцией и восстановлением циркуляции [41]. Однако плацебо-контролируемые исследования, подтверждающие улучшение выживания при выписке из госпиталя при применении вазопрессоров не проводились. В связи с отсутствием доказанной результативности, а также из-за возможных отрицательных эффектов (например, артериальная гипертензия, ишемия миокарда, аритмия), боль-

шие дозы адреналина больше не рекомендуются [42, 43].

Вазопрессин (антидиуретический гормон) имеет многообещающие преимущества перед адреналином [44, 45]. Кроме того, исследование концентрации катехоламинов в плазме после успешной реанимации продемонстрировало связь между увеличением смертности на фоне повышенного уровня адреналина, в то время как повышенный уровень вазопрессина был связан с улучшением выживания [46].

Однако результаты клинических исследований не выявили существенного различия в госпитальной выживаемости без необратимых неврологических расстройств при использовании адреналина или вазопрессина [47–49]. В связи с тем, что эффективность вазопрессина существенно не отличается от адреналина, оба препарата включены в схему лечения.

Таким образом, на сегодняшний день не известен препарат первого выбора при остановке сердца. Необходимы проведенные должным образом плацебо-контролируемые исследования для оценки значимых клинических результатов (процент выживших к моменту выписки из стационара).

#### **Антиаритмические средства**

Рекомендации 2005. Следует рассмотреть возможность введения амиодарона (Класс IIb), если ФЖ или ЖТ продолжаются после второго или третьего разряда и введения вазопрессоров на фоне проведения сердечно-легочной реанимации. Если в наличии нет амиодарона, можно применить лидокаин (Класс неопределенный).

Существует недостаточно доказательств для определения оптимального числа разрядов дефибрилляции, которые должны быть даны перед началом антиаритмической терапии. Эффективность амиодарона при лечении ЖТ и ФЖ подтверждается многими источниками [50, 51], тогда как новых данных об эффективности лидокаина в литературе нет. Тем не менее, в схеме указаны оба препарата.

Следует знать, что нет никаких доказательств того, что применение антиаритмических средств во время остановки сердца увеличивает количество выживших к моменту выписки из госпиталя. Именно из-за отсутствия доказательств влияния антиаритмических средств на отдаленный результат в Рекомендациях 2005 г. уменьше-

на роль антиаритмического лечения и сделан акцент на качественной СЛР с минимальными паузами во время непрямого массажа сердца и ранней дефибрилляции [2].

### **Заключение**

Международные рекомендации 2005 по сердечно-легочной реанимации основаны на тщательном анализе обширной доказательной базы, накопленной в медицинской литературе, и включают множество научно-обоснованных изменений по сравнению с предыдущими рекомендациями.

Основная цель внесенных изменений заключается в упрощении изучения и повышения эффективности реанимации. Акцент делается на первостепенной роли базовых реанимационных мероприятий, как основы повышения выживаемости.

Существенные разделы сердечно-легочной реанимации (особенно квалифицированной реанимации) все еще остаются плохо исследованными и необходима дальнейшая работа. Возможно, что темой исследовательского интереса в будущем станут комплексные методы лечения, а не отдельные вмешательства.

### **Литература**

1. Eisenberg M.S., Mengert T.J. Cardiac resuscitation. *N. Engl. J. Med.* 2001; 344: 1304–13.
2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. — *Resuscitation* 2005; 67: 157–341.
3. American Heart Association, In collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care — an international consensus on science. — *Resuscitation* 2000; 46: 3–430.
4. Berg R.A., Sanders A.B., Kern K.B., et al. Adverse hemodynamic effects of interrupting chest compressions for rescue breathing during cardiopulmonary resuscitation for ventricular fibrillation cardiac arrest. *Circulation.* 2001; 104: 2465–2470.
5. Dowie R., Campbell H., Donohoe R., Clarke P. «Event tree» analysis of out-of-hospital cardiac arrest data: confirming the importance of bystander CPR. *Resuscitation.* 2003; 56: 173–181.

6. Kern K.B. Limiting interruptions of chest compressions during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 58: 273-4.
7. Koster R.W. Limiting «hands-off» periods during resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 58: 275-276.
8. Abella B.S., Sandbo N., Vassilatos P., et al. Chest compression rates during CPR are suboptimal: a prospective study during in-hospital cardiac arrest. *Circulation*. In press.
9. Abella B.S., Alvarado J.P., Myklebust H. et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2005; 293: 305-10.
10. Wik L., Kramer-Johansen J., Myklebust H. et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2005; 293: 299-304.
11. Kaye W., Mancini M.E. Retention of cardiopulmonary resuscitation skills by physicians, registered nurses, and the general public. *Crit Care Med*. 1986; 14: 620- 622.
12. Keim S.M., Anderson K., Siegel E., Spaite D.W., Valenzuela T.D. Factors associated with CPR certification within an elderly community. *Resuscitation*. 2001; 51: 269-274.
13. Hightower D., Thomas S.H., Stone C.K., et al. Decay in quality of closed-chest compressions over time. *Ann Emerg Med*. 1995; 26: 300-303.
14. Wik L., Thowsen J., Steen P.A. An automated voice advisory manikin system for training in basic life support without an instructor: a novel approach to CPR training. *Resuscitation*. 2001; 50: 167-172.
15. Handley A.J., Handley S.A. Improving CPR performance using an audible feedback system suitable for incorporation into an automated external defibrillator. *Resuscitation*. 2003; 57: 57-62.
16. Wik L. Automatic and manual mechanical external chest compression devices for cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2000; 47: 7-25.
17. Timerman S., Cardoso L.F., Ramires J.A., Halperin H. Improved hemodynamic performance with a novel chest compression device during treatment of in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2004; 61: 273-280.
18. Ewy G. Cardiocerebral resuscitation should replace cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care*. 2006; 12: 189-92.
19. Aufderheide T.P., Lurie K.G. Death by hyperventilation: a common and life-threatening problem during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med*. 2004; 32 (9, suppl): S345-51.
20. Aufderheide T.P., Sigurdsson G., Pirrallo R.G. et al. Hyperventilation-induced hypotension during cardiopulmonary resuscitation. *Circulation*. 2004; 109: 1960-5.
21. Основы реаниматологии. Под ред. В.А. Неговского. Изд. 3-е, перераб. и доп. - Ташкент: Медицина, 1997. - 590 с.
22. Hallstrom A.P. Dispatcher-assisted «phone» cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *Crit Care Med*. 2000; 28 (11, suppl): N190-2.
23. Kellum M.J., Kennedy K.W., Ewy G.A. Cardiocerebral resuscitation improves survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Am J Med*. 2006; 119: 335-40.
24. SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. *Lancet*. 2007; 369:920-6.
25. Dorph E., Wik L., Stromme T.A. et al. Quality of CPR with three different ventilation:compression ratios. *Resuscitation*. 2003; 58: 193-201.
26. Turner I., Turner S., Armstrong V. Does the compression to ventilation ratio affect the quality of CPR: a simulation study. *Resuscitation*. 2002; 52: 55-62.
27. Greingor J.L. Quality of cardiac massage with ratio compression-ventilation 5/1 and 15/2. *Resuscitation*. 2002; 55: 263-7.
28. Kill C., Friedrich C., Vassiliou T. et al. Advantages of longer compression intervals during basic life support. *Resuscitation*. 2004; 60: 231-2.
29. Babbs C.F., Kern K.B. Optimum compression to ventilation ratios in CPR under realistic, practical conditions: a physiological and mathematical analysis. *Resuscitation*. 2002; 54: 147-57.
30. Yannopoulos D., Aufderheide T.P., Gabrielli A. et al. Clinical and hemodynamic comparison of 15:2 and 30:2 compression-to-ventilation ratios for cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med*. 2006; 34: 1444-9.
31. Holmberg M., Holmberg S., Herlitz J. Incidence, duration and survival of ventricular fibrillation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation*. 2000; 44: 7-17.
32. Berg R.A., Hilwig R.W., Kern K.B. et al. Precountershock cardiopulmonary resuscitation improves ventricular fibrillation median frequen-

cy and myocardial readiness for successful defibrillation from prolonged ventricular fibrillation: a randomized, controlled swine study. *Ann Emerg Med.* 2002; 40: 563-70.

33. Berg R.A., Hilwig R.W., Ewy G.A. et al. Precountershock cardiopulmonary resuscitation improves initial response to defibrillation from prolonged ventricular fibrillation: a randomized, controlled swine study. *Crit Care Med.* 2004; 32: 1352-7.

34. Kolarova J., Ayoub I.M., Yi Z. et al. Optimal timing for electrical defibrillation after prolonged untreated ventricular fibrillation. *Crit Care Med.* 2003; 31: 2022-8.

35. Yu T., Weil M.H., Tang W., et al. Adverse outcomes of interrupted precordial compression during automated defibrillation. *Circulation.* 2002; 106: 368-372.

36. Cobb L.A., Fahrenbruch C.E., Walsh T.R. et al. Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *JAMA.* 1999; 281: 1182-8.

37. Wik L., Hansen T.B., Fylling F. et al. Delaying defibrillation to give basic cardiopulmonary resuscitation to patients with out-of-hospital ventricular fibrillation: a randomized trial. *JAMA.* 2003; 289: 1389-95.

38. Van Alem A.P., Chapman F.W., Lank P. et al. A prospective, and randomised comparison of first shock success of monophasic and biphasic waveforms in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2005; 58: 17-24.

39. Berg M.D., Clark L.L., Valenzuela T.D. et al. Post-shock chest compression delays with automated external defibrillator use. *Resuscitation.* 2005; 64: 287-91.

40. Eftestol T., Sunde K., Steen P.A. Effects of interrupting precordial compressions on the calculated probability of defibrillation success during out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation.* 2002; 105: 2270-3.

41. Zhong J.Q., Dorian P. Epinephrine and vasopressin during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 2005; 66: 263-9.

42. Paradis N.A., Wenzel V., Southall J. Pressure drugs in the treatment of cardiac arrest. *Cardiol Clin.* 2002; 20: 61-78.

43. Babbs C.F., Berg R.A., Kete F. Use of pressors in the treatment of cardiac arrest. *Ann Emerg Med.* 2001; 37 (4, suppl): S. 152-62.

44. Wenzel V., Lidner K.H. Arginine vasopressin during cardiopulmonary resuscitation: laboratory evidence, clinical experience and recommendations, and a view to the future. *Crit Care Med.* 2002; 30 (4, suppl): S. 157-61.

45. Barlow M. Vasopressin. *Emerg Med.* 2002; 14: 304-14.

46. Prengel A.W., Lindner K.H., Ensinger H. et al. Plasma catecholamine concentrations after successful resuscitation in patients. *Crit Care Med.* 1992; 20: 609-14.

47. Stiell I.G., Hebert P.C., Wells G.A. et al. Vasopressin versus epinephrine for in-hospital cardiac arrest: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2001; 358: 105-9.

48. Wenzel V., Krismer A., Arntz R. et al. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2004; 350: 105-13.

49. Gueugniaud P.Y., David J.S., Chanzy E. et al. Vasopressin and epinephrine vs. epinephrine alone in cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2008; 359: 21-30.

50. Kudenchuk P.J., Cobb L.A., Copass M.K. et al. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. *N Engl J Med.* 1999; 341: 871-8.

51. Dorian P., Cass D., Schwartz B. et al. Amiodarone as compared with lidocaine for shock-resistant ventricular fibrillation. *N Engl J Med.* 2002; 346: 884-90.

## ТАТЬЯНА ГОЛИКОВА — О СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ, ГОСРЕГУЛИРОВАНИИ В СФЕРЕ ЗАНЯТОСТИ, ЛЕКАРСТВЕННОМ И ПЕНСИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В 2009 ГОДУ

**Правительство приняло антикризисный план. По всей видимости, необходимо будет уменьшить какие-то расходы бюджета?**

**— Что будет с социальными обязательствами государства на ближайший год?**

— Правительство одобрило план антикризисных мер. Мы на расширенной коллегии обсуждали его первый раздел — «Социальные обязательства государства». Этот раздел является ключевым в антикризисном плане правительства, потому что в этом плане мы подтверждаем свою приверженность к исполнению всех социальных обязательств государства. И здесь я должна сказать, что мы не только их не сокращаем в рамках уже утвержденного на 2009 г. бюджета, но мы и увеличиваем все социальные обязательства, на которые влияет уровень инфляции. Я напому: бюджет 2009 г. формировался в спокойных не кризисных условиях. И мы закладывали уровень инфляции 8,5%. Сегодня прогноз по инфляции повышен до 13%. И мы индексируем все виды социальных выплат и пенсий, которые зависят и от уровня инфляции и от уровня прожиточного минимума пенсионера. Поэтому, если переходить к конкретике, мы увеличиваем, если так можно сказать, количество раз индексации пенсий. В течение 2009 г. мы дважды будем увеличивать базовую часть пенсии. Первое увеличение уже произошло с 1 марта — на 8,7%. Следующее увеличение базовой части пенсии произойдет с 1 декабря — на 31,4%. Средний размер социальной пенсии будет равен прожиточному минимуму пенсионера. У нас с 1 апреля планируется индексация страховой части пенсии на 17,5%. И сейчас мы заложили в бюджет Пенсионного фонда еще одно увеличение страховой части пенсии с 1 августа —

ориентировочно на 7,5%. Ориентировочно — потому что это будет зависеть от уровня инфляции. Если он окажется выше 13%, то, соответственно, индексация тогда страховой части пенсии будет выше. Кроме этого, мы увеличиваем все социальные пособия, которые были увеличены с 1 января 2009 г. на 8,5%. Сейчас мы их пересчитаем на 13 и доплатим за прошедший период. И с 1 апреля 2009 г. индексируем единовременные денежные выплаты населению не на 8,5% — как это планировалось, а на 13.

**— Очень многих интересует вопрос о лекарственном обеспечении. Особенно, малообеспеченные слои населения. Что в этой части государство будет предпринимать? Можно как-то регулировать этот процесс? Особенно остро эта ситуация стоит в регионах?**

— Я бы разделила этот вопрос на две части. Первая часть — это государственный сегмент, который обеспечивает федеральный бюджет и бюджеты субъектов Российской Федерации, в том числе за счет соответствующих средств, которые передаются из федерального бюджета. И вторая часть — это обычный коммерческий сегмент приобретения лекарственных средств аптечных учреждений. Что касается первой части — то все необходимые денежные средства в бюджете предусмотрены. Кроме этого, мы страхуемся на возможную нехватку денежных средств и закладываем резерв на обеспечение лекарственными средствами. Что касается цен по государственным закупкам — то здесь заку-

пили лекарственные средства еще в декабре 2008 г. Многие субъекты поступили таким же образом, поэтому на эту часть девальвация рубля не влияет. Конечно, всех беспокоит закупки второго полугодия. Мы сейчас проводим сверху необходимой потребности с субъектами Российской Федерации, но никаких угроз, ни с точки зрения обеспечения, ни с точки зрения цен, в государственном субъекте пока не ожидаем. Что касается коммерческого сегмента, где приобретаются лекарственные средства основной частью населения, — то здесь в рамках решений, которые приняты уже правительством, которые одобрены президентом, и, собственно, попали в антикризисную программу правительства, и сюда нужно отнести обязательную регистрацию цен на лекарственные средства, которые попадают в перечень жизненно важных и необходимых лекарственных средств, такой перечень сегодня утвержден правительством Российской Федерации. Сегодня эта регистрация не обязательна. Поэтому у нас регистрируется порядка только 20% от препаратов, которые должны регистрироваться. Кроме этого, предполагается пересмотреть в рамках приказа Министерства здравоохранения социального развития минимальный ассортимент лекарственных средств, который должен быть в каждом аптечном учреждении, чтобы не было перебоев со снабжением населения. И мы обратились к субъектам Российской Федерации и будем жестко контролировать эту ситуацию по поводу установления торговых надбавок, потому что сегодня установление торговых надбавок — это полномочия субъектов Российской Федерации. И, соответственно, они должны контролировать эту ситуацию. Но мы внесем в ближайшее время соответствующие изменения в действующее постановление правительства с тем, чтобы ужесточить процесс регистрации и контроля.

**— Национальный проект «Здоровье» в новых экономических условиях претерпит какие-либо изменения? Может быть, по-другому будут расставлены акценты?**

— Нет, вы знаете, мы не планируем никаких изменений в рамках национального проекта «Здоровье». Мы подтверждаем все программы, которые реализовывались до 2009 г. И, начиная с 2009 г., начинаем новый проект по онкологической программе, соот-

ветствующий документ правительства уже вышел. Кроме того, и это тоже широко обсуждается, мы начинаем проект по здоровому образу жизни, который нам представляется достаточно актуальным в сегодняшних условиях. Что касается денежных средств — то в рамках национального проекта они так же уменьшены. Произошла лишь некая корректировка. Если у нас с прошлого года оставались невостребованные остатки в силу либо изменения контингента получателей тех или иных выплат, либо избытка средств, такое тоже было, соответственно, на эти суммы мы уменьшили ассигнование 2009 г., потому что то, что предусмотрено, достаточно для реализации тех мер, которые будут осуществлены в 2009 г. И некоторые стройки, которые входят в состав нацпроекта, я имею в виду высокотехнологичные центры, перинатальные центры, их строительство может быть растянуто на год, больше чем планировалось до этого.

**— Сейчас министерство начало новую программу по снижению напряженности на рынке труда. Основные направления в этой программе какие?**

— Основные направления известны. Это организация временных рабочих мест или общественных работ, переподготовка и повышение квалификации кадров, самозанятость населения и помощь при организации собственного дела в комплексе с программами, которые по поддержке малого бизнеса, осуществляет Министерство экономического развития. Они в регионах имеют соответствующую поддержку. И переезд в другую местность при соответствующей поддержке из бюджета. Сегодня все субъекты Российской Федерации такие программы приняли, денежные средства на эти цели выделены. У нас 43,7 миллиарда рублей, но пока мы все эти денежные средства не выбрали. И собственно, это объективно, мы были к этому готовы, потому что все программы формировались в условиях начала 2009 г. и окончания 2008 г., когда мы не понимали, какие будут тенденции на региональных рынках труда. И сейчас субъекты Российской Федерации, реализовывая эти программы, могут вносить в них изменения с соответствующей корректировкой и мероприятий и сумм, которые будут направляться на реализацию этих программ.

— **Каковой вообще прогноз безработицы на этот год?**

— У нас по прогнозу, который вчера рассматривался на заседании правительства, и который будет положен в основу поправок к закону о бюджете, общая безработица в среднем за год оценивается в 6 миллионов человек, и регистрируемая — в 2,8.

— **Мы говорили о здоровом образе жизни, о новой программе, которая начинается с этого года. Как государство может изменить или улучшить систему здравоохранения? Непонятно, каким образом объяснить людям, что здоровый образ жизни — это, наверное, лучше? И, может быть, это даже какая-то экономическая категория сегодня?**

— Конечно, экономический элемент здесь, безусловно, есть, потому что это меньшие траты.

Если мы вовремя позаботились о человеке, о его здоровье. И нам не пришлось тратить на это более дорогостоящие препараты или, скажем, госпитализировать человека, который в этом нуждается. Это, пожалуй, наверное, самый трудный проект, особенно, в условиях нашей действительности. Потому что приверженность нашего населения к здоровому образу жизни достаточно низкая, и уровень охвата вредными привычками, такими, как алкоголизм, табакокурение, неправильное питание в России, к сожалению, достаточно высок. И, конечно, мы не рассчитываем получить сиюминутного эффекта. И это не только усилие нашего министерства, это усилие всех участников процесса, и наших коллег из министерства образования и коллег из министерства спорта.

---

## НОВОСТИ

### ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОБСУДИЛИ ВРАЧИ СЕРГИЕВО-ПОСАДСКОГО РАЙОНА

**На базе районной больницы города Сергиев - Посад 25.03.2009 г. состоялась районная конференция «Традиции и перспективы лечения артериальной гипертонии».**

Зам. главного врача по лечебной работе больницы, открывая конференцию отметила, что несмотря на известные достижения в лечении и профилактике, АГ остается самым топовым заболеванием, а реальная стратегия фармакотерапии не всегда соответствует современным рекомендациям.

С пленарным докладом «Оптимистическая трагедия кардиологического больного» выступил доцент кафедры клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ к.м.н. Наумов А.В.

В докладе были затронуты самые различные аспекты стратификации рисков у пациентов с АГ, вопросы выбора лекарственных препаратов. Портфель лекарств, необходимых больному с АГ в зависимости от коморбидных состояний.

Особое место уделялось нейропротективной терапии, комбинации гипотензивных препаратов и НПВП, поскольку более 60% пациентов с АГ имеют остеоартроз и нуждаются в назначении обезболивающей терапии.

В конце конференции состоялся диспут, в ходе которого обсуждались доказательства безопасности современных бета-блокаторов.

Особо врачей интересовали методы профилактики эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ при назначении различных форм ацетилсалициловой кислоты кардиологическим больным. Лектор привел результаты собственного сравнительного исследования безопасности применения кардиомагнила и Тромбо-АССа.

**Приказ №451н от 27 августа 2008 г.**

**О внесении изменений в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи**

**Зарегистрировано в Минюсте 10 сентября 2008 г., № 12254**

В соответствии со ст. 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817, № 29 ст. 3410) в целях совершенствования дополнительного лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, необходимыми лекарственными средствами, приказываю:

1. Внести в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 сентября 2006 г. № 8322), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 октября 2007 г. № 651 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2007 г. № 10367) изменения согласно приложению.

2. Приказ вступает в действие с 1 января 2009 года.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Скворцову.

*Министр*

*Т.А. Голикова*

**Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 27 августа 2008 г. № 451н**

Изменения, вносимые в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665:

<b>1. В разделе III. «Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства»:</b>	
а) исключить позиции: Парацетамол + Фенилэфрин + Фенирамин + Аскорбиновая кислота Пироксикам	порошок для приготовления раствора для приема внутрь гель
б) позицию: Ацетилсалициловая кислота изложить в следующей редакции: Ацетилсалициловая кислота	таблетки таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой
в) позицию: Метамизол натрий и комбинированные препараты, содержащие метамизол натрий изложить в следующей редакции: Комбинированные препараты, содержащие метамизол натрий	таблетки таблетки
<b>2. В разделе IV. «Средства для лечения подагры» исключить позицию:</b>	
Безвременника великолепного алкалоид	таблетки, покрытые оболочкой
<b>3. В разделе V. «Прочие противовоспалительные средства» исключить позицию:</b>	
Хондроитин сульфат	капсулы, мазь
<b>4. В разделе VI. «Средства для лечения аллергических реакций» исключить позиции:</b>	
Дифенгидрамин	таблетки
Хифенадин	таблетки
Левосетиризин	таблетки, покрытые оболочкой
<b>5. В разделе VII. «Противосудорожные средства» исключить позицию:</b>	
Фенитоин	таблетки
<b>6. В разделе VIII. «Средства для лечения паркинсонизма» исключить позицию:</b>	
Толперизон	таблетки, покрытые оболочкой
<b>7. Раздел IX. «Анксиолитики» исключить позицию:</b>	
Тофизопам	таблетки
<b>8. В разделе X. «Антипсихотические средства»:</b>	
а) исключить позицию: Тиопроперазин	таблетки, покрытые оболочкой
б) дополнить позицией: Галоперидол	раствор для внутримышечного введения [масляный]
<b>9. В разделе XIII. «Прочие лекарственные средства, влияющие на центральную нервную систему»:</b>	
а) исключить позиции: Гамма-аминомасляная кислота Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	таблетки, покрытые оболочкой таблетки
б) дополнить позицией: Толперизон	таблетки, покрытые оболочкой
<b>10. В подразделе «Антибиотики» раздела XIV. «Средства для профилактики и лечения инфекций» исключить позиции:</b>	
Грамицидин С Клиндамицин Фузидовая кислота	таблетки защечные капсулы крем для наружного применения, мазь для наружного применения; таблетки, покрытые оболочкой
Хлорамфеникол Эритромицин	капли глазные, линимент, таблетки мазь глазная, мазь для наружного применения, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой
Пипемидовая кислота	капсулы
<b>11. В подразделе «Синтетические антибактериальные средства» раздела XIV. «Средства для профилактики и лечения инфекций» исключить позиции:</b>	
Левифлоксацин Моксифлоксацин	таблетки, покрытые оболочкой таблетки, покрытые оболочкой

<b>12. В разделе XV. «Противовирусные средства» исключить позиции:</b>	
Интерферон альфа-2а Интерферон альфа-2b  Интерферон гамма  Рибавирин Римантадин	раствор для интраназального применения лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения капсулы таблетки
<b>13. В разделе XVI. «Противогрибковые средства» исключить позиции:</b>	
Итраконазол Кетоконазол	капсулы, раствор для приема внутрь таблетки
<b>14. В разделе XVII. «Противопаразитарные препараты» исключить позиции:</b>	
Пирантел Фуразолидон	таблетки, суспензия для приема внутрь таблетки
<b>15. В разделе XVIII. «Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства» исключить позицию:</b>	
Аминоглутетимид	таблетки
<b>16. В разделе XX. «Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания» исключить позиции:</b>	
Активферин Железа глюконат + Марганца глюконат + Меди глюконат	сироп раствор для приема внутрь
<b>17. В разделе XXI. «Средства, влияющие на сердечно - сосудистую систему»:</b>	
а) исключить позиции: Атенолол + Хлорталидон Инозин Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлортиазид Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлортиазид + Калия хлорид Триметилгидразиния пропионат Мозкспирил Небиволол Периндоприл Периндоприл + Индапамид Прокаинамид Рамиприл Спирраприл Фозиноприл Хинаприл Цилазаприл б) дополнить позициями: Бисопролол Лаптаконитина гидробромид	таблетки, покрытые оболочкой таблетки, покрытые оболочкой таблетки таблетки, покрытые оболочкой капсулы таблетки, покрытые оболочкой таблетки таблетки таблетки таблетки таблетки таблетки, покрытые оболочкой таблетки, покрытые оболочкой  таблетки, покрытые оболочкой таблетки
<b>18. В подразделе «Средства, используемые для лечения заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке» раздела XXII. «Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта» исключить позицию:</b>	
Рабепразол	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой
<b>19. В подразделе «Антидиарейные средства» раздела XXII. «Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта» исключить позицию:</b>	
Активированный уголь	таблетки
<b>20. В подразделе «Панкреатические энзимы» раздела XXII. «Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта» исключить позиции:</b>	
Адеметионин Аллохол Комбинированные препараты, содержащие фосфолипиды Тыквы обыкновенной семян масло	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой таблетки, покрытые оболочкой капсулы капсулы, масло для приема внутрь, суппозитории ректальные

**21. В подразделе «Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны» раздела XXIII. «Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему» исключить позиции:**

Кломифен	таблетки
Левотироксин натрий + Лиотиронин	таблетки

**22. В разделе XXV. «Средства, влияющие на органы дыхания» исключить позиции:**

Аминофиллин	таблетки
Кромоглициевая кислота и ее натриевая соль	аэрозоль для ингаляций дозированный, капли глазные, порошок для ингаляций в капсулах, раствор для ингаляций
Нафазолин	капли назальные

**23. В разделе XXVI. «Средства, применяемые в офтальмологии» исключить позиции:**

Атропин	капли глазные
Цитохром С + Аденозин + Никотинамид	капли глазные

**24. В разделе XXVII. «Витамины и минералы» исключить позиции:**

Аскорбиновая кислота	таблетки
Аскорбиновая кислота + Декстроза	таблетки
Аскорбиновая кислота + Рутозид	таблетки
Бенфолипен	драже
Витамин Е	капсулы, раствор для приема внутрь
Никотиновая кислота	таблетки
Ретинол	драже, раствор для приема внутрь масляный
Ретинол + Витамин Е + Менадион + Бетакаротен	раствор для местного и наружного применения масляный
Шиповника масло	масло для приема внутрь и местного применения
Шиповника сироп плюс витамин С	сироп
Эргокальциферол	драже
Тиоктовая кислота	таблетки, покрытые оболочкой

**25. В разделе XXVIII. «Антисептики и средства для дезинфекции» исключить позицию:**

Йод	раствор для наружного применения
-----	----------------------------------

**26. В разделе XXIX. «Прочие средства»:**

а) исключить позиции: Водорода пероксид Кодеин + Пропифеназон + Парацетамол + Кофеин Омега-3 триглицериды (ЭПК/ДКГ-1.2/1-90%)	раствор для местного и наружного применения таблетки капсулы
б) позицию Этилметилгидроксипиридина сульфат изложить в следующей редакции: Этилметилгидроксипиридина сукцинат	капсулы; таблетки, покрытые оболочкой капсулы; таблетки, покрытые оболочкой

**27. В разделе XXX. «Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения»:**

а) исключить позиции: Ацетилсалициловая кислота Бисопролол Ганцикловир Инозин Интерферон гамма  Оксодигидроакридинацетат натрия Тиклопидин Целекоксиб Цефтриаксон	таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой таблетки, покрытые оболочкой лиофилизат для приготовления раствора для инфузий раствор для внутривенного введения лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения раствор для внутримышечного введения таблетки, покрытые оболочкой капсулы порошок для приготовления раствора для внутривенного введения; порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения
б) дополнить позициями: Адеметионин Зуклопентиксол Левометиризин Левифлоксацин Рибавирин Итраконазол Клопидогрел	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой раствор для внутримышечного введения [масляный] таблетки, покрытые оболочкой таблетки, покрытые оболочкой капсулы капсулы, раствор для приема внутрь таблетки, покрытые оболочкой

Моксифлоксацин	таблетки, покрытые оболочкой
Моксиприл	таблетки, покрытые оболочкой
Небиволол	таблетки
Омега-3 триглицериды (ЭПК/ДКГ-1.2/1-90%)	капсулы
Периндоприл	таблетки
Периндоприл + Индапамид	таблетки
Рабепразол	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой
Рамиприл	таблетки
Спироприл	таблетки
Тиоктовая кислота	таблетки, покрытые оболочкой
Флуфеназин	раствор для внутримышечного введения [масляный]
Фозиноприл	таблетки
Хинаприл	таблетки, покрытые оболочкой
Цилазаприл	таблетки, покрытые оболочкой

### Приказ Минздравсоцразвития России №112 от 13 марта 2009 г.

## О подготовке врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в 2009 году

В соответствии с п. 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства РФ, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080; 2008, № 11, ст. 1036; № 15, ст. 1555; № 23, ст. 2713; № 42, ст. 4825; № 46, ст. 5337; № 48, ст. 5618; 2009, № 2, ст. 244; № 3, ст. 378; № 6, ст. 738), и в целях реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2009 г. приказываю:

1. Руководителям государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) обеспечить подготовку врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в 2009 г. в соответствии с контрольными цифрами подготовки врачей по этим специальностям в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, согласно приложению № 1;

б) представить в Департамент науки, образования и кадровой политики (И.Л. Андреева):

— в срок до 20 марта 2009 г. план-график проведения циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики на 2009 г.;

— личные карточки слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики по форме согласно приложению № 2.

2. Финансовому департаменту (Е.М. Шипилева) обеспечить финансирование расходов государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в пределах средств, выделенных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2009 г. на подготовку врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

3. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ направлять врачей на подготовку по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в государственные образовательные учреждения высшего и дополнительного профессионального образования, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в соответствии с планами-графиками проведения циклов повышения квалификации (профессиональной переподготовки) врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И. Скворцову.

*Министр*

*Т.А. Голикова*

**Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от «13» марта 2009 № 112**

Контрольные цифры подготовки врачей по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

<b>Наименование образовательного учреждения</b>	<b>Подготовка врачей общей практики, участковых врачей-терапевтов, участковых врачей-педиатров в 2009 г. (чел.), всего</b>	<b>в т. ч. участковых врачей-терапевтов - 72-144 часа (чел.)</b>	<b>в т. ч. участковых врачей-педиатров - 72-144 часа (чел.)</b>	<b>в т. ч. врачей общей практики - 72-144 часа (чел.)</b>	<b>Профессиональная переподготовка врачей общей практики — 864 часа (чел.)</b>
Алтайский государственный медицинский университет	170	95	58	11	6
Амурская государственная медицинская академия	117	48	48	12	9
Астраханская государственная медицинская академия	92	50	29	8	5
Башкирский государственный медицинский университет	445	199	234	12	0
Владивостокский государственный медицинский университет	140	70	64	6	0
Волгоградский государственный медицинский университет	231	139	92	0	0
Воронежская государственная медицинская академия	182	91	56	30	5
Дагестанская государственная медицинская академия	206	110	80	11	5
Дальневосточный государственный медицинский университет	168	78	84	6	0
Ивановская государственная медицинская академия	189	97	69	23	0
Ижевская государственная медицинская академия	221	139	65	7	10
Иркутский государственный медицинский университет	148	60	53	4	31
Казанский государственный медицинский университет	216	78	48	48	42
Кемеровская государственная медицинская академия	49	24	19	0	6
Кировская государственная медицинская академия	191	91	82	12	6
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого	96	60	30	6	0
Кубанский государственный медицинский университет	428	274	142	6	6
Курский государственный медицинский университет	261	93	102	29	37
Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова	262	104	102	38	18
Московский государственный медико-стоматологический университет	240	144	96	0	0

Российский государственный медицинский университет	384	212	154	18	0
Нижегородская государственная медицинская академия	384	204	144	24	12
Новосибирский государственный медицинский университет	311	180	120	0	11
Омская государственная медицинская академия	144	72	54	18	0
Оренбургская государственная медицинская академия	122	64	48	10	0
Пермская государственная медицинская академия	170	92	48	30	0
Ростовский государственный медицинский университет	135	61	60	0	14
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова	125	73	50	1	1
Самарский государственный медицинский университет	215	80	55	65	15
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия	136	0	136	0	0
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова	128	97	0	28	3
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова	144	114	0	24	6
Саратовский государственный медицинский университет	158	100	34	24	0
Северный государственный медицинский университет	179	73	58	36	12
Северо-Осетинская государственная медицинская академия	90	48	42	0	0
Сибирский государственный медицинский университет	128	62	50	16	0
Смоленская государственная медицинская академия	253	144	74	31	4
Ставропольская государственная медицинская академия	354	132	120	90	12
Тверская государственная медицинская академия	96	36	48	12	0
Тюменская государственная медицинская академия	497	252	144	82	19
Уральская государственная медицинская академия	252	126	89	4	33
Челябинская государственная медицинская академия	153	72	52	19	10
Читинская государственная медицинская академия	74	34	40	0	0
Ярославская государственная медицинская академия	267	74	55	48	90
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей	95	44	51	0	0
Казанская государственная медицинская академия	622	163	249	140	70
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей	186	79	72	30	5
Пензенский институт усовершенствования врачей	325	45	99	85	96
Российская медицинская академия последипломного образования	402	243	159	0	0
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования	340	175	90	40	35
Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования	80	36	34	5	5

**Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
от «13» марта 2009 г. № 112**

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ  
цикла повышения квалификации и профессиональной  
переподготовки врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров  
участковых, врачей общей практики**

**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

Фамилия  Имя

Отчество

Дата рождения   
(день, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность    
(серия, номер) (дата выдачи)

Выдан   
(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

Адрес места жительства по документу, удостоверяющему личность:

<b>Почтовый индекс</b>	<b>Адрес</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Место работы

Должность на момент заполнения

**ТЕКУЩИЙ ЦИКЛ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

Специальность:

040122 «Терапия» (участковый терапевт);  
040201 «Педиатрия» (участковый педиатр);  
040110 «Общая врачебная практика» (семейная медицина)

Дата		Форма обучения (очная, очно-заочная)	Количество часов	Наименование образовательного учреждения	Документ об окончании обучения		
начала обучения	окончания обучения				наименование	серия, номер	дата

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, направивший слушателя на повышение квалификации и профессиональную переподготовку

Стаж работы в первичном звене здравоохранения на момент заполнения

## РАНЕЕ ПРОВЕДЕННЫЕ ЦИКЛЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Дата		Форма обучения (очная, очно- заочная)	Количество часов	Наименование образовательного учреждения	Документ об окончании обучения		
начала обучения	окончания обучения				наименование	серия, номер	Дата выдачи
Специальность:							

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Дата начала обучения<sup>1</sup> «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Дата окончания обучения <sup>\*\*</sup> «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

ФИО исполнителя \_\_\_\_\_

Должность исполнителя \_\_\_\_\_

\* Заполняется в электронном виде в течение 5 дней после начала очередного цикла повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

\*\* Заполняется в электронном виде в течение 5 дней после завершения цикла повышения квалификации профессиональной переподготовки. Бумажный носитель отправляется в адрес Минздравсоцразвития России.

## НОВОСТИ

### В российских больницах не хватает диагностического оборудования

Значительная часть государственных медицинских учреждений страдают от недостатка современного диагностического оборудования. Таковы результаты опроса, проведенного компанией Synopsis среди сотрудников российских больниц.

Согласно данным общероссийского исследования, 23% опрошенных работников государственных медучреждений отмечают недостаток диагностического оборудования, 20% указывают на недостаток лабораторного оборудования, 17% — на недостаток реанимационного оборудования.

В центральных больницах и федеральных медицинских центрах чаще всего не хватает рентгеновского оборудования, в поликлиниках — ультразвукового.

На износ половины диагностического оборудования указали 66% врачей, на износ половины лабораторного оборудования — 60% опрошенных.

Каждый четвертый опрошенный сообщил, что направляет пациентов для диагностических обследований в другое медицинское учреждение, каждый восьмой вынужден отправлять больных в другой населенный пункт.

*МедНовости*

## КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ МГМСУ ИЛИ КАК МЫ ЕЗДИЛИ В ТУРЦИЮ

В апреле 2008 г. в Москве проходила XXX Юбилейная итоговая конференция молодых ученых МГМСУ, в которой приняли участие ординаторы и аспиранты многих кафедр нашего университета. В составе конференции было выделено несколько научных направлений, сгруппированных по секциям: акушерства и гинекологии, внутренних болезней, детской терапевтической стоматологии, клинической психологии, неврологии и психиатрии, ортодонтии и детского протезирования, ортопедической стоматологии, оториноларингологии, офтальмологии, терапевтической стоматологии, хирургических болезней, а также хирургической стоматологии.

Вот лишь некоторые имена людей, победивших внутри каждой из секций, и занявших призовые места в XXX юбилейной конференции молодых ученых МГМСУ:

- Горбунова Елена Михайловна (акушерство и гинекология)
- Скотников Антон Сергеевич (внутренние болезни)
- Паздникова Надежда Константиновна (детская терапевтическая стоматология)
- Зенцова Наталья Игоревна (клиническая психология)
- Сабилу Елена Станиславовна (неврология и психиатрия)



Наумов А.В., к.м.н.

- Ломакина Валерия Михайловна (ортодонтия и детское протезирование)
- Крестникова Юлия Викторовна (ортопедическая стоматология)
- Корниенко Роман Анатольевич (оториноларингология)
- Верзин Ростислав Александрович (офтальмология)

— Крихели Нателла Ильинична (терапевтическая стоматология)

— Гулаев Глеб Георгиевич (хирургические болезни)

— Федотов Роман Николаевич (хирургическая стоматология)

Впервые в истории проведения молодежных научных конференций в нашем университете, при спонсорской поддержке компании «Никомед», некоторые победители были удостоены путевки в Турцию, а именно в пригород Анталии — поселок Белек. Именно там, на берегу Средиземного моря в одном из комфортабельных отелей проходила научная конференция, посвященная проблеме боли в практике терапевта и адекватному обезболиванию.

Подобная награда позволила победителям обогатить личный багаж знаний опытом участия в международных конференциях, а также просто насладиться живописными видами осенней Турции, ее мягким климатом и завораживающим теплым морем, укрепив





*Цурко В.В., д.м.н.*

тем самым в ребятах желание и стремление работать в сто крат больше, дабы подобные интересные поездки повторялись вновь и вновь.

Программа конференции включала в себя несколько симпозиумов и отдельных лекций.

Программу первого дня открыло импровизированное ток-шоу «К барьеру!», в котором «дуэлянтами» явились к.м.н., доцент Антон Вячеславович Наумов и д.м.н., профессор Владимир Викторович Цурко.

Роль блистательного ведущего, искрометно комментирующего спор, отстаивающих свои позиции, ученых, ни чуть, не уступая Владимиру Соловьеву, исполнил д.м.н., профессор Аркадий Львович Вёрткин.

В своих комментариях профессор-ведущий подробно продемонстрировал аудитории

ситуацию со смертностью и заболеваемостью в России, неоднократно акцентируя внимание на состоянии современной медицины, а также экстренной необходимости возобновления классического медицинского образования, подтверждая при этом каждое свое слово блестящими, остроумнейшими фразами Фаины Георгиевны Раневской.

Реалистичное звуковое сопровождение происходящего на сцене, неподражаемые шутки ведущего, утонченные колкости и не менее каверзные ответы обеих борющихся за свою точку зрения сторон создали в огромном зале отеля атмосферу дружелюбия и понимания, зажгли в делегатах желание к усовершенствованию рутинных подходов к лечению и диагностике соматической патологии.



*д.м.н., профессор  
Вёрткин А.Л.*



*Традиции, ассоциации, креативность и юмор...*



*Овации аудитории и блеск в глазах людей...*



*Вопросы, обсуждения, мнения, советы*



*д.м.н. Стрюк Р.И.*



*Гостиничный комплекс Kaya Hotels and Resorts*

200 главных врачей и их заместителей, прилетевших в Турцию из всех уголков России, с неподдельным интересом наблюдали за происходящим. Захватывающая презентация, сопровождающая выступление лекторов, была посвящена турецкой живописи и правилу «золотого сечения», а также проиллюстрирована многочисленными работами мастеров турецкого искусства, от которых проводились незримые параллели к мастерам медицины и правильному назначению препаратов, для чего строились великолепные ассоциации, так чудесно помогающие зрителям в усвоении полученной информации.

Критерием успешности столь нетрадиционного креативного мероприятия послужили длительные аплодисменты зала и позитивное

настроение, которое эрудированные выступающие смогли подарить всем участникам конференции. Бурное обсуждение постулатов и тезисов прозвучавших докладов, в неформальной обстановке — за чашкой чая или бокалом вина, последовало сразу же после завершения симпозиума.

Также МГМСУ на турецкой конференции был представлен интереснейшим докладом д.м.н., профессора Раисы Ивановны Стрюк, который был посвящен применению  $\beta$ -блокаторов в лечении артериальной гипертензии беременных.

А параллельно обсуждению научных изысков, исследований и открытий протекал отдых, простой такой турецкий отдых под голубым небом на берегу моря,... короче говоря, в раю...

## ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ. ОТКРОЙТЕ МИР БЕЗ КУРЕНИЯ

3 февраля 2009 г. в городе Москве в стенах спортивного комплекса «Олимпийский» был организован симпозиум «Вне зависимости. Откройте мир без курения». В зале собрались врачи, представители аптечной сети, журналисты.

С вступительным словом к участникам симпозиума обратился директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины РАМН, главный специалист-эксперт Министерства здравоохранения и социального развития РФ, президент Всероссийского научного общества кардиологов академик РАМН Оганов Р.Г., который подчеркнул актуальность и особое социальное значение темы симпозиума, различные аспекты влияния табакокурения на здоровье человека. Отказ от курения спасает намного большее количество жизней, чем снижение холестерина и стабилизация артериального давления вместе.

Далее с докладом выступил ученый-химик, научный сотрудник отделения клинической биохимии Центра нейробиологии компании Pfizer, который разработал молекулу варениклина, Джотам Ко.

Эффективность инновационного препарата «Чампикс», созданного на основе молекулы варениклина, для лечения никотиновой зависимости

уже доказана опытом 9 миллионов человек в США и Европе. Теперь этот препарат появился и в России. В своем выступлении Джотам Ко основной акцент сделал на механизм действия варениклина. Для того, чтобы понять, как действует препарат, ученый предложил участникам



*Джотам Ко*

разобраться, как действует сам никотин. Попадая в мозг, никотин прикрепляется к так называемым никотиновым рецепторам мозга. Уже через несколько секунд после первой затяжки никотин вызывает выброс «гормона удовольствия» — дофамина. При дефиците никотина развиваются симптомы «отмены», и курильщик вынужден выкуривать новую сигарету, чтобы снова получить импульс удовольствия. Если же место никотина «занять», то никотин, попав в мозг, попросту не сможет оказать стимулирующего воздействия. Не найдя себе места, он выйдет из организма.

Именно по этому принципу создан препарат «Чампикс». Молекула варениклина, взаимодействуя с никотиновыми рецепторами, не только блокирует действие никотина, благодаря чему человек не получит удовольствия в момент курения, но и стимулирует никотиновые рецепторы, что значительно ослабляет симптомы отмены.

Программу симпозиума продолжили секции для врачей, для представителей аптечной сети, для корреспондентов.

Секцию для представителей аптечной сети открыл профессор кафедры клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ Вёрткин А.Л.



*А.Л. Вёрткин*

## СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ!



Свой доклад «Проблемы никотиновой зависимости. Взгляд терапевта» профессор Вёрткин А.Л. начал со слов: «Если мы победим курение, мы спасем нацию от вымирания». Действительно, значимость проблемы трудно



Н.С. Антонов

переоценить, ведь каждые 10 минут от курения сигарет умирает 1 человек и с каждым годом эта цифра растет.

Куриение является не просто вредной привычкой, это болезнь, влияющая на все органы и системы организма.

В дополнение к словам, были приведены материалы патологоанатомических секций умерших курильщиков.

Итак, курение — это болезнь, а значит, ее нужно лечить, ведь только 6,4 % могут бросить курить усилием воли, 92,3% предпочли бы бросить курить с помощью лекарственного препарата. Профессор Верткин А.Л. показал многообразие средств для борьбы с курением, которыми насыщен фармацевтический рынок страны, однако не один из них не является эталонным.

В настоящее время появился препарат «Чампикс» — единственный препарат, оказывающий патогенетическое влияние на никотиновую зависимость. Подробно об этом влиянии рассказал профессор НИИ пульмонологии Антонов Н.С.

Итак, курение давно вышло за рамки просто вредной привычки, оно приобрело характер эпидемии, уносящей жизни миллионов людей всего мира. Появление препарата «Чампикс», безусловно, стало важным медико-социальным событием.

## Свиной грипп: слухи чрезмерны

Основные симптомы совпадают с обычными симптомами гриппа:

- Головная боль,
- Боли в мышцах,
- Повышение температуры,
- Кашель,
- Рвота,
- Диарея.



Свиной грипп — высокозаразное острое респираторное заболевание, открыто в 1931 году американским ученым Ричардом Шоупом.

По официальной классификации, он относится к типу А (наиболее распространенный тип гриппа, вызывающий наиболее масштабные эпидемии). Самый распространенный подтип свиного гриппа — H1N1, реже встречаются подтипы H1N2, H3N1 и H3N2.

### Мексиканский свиной грипп

В марте-апреле 2009 года произошла вспышка нового штамма вируса гриппа в Мексике. Было госпитализировано около 1300 человек, погибло более 150.

Официальные лица Соединённых Штатов сообщают, что семь человек были заражены свиным гриппом в Калифорнии и Техасе, и все выздоровели. Существует определенная опасность развития пандемии, так же как это произошло в 1918–1919 годах с вирусом «Испанки». 27 апреля 2009 года Всемирная Организация Здравоохранения повысила степень опасности до 4-го уровня

Распространяется воздушно-капельным путем. При этом смертность у животных низка и обычно не превышает 4% от числа заболевших особей.

• До сих пор были известны лишь единичные случаи заражения людей свиным гриппом и этот вирус считался видоспецифичным — то есть не передающимся от животных к человеку в обычных условиях. Соответственно, у людей отсутствует иммунитет к вирусу H1N1. В то же время ряд ученых указывали на возможность мутации данного вируса с его «адаптацией» к человеческому организму, что может грозить возникновением эпидемии планетарного масштаба — пандемии.

• Вспышка впервые была зарегистрирована в Федеральном округе Мехико, где началось наблюдение за большим всплеском случаев гриппоподобных заболеваний, начавшихся 18 марта. Мексиканскими властями всплеск объяснялся «позднесезонным гриппом» до 21 апреля, когда Центры по контролю и профилактике заболеваний США затревожились из-за двух независимых друг от друга случаев новых заболеваний свиным гриппом, о которых сообщили в СМИ.

• Первые два случая были определены (и подтверждены) как свиной грипп у двух детей, живущих в США в округе Сан-Диего и округе Империял, которые заболели 28 и 30 марта. Этот новый штамм был быстро подтвержден в Мексике, тем самым связав новый штамм с текущей вспышкой гриппоподобных заболеваний. Новости о связи штамма со вспышкой прозвучали в прямом эфире новостей в Мексике 23 апреля 2009 года.

• В марте и апреле 2009 года было зарегистрировано более 1000 случаев подозрений на свиной грипп в Мексике и юго-западных штатах США. Штамм был необыкновенно заразным в Мексике, вызвав 81 подтвержденный случай смерти, в основном в Мехико, но также были сообщения о таких случаях в штатах Сан-Луис-Потоси, Идальго, Керетаро, Мехико, все в центральной Мексике.

• Некоторые случаи в Мексике и США были подтверждены Всемирной организацией здравоохранения как ранее неизвестные штаммы H1N1. Жертвами заболевания в Мексике стали в основном взрослые люди от 25 до 45 лет — отличительная черта пандемического гриппа. Новый штамм свиного гриппа был подтвержден в 16 случаях смертей, и еще как минимум 100 других случаев анализируются лабораторно по состоянию на 24 апреля 2009 года.

Мексиканский министр здравоохранения Хосе Анхель Кордова 24 апреля заявил: «Мы принимаем меры в связи с новым вирусом гриппа, формирующим респираторную эпидемию, которая уже контролируется»

**Рекомендации Всемирной организации здравоохранения, Центра контроля и профилактики заболеваний в Атланте, Федерального агентства Бельгии по безопасности продовольственной сети, Россельхознадзора, санитарных врачей и Министерств здравоохранения Украины, России и США, по предотвращению заражения и заболевания свиным гриппом.**

1. По возможности отложите деловые и туристические поездки в регионы, где выявлены случаи заболевания свиным гриппом. В первую очередь, стоит отказаться от визитов в США и Мексику, где вспышки заболевания уже приобрели масштаб эпидемии
2. Если вашу поездку в страну, где зафиксированы случаи заболевания свиным гриппом, невозможно отложить, будьте бдительны: не посещайте людных мест, избегайте пользования общественным транспортом, не стойте и не сидите рядом с людьми с признаками респираторной инфекции – насморком, кашлем, покрасневшими глазами. Уместным также будет носить марлевую повязку или хирургическую маску
3. В случае, если вы менее десяти дней назад вернулись из страны, где зафиксированы случаи распространения и инфицирования возбудителем свиного гриппа, будьте особенно внимательны к своему здоровью. При появлении симптомов ОРВИ - температуры, кашля, насморка, расстройства желудка и мышечной боли, - немедленно обратитесь к врачу

#### Опасность глобального распространения

Центр контроля и профилактики заболеваний США (CDC) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уверены, что данная вспышка заболевания может привести к глобальному распространению вируса по следующим причинам.

##### • Новая модификация

Данный вирус является новой модификацией вируса, от которого у человеческой популяции нет иммунитета, как природного, так и привитого вакцинацией.

##### • Переносчики вируса

Вирус может передаваться от человека к человеку. Опрос инфицированных пациентов выявил, что они не подвергались прямому контакту со свиньями. Позже возможность передачи вируса между людьми подтвердилась. Для сравнения, например, в ходе последней серьезной вспышке вируса птичьего гриппа в 2006, было определено, что практически каждому случаю заболевания был причиной прямой контакт между человеком и птицей.

##### • Распространение

Вирус вызвал серьезные заболевания и несколько смертей в Мексике. Заражены были преимущественно молодые, взрослые люди, что напоминает вирус Испанского Гриппа в 1918. Тяжелее всего болезнь протекает у детей, пожилых людей, а также особ с ослабленной иммунной системой.

##### • География

Вирус был обнаружен во множестве областей, что указывает на маловероятную локализацию распространения. Что, в свою очередь, усиливается инкубационным периодом и периодом распространения вируса.

##### • Недостаток информации

То обстоятельство, что невозможно на данном этапе определить ни скорость распространения, ни эффективность существующих лекарственных средств, ни возможные мутации вируса, делает невозможным предсказание дальнейшего развития ситуации.

4. Если по возвращению ваших родных и близких из заграницы у них возникнут симптомы простуды или респираторной инфекции - немедленно изолируйте больного в отдельной комнате и контактируйте с ним только в марлевой маске. Срочно вызовите врача

5. Помните, что вирус-возбудитель свиного гриппа H1N1 может передаваться не только людьми, но и животными. По имеющейся на сегодня информации, сам вирус представляет собой рекомбинацию человеческого, птичьего и свиного гриппа и теоретически заразиться им можно, ухаживая за животными или употребляя в пищу плохо обработанное мясо. Между тем, эксперты убеждены, что при употреблении в пищу термически обработанной свинины заразиться H1N1 невозможно

6. В связи с тем, что вирус свиного гриппа распространяется воздушно-капельным путем, следует соблюдать санитарный режим, предусмотренный при эпидемиях респираторных вирусных инфекций: когда вы кашляете или чихаете, прикрывайте нос и рот одноразовой салфеткой или платком; мойте руки с мылом, особенно после того, как вы кашляли или чихали (в случае, если у вас нет возможности часто мыть руки - используйте влажные спиртосодержащие салфетки); старайтесь не дотрагиваться до глаз, носа или рта, особенно находясь в общественных местах; чаще проветривайте помещения

#### Лечение

• Лечение большинства штаммов свиного гриппа осуществляется с помощью препаратов Амантадин, Занамивир, Осельтамивир и Римантадин, у человека есть к ним привитый (путем вакцинаций) и врожденный иммунитет.

• Мутировавший «мексиканский» штамм H1N1 устойчив к большинству известным на сегодняшний день противовирусным средствам. На данный момент полноценного лекарства против штамма H1N1 не существует — существующие лекарства могут лишь облегчить ход болезни, особенно, на ее ранних стадиях (в случаях, когда больной обращается за медицинской помощью в течении 2 суток после появления первых симптомов болезни).

7. На время эпидемии максимально ограничьте пребывание в людных местах. Избегайте контактов с людьми, у которых заметны симптомы респираторной инфекции. В случае, если у вас или ваших близких появятся симптомы ОРВИ, постарайтесь максимально ограничить контакт с окружающими и вызовите врача на дом

8. Откажитесь от вакцинирования обычной вакциной против гриппа: она не поможет в борьбе с новым вирусом, а лишь ослабит иммунитет. Вакцина против вируса H1N1, по оценкам ВОЗ, появится не раньше, чем через пять-шесть месяцев

# ФИЗИОТЕРАПЕВТ

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



## **Научно-практический журнал для врачей-физиотерапевтов**

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

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

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

## **ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ**

### **Организация работы в физиотерапии**

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

### **Оригинальные статьи**

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

### **Новые технологии**

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

### **Официальный отдел**

- приказы, информационные письма, положения и методические рекомендации по

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

### **Обзоры и диссертации**

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

### **Последипломное образование**

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

### **Лекции**

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

**Как подписаться на журнал «Физиотерапевт»**

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84881.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 13534.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

На правах рекламы

# 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;

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

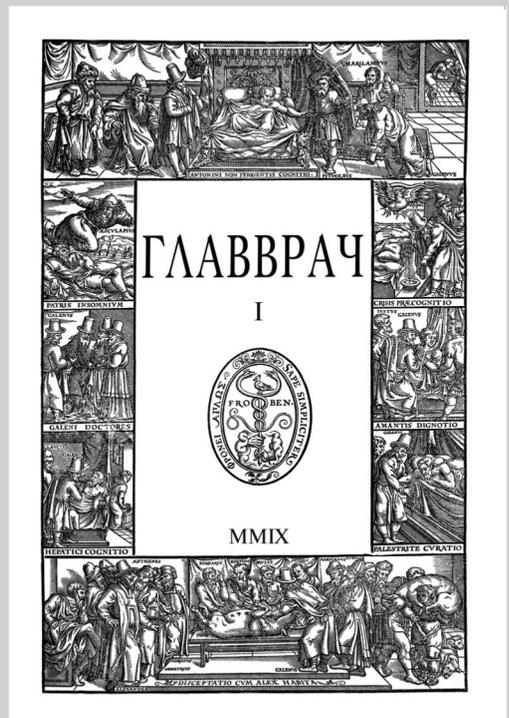
Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

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

**Контактная информация:**

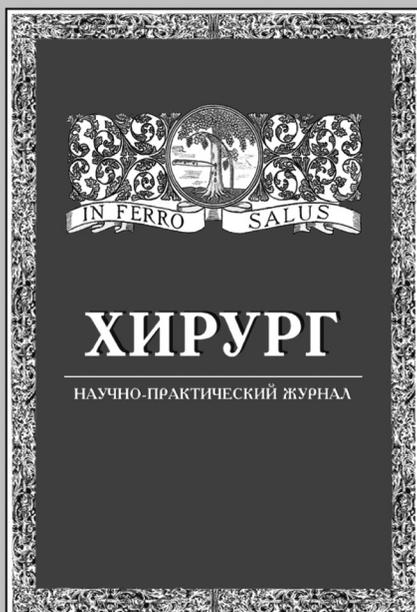
8(499) 257-01-35 (офис), 8(916) 102-25-50 (моб.)  
e-mail: [gv\\_vop@mail.ru](mailto:gv_vop@mail.ru), <http://gv.glav-vrach.ru>

Краснова Анна Яковлевна



# ХИРУРГ

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



## Научно-практический рецензируемый журнал для врачей хирургического профиля

Журнал входит в Перечень рецензируемых изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

На страницах журнала вы найдете наиболее актуальные статьи по вопросам организации хирургической помощи населению, о современных методах диагностики, лечения и профилактики хирургических заболеваний, новых медицинских технологиях, результатах научных разработок в области хирургии.

Кроме этого, в журнале освещаются вопросы профессионального образования и переподготовки хирургов, новые нормативно-правовые и методические документы по специальности с комментариями их разработчиков и экспертов.

**Главный редактор – И. В. Ярема**, д. м. н., чл.-корр. РАМН, заслуженный деятель науки РФ.

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

## ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

### Организация хирургической помощи

- совершенствование хирургической помощи населению;
- новые технологии и методики оказания медицинских услуг.

### Проблемы общей хирургии

- предоперационная подготовка;
- современные методы хирургического лечения.

### Проблемы лимфатической системы

- роль лимфатической системы при острой хирургической патологии;
- лимфологические методы лечения.

### Коррекция психического статуса хирургических больных

- характер психоэмоциональных проявлений у больных после калечащих операций;
- особенности психофармакотерапии с целью коррекции психического статуса.

### Эндоскопическая хирургия

- малоинвазивные оперативные вмешательства при лечении различных заболеваний;
- особенности их использования при выраженном спаечном процессе в брюшной полости, при патологии матки и ее придатков.

### Травматология

- тактика обследования и лечения больных с сочетанной травмой;
- современные подходы к ведению больных с переломами трубчатых костей.

### Анестезиология и реаниматология

- основные аспекты анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении;
- уникальные подходы к анестезиологическому пособию при конкретном заболевании.

### Клинический опыт

- нестандартные клинические наблюдения;
- оригинальные операции.

## Как подписаться на журнал «Хирург»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84811.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12371.

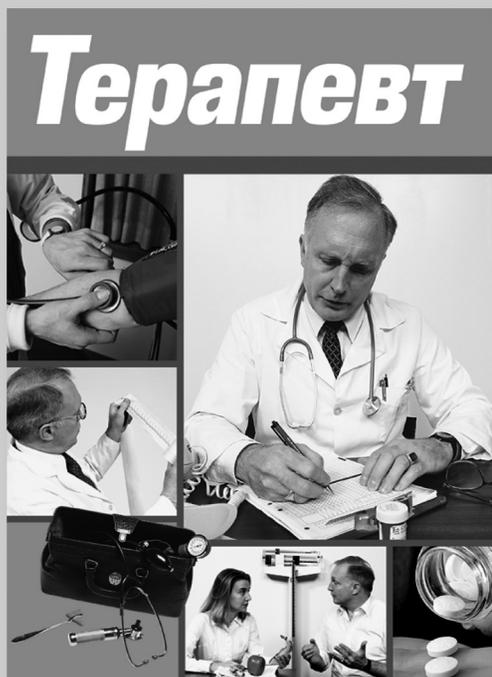
Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

Материалы для публикации необходимо отправлять на эл. адрес: [medizdat@bk.ru](mailto:medizdat@bk.ru). Тел. редакции: 628-96-90

# ТЕРАПЕВТ

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



## **Научно-практический журнал для врачей терапевтического профиля**

На страницах журнала вы узнаете о клинической патологии, тенденциях развития и исходах внутренних болезней, а также современных методах диагностики, схемах лечения и новых лекарственных препаратах. Кроме этого, публикуются клинико-морфологические сопоставления с комментариями патологоанатомической службы и мн. др.

**Главный редактор – А. Л. Верткин**, д. м. н. профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премий Совета Министров СССР и мэрии Москвы, заведующий кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии МГМСУ.

Издается при информационной, научной и методической поддержке ФПДО МГМСУ, Департамента здравоохранения Правительства Москвы, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

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

## **ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ**

### **Роль терапевта в первичном звене здравоохранения**

- вопросы организации терапевтической службы в поликлинике и стационаре;
- персонализированная оценка результативности медицинской помощи.

### **Виртуальные клинико-морфологические сопоставления**

- клиническая патология как необходимая составляющая диагностики и лечения;
- совпадения и расхождения клинических патологоанатомических диагнозов.

### **Клинические рекомендации и стандарты оказания терапевтической помощи**

- клинические исследования лекарственных препаратов;
- стандарты оказания терапевтической помощи: зарубежный и отечественный опыт научных обществ.

### **Лекарство как юридический и медицинский феномен**

- оценка доказательности и внедрение в практику результатов клинических исследований лекарственных средств;
- основы современной методологии.

### **Неотложные состояния в практике врача-терапевта**

- алгоритмы диагностики и лечения urgentных состояний в терапевтической практике.

### **Возрастная инволюция и соматическая патология**

- социально значимые болезни, ассоциированные с возрастом в общетерапевтической практике;
- новые диагностические и лечебные алгоритмы при социально значимых заболеваниях.

### **Клиническая фармакология средств природного происхождения**

- эффективные и безопасные комбинации в конкретных клинических ситуациях.

**Как подписаться на журнал «Терапевт»**

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46106.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12366.

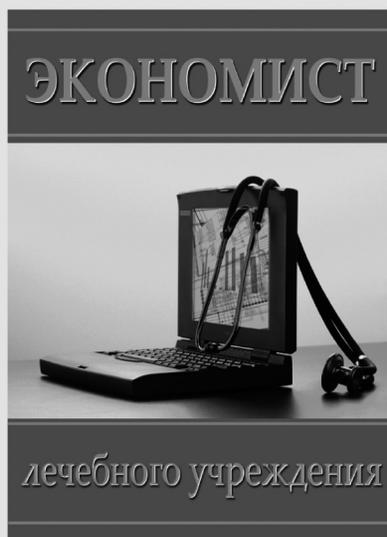
Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

На правах рекламы

# ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

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



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

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

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

## ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ ЖУРНАЛА:

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

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

## КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ «ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ»:

На почте в любом отделении связи:

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

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

На правах рекламы

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге  
Агентства «Роспечать»

ф. СП-1

**АБОНЕМЕНТ** на журнал **46543**  
(индекс издания)

**Врач скорой помощи**  
(наименование издания) Количество комплектов:

		на 20 09 год по месяцам:											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда													

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

**ДОСТАВочная КАРТОчка**

ПВ место литер на журнал **46543**  
(индекс издания)

**Врач скорой помощи**  
(наименование издания)

Стоимость подписки руб. кол. Количество комплектов  
Стоимость переадресовки руб. кол.

		на 20 09 год по месяцам:											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда													

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге  
«Почта России»

ф. СП-1

**АБОНЕМЕНТ** на журнал **24216**  
(индекс издания)

**Врач скорой помощи**  
(наименование издания) Количество комплектов:

		на 20 09 год по месяцам:											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда													

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

**ДОСТАВочная КАРТОчка**

ПВ место литер на журнал **24216**  
(индекс издания)

**Врач скорой помощи**  
(наименование издания)

Стоимость подписки руб. кол. Количество комплектов  
Стоимость переадресовки руб. кол.

		на 20 09 год по месяцам:											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда													

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).

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 предприятий связи и подписных агентств.

**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 предприятий связи и подписных агентств.

## Выгодное предложение!

Подписка на 2-е полугодие по льготной цене – 2748 руб. (подписка по каталогам – 3234 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:

**Некоммерческое партнерство Издательский Дом «ПАНОРАМА»**

ИНН 7702558751	КПП 770201001	р/сч. № 40703810038180133849	Вернадское ОСБ №7970, г. Москва
----------------	---------------	------------------------------	---------------------------------

БАНК ПОЛУЧАТЕЛЯ:

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

## СЧЕТ № 2Ж2009 от 25.06.2009

Покупатель:

Расчетный счет №:

Адрес:

№№ п/п	Предмет счета (наименование издания)	Кол-во экз.	Цена за 1 экз.	Сумма	НДС 0%	Всего
1	Врач скорой помощи (подписка на II полугодие 2009 г.)	6	458	2748	Не обл.	2748
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 КУПИЛИ-ПРОДАЖИ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ (П. 3 СТ. 434 И П. 3 СТ. 438 ГК РФ).

## ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ

Поступ. в банк плат.	Списано со сч. плат.		
<b>ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №</b>		Дата	
Сумма прописью		Вид платежа	
ИНН	КПП	Сумма	
Плательщик		Сч.№	
		БИК	
Банк Плательщика Сбербанк России ОАО, г. Москва		Сч.№	
		БИК	044525225
Банк Получателя ИНН 7702558751      КПП 770201001		Сч.№	30101810400000000225
		Сч.№	40703810038180133849
Получатель Некоммерческое партнерство Издательский Дом «ПАНОРАМА» Вернадское ОСБ 7970 г. Москва		Вид оп.	Срок плат.
		Наз.пл.	Очер. плат.
		Код	Рез. поле
Оплата за подписку на журнал <b>Врач скорой помощи</b> (___ экз.) на <b>6</b> 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**