

ПОДПИСКА



2009

II ПОЛУГОДИЕ

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

1 ПОДПИСКА НА ПОЧТЕ



2 ПОДПИСКА В РЕДАКЦИИ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ РОССИИ

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

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

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



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

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

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

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ

Получатель: Некоммерческое Партнерство

Издательский Дом «Панорама».

ИНН 7702558751 / КПП 770201001, р/сч. № 40703810038180133849

Сбербанк России ОАО, г. Москва

БИК 044525225, к/сч. № 30101810400000000225

БИК 044525225, к/сч. № 30101810400000000225

Образец платежного поручения

3 ПОДПИСКА В СБЕРБАНКЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ОТДЕЛЕНИИ СБЕРБАНКА РОССИИ

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

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

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

4 ПОДПИСКА НА САЙТЕ



ПОДПИСКА НА САЙТЕ www.panor.ru

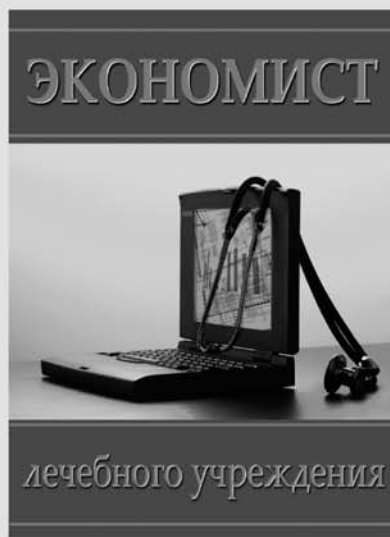
На все вопросы, связанные с подпиской, вам с удовольствием ответят по телефону (495) 749-5145.

На правах рекламы

Поступ. в банк плат.		Списано со сч. плат.		XXXXXX	
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №			Дата	электронно Вид платежа	
Сумма прописью	ИНН	КПП	Сумма	Сч. №	
Плательщик			БИК		
Банк плательщика			Сч. №		
Сбербанк России ОАО, г. Москва			БИК	044525225	
Банк получателя			Сч. №	30101810400000000225	
ИНН 7702558751 КПП 770201001			Сч. №	40703810038180133849	
Некоммерческое партнерство Издательский Дом «Панорама» Вернадское ОСБ №7970, г. Москва			Вид оп.	01	Срок плат.
Получатель			Наз. пл.		Очер. плат. 6
			Код		Рез. поле
Оплата за подписку на журнал _____ (____ экз.) на _____ месяцев, в том числе НДС (0%) _____ Адрес доставки: индекс _____, город _____, ул. _____, дом _____, корп. _____, офис _____ телефон _____					
Назначение платежа			Подписи		Отметки банка
М.П.					

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



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

профессор *А.Л. Вёрткин* (Москва)

Ответственный редактор:

Ю.С. Полупанова (Москва)

Координаторы по регионам:

В.И. Асакалов (Абакан, Республика Хакасия)

Е.П. Блинова (Сарапул)

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

О.В. Еремян (Калининград)

Н.Ю. Майкова (Комсомольск-на-Амуре)

Ю.Н. Маркевич (Вологда)

А.А. Мельман (Кувандык)

А.П. Нечунаев (Улан-Удэ)

И.Г. Труханова (Самара)

К.К. Турлубеков (Кокшетау, Казахстан)

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

Ю.А. Шихова (Старый Оскол)

Научный редактор номера:

к.м.н. *А.В. Наумов* (Москва)

Редактор раздела образовательных программ:

к.м.н. *И.С. Родюкова* (Москва)

Корректор *В.А. Тарасова*

Верстка *О.А. Пятакова*

Контакты с редколлегией:

127473, Москва, Делегатская, 20/1

ГОУ ВПО МГМСУ,

кафедра клинической фармакологии,

фармакотерапии и СМП

e-mail: kafedrakf@mail.ru

сайт: www.intensive.ru

факс: (495)-611-22-97,

тел.: (495)-611-05-60,

8-903-123-00-66



Гильдия Издателей Периодической Печати

Рецензируемый журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» № 8/2009

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:

idxp@yandex.ru

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

Подписано в печать 22.07.09.

Тираж 3 000 экз.

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

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

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

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

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СМП

*В.И. Белокрыницкий, М.А. Кириченко, И.В. Холкин,
З.В. Токмачёва, Г.Б. Колотова*

Об оказании неотложной помощи в поликлинике 8

АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Острая задержка мочеиспускания на догоспитальном этапе.

Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.

Проект, 2009 14

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А.В. Барай

Вопросы совершенствования организации скорой медицинской помощи
при внезапной смерти больных ишемической болезнью сердца 17

*В.Н. Балашова, С.В. Лебедев, О.Г. Помогалова,
Е.В. Пшенникова, В.Б. Шуматов, В.В. Кузнецов*

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе 20

И.Л. Леонтьев, А.В. Рябов

Принципы оказания медицинской помощи

пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях

в Бобровском районе Воронежской области 26

НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

А.Л. Вёрткин, И.С. Родюкова, Е.В. Адонина

Экспресс-диагностика неотложных состояний в кардиологии
на догоспитальном этапе 29

А.А. Отпущенко, А.Л. Вёрткин

Эффективность и безопасность применения лорноксикама
для купирования болевых синдромов у пациентов

с онкологическими заболеваниями в общесоматической практике 38

ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Гранты на обучение в клиническую ординатуру и аспирантуру МГМСУ 46

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Студенческая олимпиада МГМСУ 50

Врач — это призвание? 52

Тренинг по GCP новый учебный проект 57

ORGANISATION OF EMERGENCY AID WORK

*V.I. Belokrinitsky, M.A. Kirichenko, I.V. Holkin,
Z.V. Tokmachyova, G.B. Kolotova*

About rendering of medical emergency aid in polyclinic8

ALGORITHMS OF RENDERING PRE-HOSPITAL EMERGENCY AID

Acute urinary difficulty at pre-hospital stage:

Practical recommendations about diagnostics,
treatment and preventive maintenance. The project, 200914

ORIGINAL RESEARCH

A.V. Baraj

Perfection of organization of emergency aid
at sudden death from coronary heart disease17

*V.N. Balashova, S.V. Lebedev, O.G. Pomogalova,
E.V. Pshennikova, V.B. Shumatov, V.V. Smiths*

Tromolytic therapy at pre-hospital stage20

I.L. Leontev, A.V. Ryabov

Principles of rendering of emergency aid to victims
of road traffic accidents in Bobrovsky area of the Voronezh region26

PHARMACOTHERAPY NEWS

A.L. Vertkin, I.S. Rodjukova, E.V. Adonina

Express-diagnostics in emergency aid in pre-hospital cardiology29

A.A. Otpushenko, A.L. Vertkin

Lornoxycam application efficiency and safety in pain management
of patients with oncological diseases in general somatic practice38

EDUCATION ISSUES

Scholarship grants for clinical residency and postgraduate studies
in Moscow state university for medicine and dentistry46

MISCELLANEOUS

Student competition at Moscow state university for medicine and dentistry50

Doctor — is it a vocation?52

GCP training: new educational project57

100 лет Российскому научному медицинскому обществу терапевтов



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



Дорогие коллеги и друзья!

Рад приветствовать Вас на юбилейном форуме «Скорая помощь — 2009», впервые организованном в рамках Российского национального конгресса терапевтов.

Благодаря этому мероприятию у нас появилась еще одна прекрасная возможность общаться, рассказывать о проблемах и успехах, делиться опытом и учиться, получать ответы на злободневные вопросы, публиковать результаты своей работы.

В рамках форума впервые будут представлены новые клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе, подготовленные экспертами Минздравсоцразвития и при участии ННПОСМП, вопросы преемственного оказания медицинской помощи, проблемы образования специалистов первичного звена здравоохранения.

Важным инновационным проектом Общества является создание системы подготовки фельдшеров и врачей скорой помощи с использованием симуляционных технологий, с которой будут ознакомлены все участники форума.

Как обычно, в заседаниях примут участие известные и ведущие профессора страны, будут проводиться мастер-классы, круглые столы с участием главных врачей станций СМП и др.

Словом, дорогие коллеги, вас ждут интересные события на предстоящем форуме.

До встречи на форуме «Скорая помощь — 2009!»

профессор Вёрткин А.Л.

Председатель:

Вёрткин А.Л. — Руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, заслуженный деятель науки РФ, профессор

Члены оргкомитета:

Плавунов Н.Ф. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи им. Пучкова, г. Москва

Бойков А.А. — главный врач станции скорой медицинской помощи, г. Санкт-Петербург

Ершова Е.В. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Челябинск

Молоков В.А. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Самара

Фатыхов А.М. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Казань

Зиганшин М.М. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Уфа

Камкин Е.В. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Пермь

Большакова И.А. — главный врач станции скорой и неотложной медицинской помощи, г. Новосибирск

* Условия участия в форуме «Скорая помощь — 2009» полностью соответствуют таковым для Национального конгресса терапевтов.

ОБ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

В.И. Белокриницкий, М.А. Кириченко, И.В. Холкин
Муниципальное учреждение «Станция скорой медицинской помощи им. В.Ф. Капиноса»,
З.В. Токмачёва
Поликлиника №1 ГКБ № 6,
Г.Б. Колотова
Управление здравоохранения, г. Екатеринбург

EMERGENCY AID IN A POLYCLINIC

V.I. Belokrinitsky, M.A. Kirichenko, I.V. Holkin, Z.V. Tokmacheva, G.B. Kolotova

Резюме

Вопросы взаимодействия скорой помощи и поликлиники традиционно находятся в центре внимания организаторов здравоохранения, прежде всего, скорой помощи. Актуальной задачей является совершенствование организации работы поликлиник, с тем чтобы облегчить доступность их услуг для населения (запись на прием к врачу, вызов участкового врача на дом). Тесное взаимодействие между станциями скорой медицинской помощи (через руководителей подстанций) и поликлиниками позволит снять часть вызовов, поступающих на станцию не по назначению.

Ключевые слова: скорая помощь, поликлиника, взаимодействие служб скорой помощи

Resume

Issues of interaction of emergency medical aid and polyclinic are traditionally in the centre of attention of public health managers. An actual problem is perfection of the organisation of work of polyclinics to facilitate availability of their services to the population (making an appointment with doctor). Close interaction between stations of emergency aid and polyclinics will allow to remove irrelevant calls and redirect to corresponding healthcare services.

Keywords: emergency aid, polyclinic, interaction of healthcare services

I

Вопросы взаимодействия скорой помощи и поликлиники традиционно находятся в центре внимания организаторов здравоохранения, прежде всего скорой помощи. Одна из первых работ по обсуждаемому вопросу была опубликована в журнале «Здравоохранение РСФСР», № 8, 1963, «О преимуществах в работе врачей скорой помощи и участковых», ее автор В.А. Фиалко (Свердловск). В разное время (1969, 1970, 1971, 1978, и т. д.) важной теме посвящали свои работы и другие известные организаторы службы скорой помощи — В.Ф. Капинос, И.И. Усиченко, Л.Б. Шапиро, Н.М. Каверин и др. Так, Н.М. Каверин, главный врач станции скорой помощи г. Москвы писал: «Актуальной задачей является совершенствование организации работы поликлиник, с тем чтобы облегчить доступность их услуг для населения (запись на прием к врачу, вызов участкового врача на дом). Тесное взаимодействие между станциями скорой медицинской помощи (через руководителей подстанций) и поликлиниками позволит снять часть вызовов, поступающих на станцию не по назначению».

Это было сказано ... в 1977 году, более 30 лет назад! К сожалению, перечень таких высказываний можно продолжать и продолжать. Обидно, что их актуальность не утратила своего значения и сегодня.

Функционирование указанных звеньев неразрывно связано. Это передача информации о хронических больных, обратившихся в скорую помощь. Причем прослеживается определенная (прямая) зависимость между качеством работы участкового врача, количеством вызо-

вов на скорую помощь на этом участке и количеством госпитализированных с этих участков. Еще одна область соприкосновения — вызовы скорой помощи в поликлинику для госпитализации больного, пришедшего на прием или даже для оказания помощи (в медицинском учреждении!). Не вызывает сомнения, что экстренную помощь, в случае необходимости, в пределах своей компетенции должен оказывать любой медицинский работник поликлиники. Об этом, в частности, говорится в приказе МЗ СР РФ от 29 июля 2005 г. № 487.

Следующий пример иллюстрирует сказанное.

20 ноября 2008 г. у больного Б., 68 лет, с постинфарктным кардиосклерозом, пришедшего на прием в один из частных медицинских центров города, на фоне гипертензивного криза развился отек легких. К больному была вызвана скорая помощь, при вызове сообщили повод: «Отек легких, АД — 80/40 мм рт. ст.». Помощь, оказанная врачом-реаниматологом центра до приезда бригады заключалась в даче кислорода и ... обеспечении венозного доступа. Отек легких бригадой скорой помощи был купирован, на электрокардиограмме, записанной «скорой», имелись убедительные данные, свидетельствующие о повторном инфаркте миокарда задней стенки. Больной был госпитализирован в Клинико-диагностический центр кардиологии, где диагноз подтвердился.

Теперь на вопрос о причине вызова скорой помощи больные иногда отвечают: «проверить артериальное давление», «проконсультироваться» или «для того чтобы вы завтра вызвали участкового врача, так как на прием в поликлинику не попасть».

Говоря о взаимодействии двух звеньев, нужно вспомнить и о функционировании отсутствующих в настоящее время пунктов продленного приема (старое неверное название — «неотложка»). Их деятельность, хотя и имела много нареканий, тем не менее, брала на себя какую-то часть вызовов к хроническим больным, разгружая скорую помощь от непрофильных вызовов. Понятно, что вызовы к больным, которым нужен не врач скорой помощи, а врач участковый или даже грамотная медсестра, создают дополнительную, неоправданную нагрузку на «скорую», вынуждая ее опаздывать к больным, которые в экстренной помощи действительно нуждаются. Здесь сказывается и низкая санитарная (как часть общей) культура населения, которое не видит разницы между скорой помощью и участковой службой, и от-

сутствие (до сих пор!) окончательно утвержденных и опубликованных через СМИ правил вызова скорой помощи. На замечание врача «скорой» о том, что нужно было вызвать врача из поликлиники, больной может ответить: «А вы что, разве не врач?» Такая ситуация, особенно при недостаточном количестве бригад скорой помощи в нашем городе (86,5 вместо положенных 132) в сочетании со значительно сниженной транспортной доступностью, приводит к опозданиям, что особенно опасно, когда речь идет о больных с жизнеопасными состояниями. Таких «непрофильных» для скорой помощи вызовов по данным авторов из разных городов, от 25 до 60%. И здесь таится еще одна опасность. Попадая и раз и два и ... десять к больному, который не нуждается в оказании экстренной помощи, врач скорой помощи вызывает (его приучают!) к тому, что спешка, связанный с ней риск неоправданны. Врач теряет настрой, психологию врача скорой помощи. Происходит самое страшное — врач скорой помощи перестает быть таковым. И вот уж совсем вопиющий случай, который имел место в начале этого года в нашем городе. (О нем рассказала в одном из своих выпусков по городскому TV-каналу служба спасения «СОВА».)

На станцию поступил вызов: «Ножевое ранение спины у мальчика 5 (!) лет». (Коллеги из «СОВЫ» привели фонограмму разговора звонившей в скорую помощь с диспетчером). Срочно была направлена педиатрическая бригада с ближайшей подстанции и параллельно — реанимационная бригада. По прибытии на место выяснилось, что ранен, действительно «мальчик», но так зовут ... собаку. Пьяные хозяйка таким способом решили проявить любовь к своему брату меньшому, которого сами же и ранили! В это время стол старшего врача был завален другими вызовами, которые ждали своей очереди. (Это уже к вопросу о культуре нашего населения и об ответственности за заведомо ложный вызов.)

Проблема полноценного взаимодействия двух смежных служб, что видно из многих публикаций, часть из которых уже упоминалась, выходит за рамки одного города. Об этом говорили и участники конференции, посвященной 85-летию станции СМП г. Екатеринбурга в ноябре 2008 г. Подтверждает актуальность проблемы внимание со стороны Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) РФ, которое выступило с инициативой создания специального документа «О порядке оказания неотложной

помощи в поликлинике». С предложением высказать свое видение проблемы руководство ННПОСМП РФ обратилось к ряду ведущих станций РФ.

Справедливости ради нужно сказать, что в недостаточной работе поликлиник с хроническими больными, т. н. «непрофильными» для скорой помощи, нельзя винить только сами поликлиники. Тому есть вполне объективные причины. Одна из основных — это нехватка участковых врачей. Казалось бы, повышение зарплаты должно было решить эту проблему. Но это только на первый взгляд. Вслед за повышением зарплаты сразу же последовало увеличение нагрузки на врача. Это введение различных форм отчетности, а попросту — ненужной писанины. Были укрупнены и территориальные участки. Все это (и многое другое) привело к тому, что некоторые участковые врачи спрашивали, нельзя ли вернуться к прежнему уровню зарплаты, но убрать все эти нововведения, которые не улучшили, а только усложнили работу врача. Результат этих «новаций»? А результат налицо. Как врачей не хватало, так их и не хватает. Сказался давний порок нашего общества — некомпетентность. Список примеров можно продолжать. Приведем только еще один. Прокатившаяся более 20 лет назад по нашей стране «эпидемия» объединения станций скорой помощи с больницами, которая сейчас, к счастью, осталась только в воспоминаниях тех, кто это пережил. Мы вспомнили именно этот факт нашей «биографии», потому, что вновь нет-нет да и раздаются «умные» мысли о целесообразности объединения скорой помощи с больницами. Так ведь это уже проходили, зачем же еще раз наступать на те же грабли? Надо же знать свою историю и делать выводы!

Где же выход? В журнале «Врач скорой помощи» № 11 за 2008 г. опубликована статья наших коллег из Ставропольского края, посвященная снижению обращаемости на станцию скорой помощи. Из мер, принятых ими по снижению количества необоснованных вызовов на скорую помощь, заслуживают внимания такие, как:

1. Расширение объема консультативной помощи старшим врачом, для чего разработан алгоритм консультативной помощи.

2. Заслуживает внимания (и изучения опыта) создание постоянной Комиссии поликлиник города и станции скорой помощи по разбору структуры обращаемости на скорую помощь, что позволяет анализировать качест-

во работы участковых терапевтов и планировать меры по улучшению их работы.

3. Активная санитарно-профилактическая работа среди населения по вопросам оказания первой помощи, а также по правилам вызова скорой помощи. В результате проведенной работы авторы отмечают, что всего за полгода снизилось количество вызовов на 5,5%, нагрузка на одну бригаду уменьшилась с 18,2 до 16,4%. Не вызывает сомнения, что проведенная работа дала свои результаты.

II

Так как оказания экстренной помощи в поликлинике требуют, в основном, больные с сердечно-сосудистой патологией, то разберем именно эти ситуации.

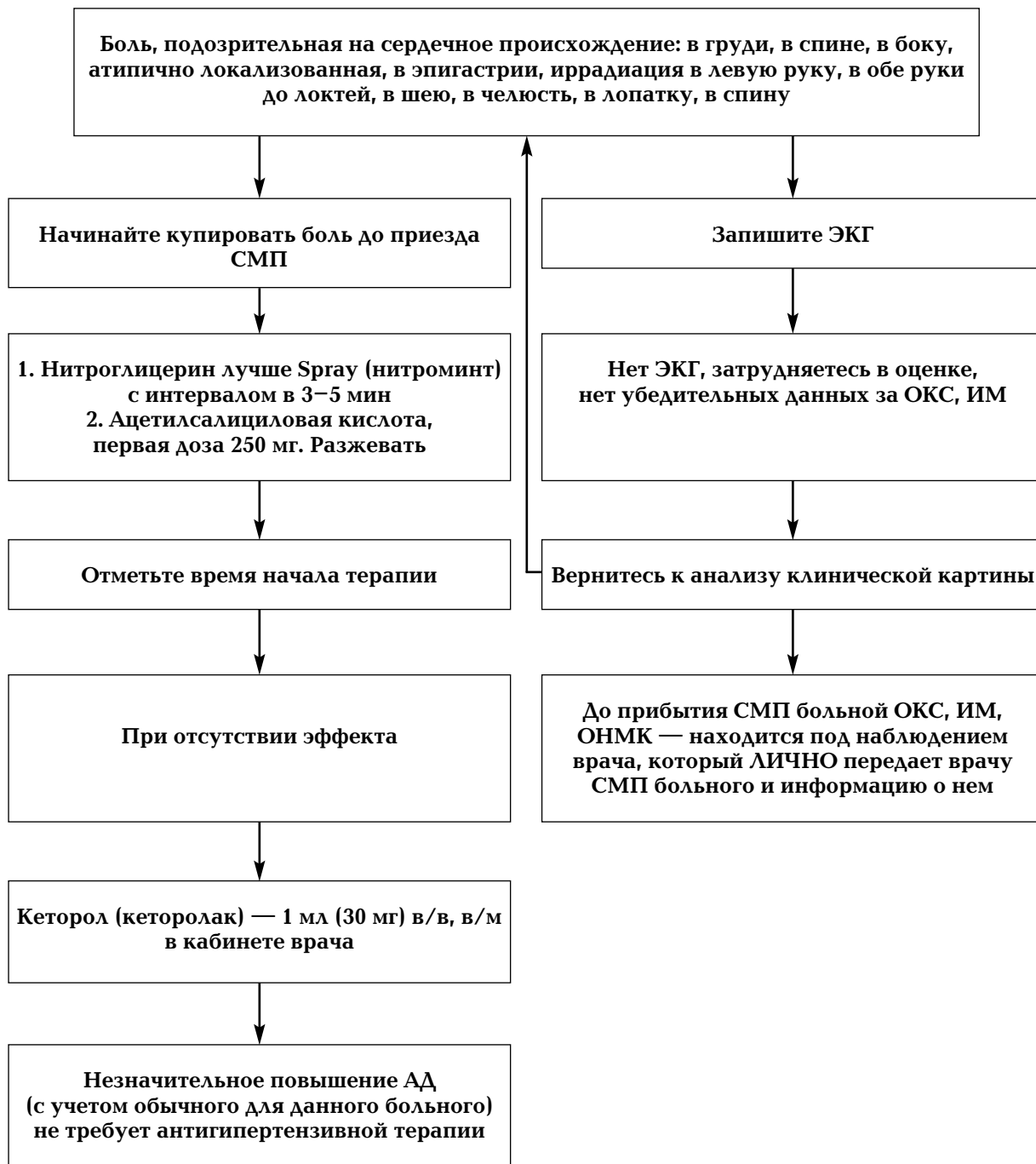
Экстренная помощь в поликлинике имеет свои особенности, она представлена двумя составляющими:

1. Диагностика с использованием доступных средств.

2. Собственно оказание экстренной помощи, включая решение тактической задачи о дальнейшей судьбе больного.

1. Если больной жалуется на боль в сердце (за грудиной) и врач не может исключить ее коронарный генез, ни в коем случае нельзя направлять больного в ЭКГ-кабинет, как бы близко он не находился, даже на этом этаже, даже если его примут без очереди. ЭКГ-обследование должно быть проведено в кабинете врача. Здесь же должны быть и проанализированы полученные данные. ЭКГ-обследование можно сделать с помощью портативного электрокардиографа, принесенного из ЭКГ-кабинета или с помощью «устройства для передачи ЭКГ-сигналов», которым должен быть оснащен терапевтический кабинет. В этом случае информация передается на Кардиологический консультативный пост (ККП), который функционирует в нашем городе при станции скорой помощи с 2005 г. и работает круглосуточно. Если окажется, что боль имеет коронарогенное происхождение, ее купирование должно быть осуществлено в соответствии с существующими стандартами. Для выполнения назначений больного ни в коем случае нельзя направлять в процедурный кабинет. В поликлинике целесообразно оборудовать т. н. «Ящик скорой помощи», в котором должен быть необходимый минимум препаратов для оказания помощи одному больному, чтобы не тратить время оказывающего помощь на хождения в процедурный кабинет за медикаментами, шприцами и т. д.

**А. ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ
В СИСТЕМЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ
(Больной в поликлинике)**

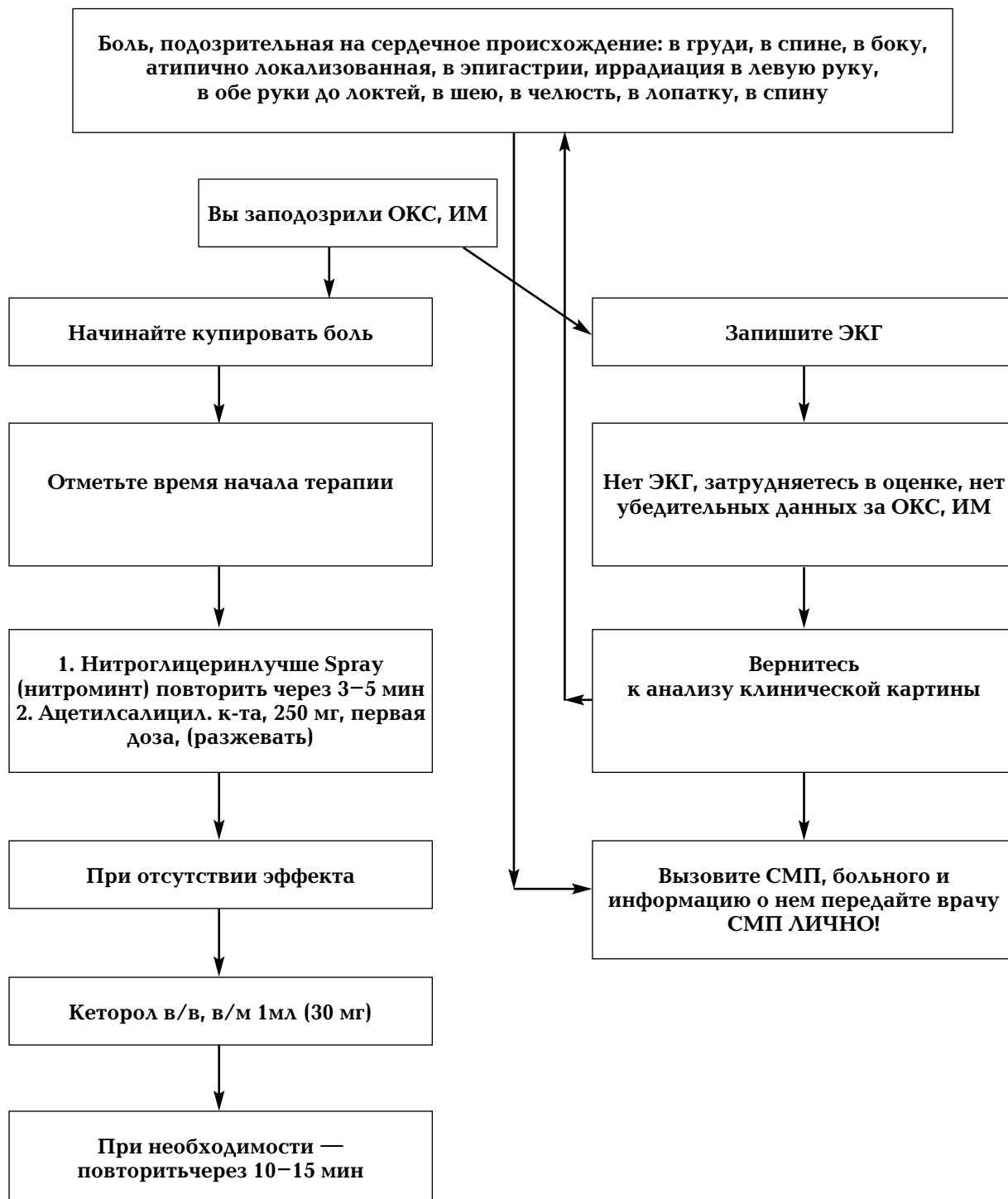


(см. Приложение 1). За сохранность его содержимого должен отвечать конкретный человек. Такой ящик может находиться в каждом кабинете, где ведет прием врач-терапевт.

Только после купирования ангинозного приступа, при отсутствии каких-либо других осложнений, больной считается транспортабельным при условии исключения физической активности с его стороны (если установлен диагноз ОКС

или ИМ). В этом случае до прибытия скорой помощи, несмотря на трудности, связанные с ведением приема врачом, больной должен находиться под врачебным наблюдением. После прибытия скорой помощи врач поликлиники лично передает больного и информацию об оказанной помощи врачу бригады. (Перечень состояний, определяющих нетранспортабельность больного, см. Приложение 2).

**Б. ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ
В СИСТЕМЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ
(Врач на вызове у больного)**



Выше приводятся рекомендуемые алгоритмы действия врача поликлиники при оказании помощи больному с подозрением на ОКС.

А — в условиях поликлинического приема,
Б — на вызове у больного на дому.

Выполнение этих несложных рекомендаций позволит надеяться на то, что нештатные ситуации, связанные с необходимостью оказания экстренной помощи в поликлинике и вызовом скорой помощи, будут случаться го-

раздо реже. Этому же должно способствовать повышение санитарной культуры населения, которое должно ясно представлять, в каких случаях следует обращаться в поликлинику, а в каких — в скорую помощь. В повышении санитарной грамотности немалая роль принадлежит и участковой службе.

В плане реализации обсуждаемой проблемы в одной из поликлиник нашего города разрабатывается модель оказания экстренной помощи ее сотрудниками. Под патронажем главного терапевта Управления здравоохранения проводятся занятия, приобретены приставки для передачи сигнала ЭКГ по каналам телефонной связи. Теперь больному с подозрением на ОКС ЭКГ может быть записана прямо в кабинете врача либо с помощью портативного электрокардиографа, либо с помощью ЭКГ-приставки. В этом случае информация передается в ККП. Если возникнет необходимость в обезболивании, больному не нужно идти в процедурный кабинет. Необходимая помощь будет оказана на месте.

Подобным образом поступает участковый врач, находясь на вызове у больного. С помощью упомянутой приставки он может передать информацию в ККП. Размеры и вес передающего устройства (чуть более 150 грамм) позволяют участковому врачу всегда иметь его при себе.

В зависимости от полученного заключения и рекомендации по дальнейшему ведению больного, врач решает диагностическую задачу и в случае необходимости вызывает бригаду скорой помощи для госпитализации больного.

Предлагаемая модель дает реальную возможность участковой службе стать на более высокий уровень диагностики и оказания помощи данной группе больных, делает работу поликлиники более оперативной как того требует оказание помощи больным ОКС. Широкое внедрение в практику прогрессивной модели позволит поликлиникам распрощаться с многолетними упреками в организации помощи больным ИБС, а главное — уменьшит риски и улучшит прогноз у этой группы больных.

Приложение 1

Примерная опись «Ящика скорой помощи в поликлинике»

1. Нитроглицерин (Нитроминт или нитроспрей) — 1 упаковка.
 2. Кеторол (Кеторолак) 1 мл (30 мг) — 5 ампул.
 3. Эуфиллин 2,4 % — 10 мл (в ампулах) — 2 ампулы.
 4. Кардиомагил (таблетки по 75 мг) — 5 таблеток.
 5. Ацетилсалициловая кислота (250 мг).
 6. Пропранолол (таблетки по 5 мг) — 5 таблеток.
 7. Эналаприл 6, 25 мг (таблетированный) — 2 таблетки.
 8. Коринфар 10 мг (таблетированный) — 2 таблетки.
 9. Шприцы.
- и т. д.

Приложение 2

Перечень состояний, определяющих нетранспортабельность больного

Относительно нетранспортабельными считаются больные со следующими состояниями (временно, до их купирования):

ангинозный приступ, шок, отек легких, артериальное давление выше 220 мм рт. ст. (систолическое) и ниже 90 мм рт. ст., частота пульса выше 150 уд. и реже 50 уд. в 1 мин, отсутствие пульса, нарастающая бледность лица, появление зевоты, сонливость, холодный пот. Артериальное давление не определяется. До момента наступления состояния транспортабельности больной не должен оставаться без медицинского наблюдения. После выведения из перечисленных состояний больные подлежат госпитализации.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Практические рекомендации по диагностике,
лечению и профилактике. Проект, 2009

ACUTE URINARY DIFFICULTY AT PRE-HOSPITAL STAGE PRACTICAL RECOMMENDATIONS ABOUT DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTIVE MAINTENANCE. THE PROJECT, 2009

Введение

Настоящие рекомендации являются результатом согласованного мнения экспертов, выработанного на основании тщательного анализа опубликованных за последние 10 лет исследований в этой области в отечественной и зарубежной литературе.

I. Эпидемиология

Известно, что свыше 10% мужчин старше 60–70 лет имеют риск развития ОЗМ, и этот показатель увеличивается втрое каждые 10 лет, достигая к 80 годам 30% (Choong S., Emberton M., 2000, Armitage J. et al., 2007, Hassouna et al, 2005). Вероятность развития ОЗМ у мужчин в возрасте старше 70 лет в 8 раз выше, чем в возрасте 40 лет (Marberger M.J. et al., 2000). Наиболее частая причина ОЗМ — доброкачественная гиперплазия предстательной железы: показано увеличение риска развития ОЗМ почти в 3–4 раза в связи с увеличением объема остаточной мочи (>50 ml), а также в связи с показателями простат-специфического антигена свыше 4 нг/мл (Kolman S. et al., 1999). 10-летний риск развития ОЗМ у пациентов с ДГПЖ, по данным некоторых авторов, может достигать 73% (Lepor H., 2005). О значимости ОЗМ свидетельствуют результаты, полученные Armitage J. и соавт. (2007); показано, что у мужчин с ДГПЖ и сопутствующими заболеваниями ОЗМ увеличивает летальность: один из 7 госпитализированных пациентов со спонтанной ОЗМ умирает в течение 1 года, причем прогноз ухудшается в старшей возрастной группе с коморбидными состояниями.

II. Определение и классификация

Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) — скопление мочи в мочевом пузыре из-за невозможности самостоятельного мочеиспускания.

Задержка мочи может быть полной и неполной. При полной задержке больной, несмотря на резкий позыв к мочеиспусканию и сильное натуживание, не может выделить ни одной капли мочи; таким пациентам иногда годами выпускают мочу катетером. При неполной, частичной задержке мочеиспускание совершается, но после него часть мочи остается в мочевом пузыре (остаточная моча), ее количество иногда достигает 1 л.

III. Этиология

1. Механические:

- доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы;
- острый простатит;
- склероз шейки мочевого пузыря;
- инородное тело;
- камень и разрыв уретры;
- новообразование нижних мочевых путей;
- выпадение матки.

2. Заболевания и повреждения центральной нервной системы — ЦНС (опухоль, травма, ОНМК, рассеянный склероз, алкогольная, диабетическая полиневропатия и т. д.).

3. Рефлекторные нарушения функции мочевого пузыря (после операции на промежности, прямой кишке, женских половых органах, при травме промежности, после родов, при сильных эмоциональных потрясениях, испуге, алкоголь-

ном опьянении, истерии, вынужденном длительном пребывании пациента в постели и др.).

4. Отравления психоактивными веществами (снотворные средства, наркотические анальгетики).

IV. Патогенез

В патогенезе ОЗМ участвуют механический и динамический механизмы.

У пожилых мужчин в ответ на постепенно нарастающую инфравезикальную обструкцию (механический фактор) изменяется нервная регуляция — тонус гладкомышечных клеток детрузора повышается, и детрузор гипертрофируется. Гистоморфологическая структура стенки мочевого пузыря постепенно изменяется: мышечные элементы замещаются соединительной тканью, развивается трабекулярность. Объем мочевого пузыря увеличивается. Процесс переходит в стадию декомпенсации — развивается гипотония гладкомышечных клеток детрузора (динамический фактор).

В такой ситуации любой провоцирующий фактор (переохлаждение, прием алкоголя, острой пищи, длительное сидячее положение, запор) вызывает венозный застой в малом тазе, вены шейки мочевого пузыря расширяются, возникает отек предстательной железы, что в свою очередь приводит к деформации, сдавлению простатической части уретры (механический компонент). На фоне уже имеющихся патологических изменений детрузора развивается ОЗМ.

Нередко ОЗМ у пожилых людей возникает после инъекции атропина или его дериватов вследствие снижения тонуса детрузора, чаще при уже имеющемся урологическом заболевании (в частности, ДГПЖ).

Рефлекторная ОЗМ чаще наблюдается после операций, особенно у детей, в связи с нарушением нервной регуляции детрузора и поперечно-полосатого сфинктера мочевого пузыря. Кроме того, она может возникнуть при травме промежности, таза и нижних конечностей, сильных эмоциональных потрясениях, алкогольном опьянении, испуге, истерии.

IV. Клинические признаки острой задержки мочеиспускания

Больной беспокоен, испытывает сильные боли в надлобковой области, мучительные позывы к мочеиспусканию, ощущение распирания внизу живота. Безболезненная ОЗМ может наблюдаться при развитии ее на фоне заболеваний центральной нервной системы (Suleyman K., 2006).

При опросе выясняют:

- есть ли в анамнезе эпизоды ОЗМ;
- как пациент мочился до ОЗМ;
- какого цвета была моча;
- принимал ли он препараты, способствующие возникновению ОЗМ.

При осмотре у больных астенического телосложения пальпаторно определяют симптом «шара» в надлобковой области. Пальпация болезненна из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Если количество остаточной мочи превышает 100 мл, она может быть определена перкуторно — определяется верхняя граница мочевого пузыря, которая при острой задержке мочи может находиться на середине расстояния между пупком и лонным сочленением.

Возможные осложнения.

У пожилых мужчин ОЗМ часто переходит в хроническую форму и вызывает:

- воспаление в мочевых путях (инфекционные агенты могут быть принесены при катетеризации мочевого пузыря);
- хронические цистит и пиелонефрит;
- камнеобразование.

При гипотрофированной стенке мочевого пузыря развиваются пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы, приводящие к билатеральному уретерогидронефрозу и хронической почечной недостаточности.

V. Дифференциальный диагноз

Острую задержку мочи дифференцируют с анурией: при анурии нет позывов к мочеиспусканию, пальпация надлобковой области не болезненна.

При парадоксальной ишурии мочевой пузырь переполнен, больной не может самостоятельно помочиться, но при этом моча произвольно выделяется каплями. После выпуска мочи уретральным катетером ее подтекание прекращается, пока мочевой пузырь снова не переполнится.

VI. Рекомендации по выбору места и лечению пациентов.

Алгоритм неотложной помощи при ОЗМ представлен в таблице 1.

1. В большинстве случаев необходимо срочное опорожнение мочевого пузыря путем введения эластичного катетера. После обработки наружного отверстия мочеиспускательного канала дезинфицирующим раствором, катетер, обильно смоченный глицерином или вазелиновым маслом, пинцетом вводят в уретру. Поступательное движение производится

Таблица 1

Алгоритм неотложной помощи при ОЗМ

Причины ОЗМ	Тактика ведения
Механические	Катетеризация мочевого пузыря (при отсутствии противопоказаний), восстановление нормального анатомического положения внутренних половых органов при выпадении матки
Заболевания ЦНС	Катетеризация мочевого пузыря
Рефлекторная ОЗМ	Рефлекторная стимуляция мочеиспускания (орошение наружных половых органов водой, переливание воды из одного сосуда в другой для создания соответствующего звукового эффекта), при неэффективности - пилокарпин 1 мл 1% раствора или неостигмина метилсульфат (прозерин) 1 мл 0,05% раствора подкожно; при неэффективности - катетеризация мочевого пузыря
Отравление психоактивными веществами	Катетеризация мочевого пузыря

«короткими шажками» по 2 см. После катетеризации мочевого пузыря назначают антибиотики с целью профилактики воспалительных заболеваний органов мошонки и препараты группы альфа-адреноблокаторов.

Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря:

- острый уретрит и эпидидимит (орхит);
- острый простатит и/или абсцесс предстательной железы;
- травма уретры.

В этом случае необходимо прибегнуть к пункции мочевого пузыря, которую выполняют только в урологическом или хирургическом стационаре.

При выявлении выпадения матки у женщин пожилого и старческого возраста необходимо восстановить нормальное анатомическое положение внутренних половых органов (обычно, без предварительной катетеризации мочевого пузыря), и мочеиспускание восстанавливается.

Срочная госпитализация в урологическое отделение показана в случаях:

- затрудненной первой катетеризации;
- уретроррагии, острого воспаления уретры, органов мошонки и предстательной железы, травмы уретры;
- невозможности проведения катетера (нельзя делать больше 2 попыток);
- не увенчавшихся успехом повторных катетеризаций мочевого пузыря.

Часто встречающиеся ошибки терапии:

1. Самолечение, прием диуретиков.
2. Неправильная, неумелая катетеризация и образование ложных ходов уретры.
3. На догоспитальном этапе не следует использовать металлический катетер.

VII. Профилактика

- мужчинам старше 50 лет показано своевременное выявление и лечение возможных заболеваний простаты, инфекционно-воспалительных заболеваний мочевых путей, мочекаменной болезни, при выявлении ДГПЖ показана регулярная терапия альфа-адреноблокаторами (доказана эффективность альфузозина, тамсулозина);
- женщинам необходимо регулярное наблюдение гинеколога, позволяющее своевременно диагностировать выпадение матки и онкологические заболевания;
- при стойких расстройствах мочеиспускания целесообразна консультация невролога с целью выявления нейрогенных нарушений чувствительной или двигательной активности детрузора.

Литература

- Armitage J., Sibanda N., Cathcart P. et al. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: database analysis. *Br Med J*, 2007, 10: 1136.
- Choong S., Emberton M. Acute urinary retention. *BJU. International* 2000; 85: 186–201.
- Hassouna M., Elmayergi N., Abdelhady M. Acute Urinary Retention in the Elderly. University of Toronto, Toronto, 2005.
- Kolman C., Girman C.J., Jacobsen S.J., Lieber M.M. Distribution of post-void residual urine volume in randomly selected men. *J Urol* 1999; 161: 122–7.
- Lepor H. Managing and Preventing Acute Urinary Retention. *Rev Urol*. 2005; 7(Suppl 8): S 26–S 33.
- Marberger M.J., Andersen J.T., Nickel J.C. et al. Prostate Volume and Serum Prostate-Specific Antigen as Predictors of Acute Urinary Retention. *Eur Urol* 2000; 38: 563–8.
- Suleyman K. Acute Urinary Retention in an Old Male Caused by a Prostatic Urethral Polyp. Iona University Medical Facility, Malatya, Turkey, 2006.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А.В. Барай

ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава», г. Новокузнецк

PERFECTION OF ORGANIZATION OF EMERGENCY AID AT SUDDEN DEATH FROM CORONARY HEART DISEASE

A.V. Baraj

Резюме

Поиск резервов для повышения эффективности реанимационных мероприятий, проводимых больным ишемической болезнью сердца (ИБС) на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи (СМП) Материал и методы. Проводилось ретроспективное изучение 2 065 случаев остановки кровообращения у больных ИБС, к которым выезжали бригады СМП, среди населения в возрасте от 21 до 99 лет. Мужчин — 1 230, женщин — 835. Оценка объема и качества лечебных и реанимационных мероприятий осуществлялась по критериям, заложенным в алгоритмах действий врача СМП, внедренным Ю.М. Янкиным в работу Новокузнецкой станции СМП. Мероприятия по совершенствованию СМП могут охватить только четверть случаев внебольничной остановки кровообращения, так как бригады застают остальные три четверти пациентов в состоянии биологической смерти вследствие позднего обращения очевидцев за помощью.

Ключевые слова: скорая помощь, ишемическая болезнь

Resume

The article analyses efficiency management of emergency aid rendered to persons who suffered cardiac ischemic disease at pre-hospital stage by brigades of emergency aid. The study included 2065 cases of blood circulation stoppage. Men — 1230, women — 835. The estimation of volume and quality medical and реанима-

ционных actions was carried out by the criteria put in algorithms of actions of doctor the introduced J.M. Jankinym in work of Novokuznetsk station of emergency aid. Emergency aid can effectively treat only a quarter of cases of an extrahospital stop of blood circulation stoppage whereas three quarters of patients are found in state of biological death due to late eyewitness reporting of such cases.

Key words: emergency aid, heart disease

Цель работы

Поиск резервов для повышения эффективности реанимационных мероприятий, проводимых больным ишемической болезнью сердца (ИБС) на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи (СМП).

Материал и методы

Проводилось ретроспективное изучение 2 065 случаев остановки кровообращения у больных ИБС, к которым выезжали бригады СМП, среди населения в возрасте от 21 до 99 лет. Мужчин — 1 230, женщин — 835. Оценка объема и качества лечебных и реанимационных мероприятий осуществлялась по критериям, заложенным в алгоритмах действий врача СМП, внедренным Ю.М. Янкиным в работу Новокузнецкой станции СМП.

Результаты

Мероприятия по совершенствованию СМП могут охватить только четверть случаев

внебольничной остановки кровообращения, так как бригады застают остальные три четверти пациентов в состоянии биологической смерти вследствие позднего обращения очевидцев за помощью.

Пациенты, которых бригады застают в состоянии клинической смерти, составляют 7,5% случаев остановки кровообращения. У них основной причиной смерти является фибрилляция желудочков, поэтому необходимо использовать электрическую дефибрилляцию в работе всех без исключения бригад СМП, включая врачей и фельдшеров линейных бригад, которые прибывают на вызов первыми к 48,6% больных, нуждающихся в этой манипуляции.

Низкая эффективность сердечно-легочной реанимации, проводимой больным ИБС с остановкой кровообращения, возникшей в присутствии бригады (310 человек), обусловлена тем, что эти пациенты умирают от асистолии и вторичной фибрилляции желудочков в 6,3 раза чаще, чем от первичной фибрилляции, а тяжесть состояния у 81,9% этих больных обусловлена острой сердечной недостаточностью и более чем в половине случаев оценивается как крайне тяжелое или преагональное.

Качество и объем реанимационных мероприятий зависят не только от оснащения бригад СМП и профессиональной стартовой подготовки врачей. Специализированные бригады, работающие под единым руководством в составе специализированной подстанции, значительно реже допускают погрешности в проведении сердечно-легочной реанимации. Они провели реанимационные мероприятия на достаточно высоком уровне в 71,2% случаев, а кардиологические бригады других подстанций и бригады интенсивной терапии — только в 40,4%.

Анализ лечебных мероприятий, проведенных больным, которых бригады заставали живыми, показал, что остановка кровообращения в основном развивалась, несмотря на адекватное лечение, а также вообще до проведения медикаментозной терапии или в самом ее начале. Погрешности были допущены в 32,5% всех случаев остановки кровообращения, возникшей в присутствии бригады. Отмечается четкая зависимость качества проведенного лечения от исходной степени тяжести состояния пациентов. Чем тяжелее состояние, тем

чаще допускаются ошибки в проведении лечения. Разница в качестве лечения при различной степени тяжести существенна ($p < 0,01$). У больных в тяжелом состоянии имеется сочетание одновременно нескольких осложнений, и медицинскому персоналу приходится немедленно проводить множество мероприятий, направленных на их купирование. Частота ошибочных действий в таких ситуациях возрастает потому, что приходится принимать параллельно несколько решений, а лечебные мероприятия должны быть направлены на купирование не одного, а нескольких осложнений.

Необходимо отметить, что наиболее часто различные погрешности, в том числе и указанные выше, допускали линейные бригады. Специализированные бригады, работающие в составе специализированной подстанции, проводили лечебные мероприятия более квалифицированно по сравнению с кардиологическими бригадами и бригадами интенсивной терапии других подстанций.

Отмечается четкая зависимость качества лечения от принадлежности бригад к той или иной подстанции. Если сопоставить количество случаев качественного и некачественного лечения больных между: 1) кардиологическими и реанимационными бригадами специализированной подстанции, 2) кардиологическими и бригадами интенсивной терапии, не относящимися к специализированной подстанции и 3) линейными бригадами, то различие между этими группами будет существенным ($p < 0,01$). Чем выше квалификация медицинского персонала, тем реже он допускает погрешности в терапии urgentных состояний.

Для работы всех бригад СМП был рекомендован к использованию алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии терминальных состояний, разработанный ранее Ю.М. Янкиным и соавт. На специализированной подстанции был установлен жесткий контроль соблюдения заложенных в алгоритме правил, а на других подстанциях его применение носило рекомендательный характер. При этом установлено, что внедрение алгоритмов в работу бригад СМП в виде рекомендаций малоэффективно. В то же время контроль их использования приводит к увеличению количества успешных реани-

маций. Мероприятия по контролю внедрения в работу бригад алгоритмов способствуют уменьшению количества врачебных ошибок в ситуациях, когда имеется необходимость немедленного принятия сложных решений, включающих в себя диагностические, лечебные, тактические и организационные вопросы. Такие ситуации имеют место в случаях развития у больного состояния клинической смерти или при осложнении основного заболевания критическими нарушениями основных жизненно важных функций организма.

Контроль соблюдения правил, заложенных в алгоритме, является своеобразным тренингом медицинского персонала потому, что заставляет его многократно возвращаться к оценке и анализу своих действий в ситуациях, требующих быстрого принятия решений.

Осуществление подобного контроля должно быть возложено на специалистов, обладающих достаточным для этого объемом знаний и опыта, способных провести экспертную оценку любой сложной для медицинского персонала ситуации и оказать консультативную помощь по вопросам, касающимся оказания скорой медицинской помощи. Данную работу на подстанции специализированных бригад выполняли сотрудники кафедры скорой и неотложной медицинской помощи Новокузнецкого института усовершенствования врачей.

Суть работы заключалась в следующем:

- 1) ежедневное проведение утренних рапортов,
- 2) постоянное оказание консультативной помощи медицинскому персоналу СМП,

3) клинические разборы всех случаев смерти, успешной реанимации, госпитализации и др.

4) обучение технике проведения основных манипуляций на секционном материале и сердечно-легочной реанимации с использованием тренажеров,

5) проведение тематических рапортов по различным вопросам оказания СМП.

Результаты этой работы способствовали повышению эффективности реанимационных мероприятий, проводимых персоналом кардиологических и реаниматологических бригад специализированной подстанции, и уменьшению количества негативных ятрогенных влияний на течение терминальных состояний у больных ИБС на догоспитальном этапе.

Выводы

Таким образом, организационно-функциональное объединение подстанции специализированных бригад с кафедрой скорой и неотложной медицинской помощи позволило достигнуть высокой степени единства действий этих бригад при проведении интенсивной терапии и реанимации, что в конечном итоге привело к более качественному оказанию медицинской помощи по сравнению с другими подразделениями службы.

Эффективный контроль внедрения единых методологических подходов, основанных на алгоритмизации действий бригад при терминальных состояниях, достигается за счет интеграции коллектива научных специалистов с кардиологическими и реанимационными бригадами, объединенными в единую подстанцию, что приводит к повышению эффективности реанимационных мероприятий и уменьшению количества врачебных ошибок.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**В.Н. Балашова, С.В. Лебедев, О.Г. Помогалова,
Е.В. Пшенникова, В.Б. Шуматов, В.В. Кузнецов**
МУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Владивостока»
МУЗ «Городская клиническая больница №1»
Владивостокский Государственный медицинский университет

TROMBOLYTIC THERAPY AT PRE-HOSPITAL STAGE

**V.N. Balashova, S.V. Lebedev, O.G. Pomogalova,
E.V. Pshennikova, V.B. Shumatov, V.V. Smiths**

Резюме

Тромболитическая (фибринолитическая) терапия (ТЛТ) при инфаркте миокарда, первый клинический опыт применения которой был получен в середине прошлого века, является большим достижением медицинской науки и успехом практического здравоохранения. В большом числе широко известных международных многоцентровых рандомизированных исследований, охвативших десятки тысяч пациентов во всем мире, были показаны высокая эффективность и абсолютный успех системной тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда (ОИМ), продемонстрировавшие определяющую роль раннего проведения тромболиза (GISSI I, 1986; ISIS 2, 1988; AIMS, 1990; GUSTO I-III, 1993-1997). Ранняя ТЛТ оказывает положительное влияние на электрическую стабильность миокарда, предупреждает развитие гемодинамических осложнений и ремоделирования, уменьшая тем самым вероятность инвалидизации и уровень летальности пациентов.

Ключевые слова: тромболитическая терапия, клинические исследования

Resume

Trombolytic therapy of myocardium heart attack, is a big achievement of a medical science and success of practical public health service. Many international multicentre studies have

found that thrombolytic therapy is of high efficiency and is a success system (GISSI I, 1986; ISIS 2, 1988; AIMS, 1990; GUSTO I-III, 1993-1997). Early thrombolytic therapy has a positive impact on electric stability of a myocardium, warns development of haemodynamic complications and remodelling, reducing probability of incapacitation and death rates of patients.

Key words: thrombolytic therapy, clinical trials

Тромболитическая (фибринолитическая) терапия (ТЛТ) при инфаркте миокарда, первый клинический опыт применения которой был получен в середине прошлого века, является большим достижением медицинской науки и успехом практического здравоохранения. В большом числе широко известных международных многоцентровых рандомизированных исследований, охвативших десятки тысяч пациентов во всем мире, были показаны высокая эффективность и абсолютный успех системной тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда (ОИМ), продемонстрировавшие определяющую роль раннего проведения тромболиза (GISSI I, 1986; ISIS 2, 1988; AIMS, 1990; GUSTO I-III, 1993-1997). Ранняя ТЛТ оказывает положительное влияние на электрическую стабильность миокарда, предупреждает развитие гемодинамических осложнений и ремоделирования, уменьшая тем самым вероятность инвалидизации и уровень летальности пациентов.

«Эра ТЛТ» привела к снижению летальности больных ОИМ с 18–20% в 80-е годы до 5–8% в последние годы. В международной клинической практике применение тромболитических препаратов у больных ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ стало общепринятым способом лечения. *Международные рекомендации экстренной кардиологической помощи (International Guidelines 2000 for CPR and ECC (A Consensus on Science)) определяют следующую последовательность действий для медицинского работника:*

— выявление симптомов ишемического поражения миокарда — в течение 10 минут:

— стартовое лечение (аспирин, оксигенотерапия, нитроглицерин, и только при продолжающемся болевом синдроме — в/в морфина гидрохлорид) и подготовка к электрокардиографическому исследованию — не позже следующих 10 минут анализ 12-канальной ЭКГ для выявления группы пациентов для ТЛТ (пациенты с подъемом сегмента ST — STEMI).

В последней редакции данных алгоритмов особенно подчеркивается, что проводить ТЛТ должен медицинский персонал, первым оказавшийся возле пациента (парамедики, медицинские сестры, врачи общей терапевтической подготовки), а также введено понятие «от двери до шприца с тромболитическим препаратом» — 30 минут. В дальнейшем, после госпитализации, пациенту выполняется экстренная коронарография с определением степени реканализации участка окклюзии коронарной артерии и выявлением пациентов для эндоваскулярной хирургии или аорто-коронарного шунтирования.

Следует признать, что достижения российской практической кардиологии в отно-

шении как программ ТЛТ, так и раннего применения хирургических методов анатомического восстановления кровотока в коронарной артерии в значительной степени отстают от уровня развитых зарубежных стран. Не секрет, что на большинстве территорий РФ лечение ОИМ ограничивается выжидательной консервативной тактикой уже на протяжении многих десятилетий. Этому способствуют очевидные организационные, методические и финансовые проблемы. При этом, для большинства специалистов экстренной медицины необходимость проведения ТЛТ в ранние сроки является неоспоримой и общепризнанной. Также совершенно очевидно, что в Российской Федерации именно бригады скорой медицинской помощи оказываются около пациента с ОИМ в наиболее ранние сроки развития заболевания.

Программа догоспитального тромболизиса начала осуществляться в г. Владивостоке Приморского с населением около 800 000 человек с июля 2005 г.

На первом этапе был проведен анализ количества случаев ОИМ, а также его двух основных форм: с подъемом сегмента S-T (в российской кардиологической практике — крупноочаговые) и без подъема (мелкоочаговые), поступивших за три года в стационары города. Особое внимание было уделено полноценному сбору статистической информации, охватившему 11 ЛПУ разных форм подчиненности. Таким образом, данные цифры позволяют достаточно достоверно оценить состояние проблемы в абсолютных показателях и зафиксировать динамику.

Отчетливо видно, что за год на территории г. Владивостока фиксируется свыше 1700 случаев инфаркта миокарда (рис. 1).

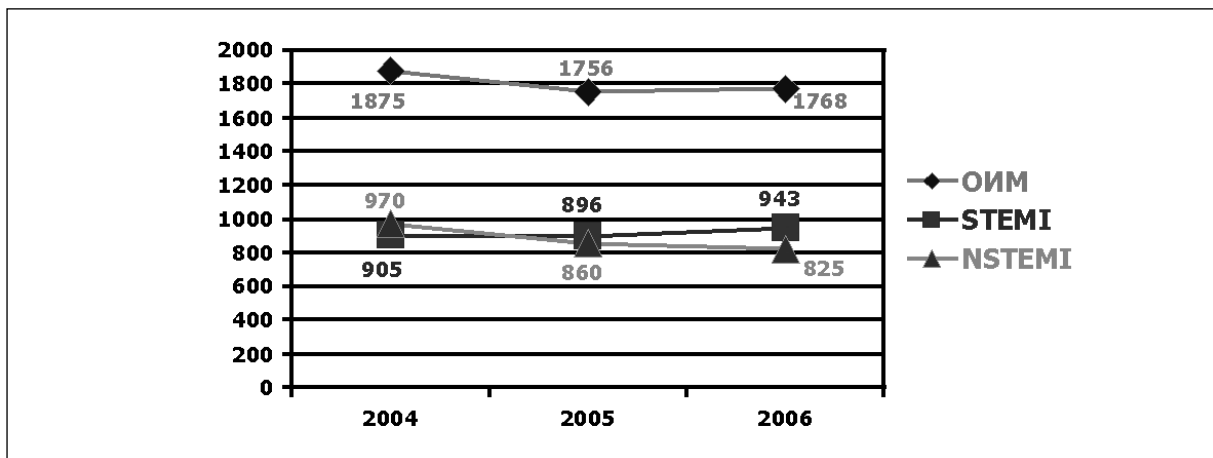


Рис. 1. Динамика случаев ОИМ на территории г. Владивостока за период 2004–2006 гг.

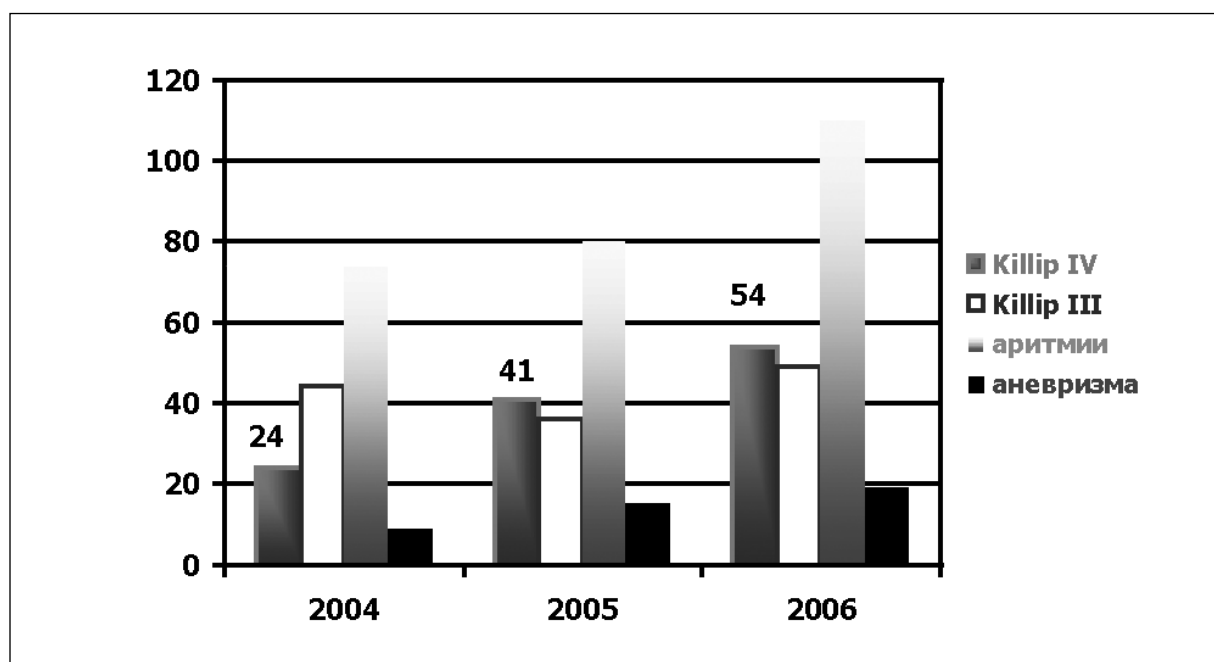


Рис. 2. Динамика осложненных форм ОИМ на территории г. Владивостока за период 2004–2006 гг.

Отмечается незначительное уменьшение количества пациентов в 2006 г. по сравнению с 2004 г. Однако анализ динамики форм ОИМ показывает разнородную картину. Снижение общего показателя заболеваемости ОИМ объясняется уменьшением количества мелкоочаговых инфарктов. Тревожным является факт неуклонного роста STEMI, природой которого является тромботическое поражение крупных створов коронарных артерий на фоне атеросклеротического процесса.

Данная динамика позволила сделать несколько предположений. Улучшение качества первичной медико-санитарной помощи, доступность современных лекарственных форм, в том числе по программе ДЛО, для контроля гипертензии и уровня холестерина вероятно приводит к благоприятной тенденции снижения количества мелкоочаговых инфарктов. Однако тревожная тенденция роста количества крупноочаговых инфарктов заставляет задуматься о механизмах лечения и профилактики данной группы.

Анализ внутри группы крупноочаговых инфарктов указывает на еще более неблагоприятные тенденции. Видно, что происходит рост осложненных форм. Для примера за три года количество ОИМ, осложненных кардиогенным шоком, выросло в 2,25 раза, отеком легких — в 1,1 раза (рис. 2).

Рост заболеваемости крупноочаговым инфарктом наряду с утяжелением течения неизбежно приводит к росту летальности и инвалидизации.

Показатель летальности от ОИМ в г. Владивостоке был рассчитан по рекомендованной формуле: число умерших среди больных с этой патологией, деленное на сумму выписанных и умерших с таким диагнозом, умноженное на 100%.

На территории г. Владивостока пациент с крупноочаговым ОИМ может быть госпитализирован в четыре группы стационаров: муниципальные больницы, одна из которых имеет в составе специализированное инфарктное отделение; ведомственные и краевые учреждения, учреждения Министерства обороны и ФСБ. Виден неуклонный рост летальности по всем группам стационаров. В среднем за год происходит увеличение количества смертельных случаев в 1,4 раза. При этом наибольший рост зафиксирован в ведомственных ЛПУ, традиционно меньше ориентированных на экстренное агрессивное лечение патологии.

Существуют определенные сложности разработки унифицированного подхода в лечении STEMI среди стационаров разных форм подчинения. Так, 77% пациентов с крупноочаговым инфарктом на территории города поступают в муниципальные ЛПУ (из них только 45% в специализированное инфарктное отделение), где отсутствует воз-

возможность проведения экстренной ангиопластики со стентированием. 11% — в краевые учреждения с шансом пройти ангиопластику. Ведомственные учреждения имеют, как правило, федеральное подчинение. Помимо сложности унификации лечебных алгоритмов возникают проблемы межбюджетных взаимодействий.

Отражением этого является картина лечения всех случаев крупноочагового инфаркта в 2004 г. на территории г. Владивостока. Видно неудовлетворительное положение, когда 76,1 % пациентов обречены на консервативное симптоматическое лечение без попыток восстановления анатомического кровотока по окклюзированной артерии. 1/5 пациентов доступен тромболизис и только 3,4% могут получить коронарографию с ангиопластикой и стентированием.

Однако даже при проведении в стационарах города тромболитической терапии, существует ряд обстоятельств, резко снижающих ожидаемый эффект.

Во-первых, ТЛТ осуществлялась только в специализированных отделениях стационара, а это означает, что в среднем ТЛТ началась по истечении двух и более часов от обращения пациента за медицинской помощью (этап скорой медицинской помощи + этап приемного отделения). К этому временному периоду следует добавить промежуток от возникновения болевого ишемического синдрома до обращения на «03». Таким образом попытка ТЛТ чаще всего начиналась при «возрасте» тромба около 5–6 часов. Добавляя к этому 100% использование стрептокиназы, обладающей недостаточной активностью лизирования «старого» тромба, вполне закономерен показатель летальности в группе пациентов, получивших стрептокиназу — 20,46%, что сравнимо со средним показателем летальности при крупноочаговом инфаркте. Таким образом, возникает вопрос о целесообразности и эффективности позднего начала ТЛТ стрептокиназой. В 2004 г. только 3 из 11 стационаров применяли стрептокиназу, превратив ТЛТ в удел энтузиастов.

Еще более неблагоприятная статистика наблюдается в группе пациентов, получивших ангиопластику со стентированием. На территории г. Владивостока ангиопластика в 2004 г. была возможна только в отделении рентгенхирургии краевого ЛПУ, при этом во

всех случаях только на платной основе. Показательны цифры, что, когда по ряду обстоятельств удавалось выполнить экстренную ангиопластику в пределах рекомендованного интервала 90 минут, удалось достигнуть летальности не выше 4,3%. Однако основная группа пациентов (95%) поступала переводом из других ЛПУ на 8–12 час и более. Кроме того практически все эти пациенты имели ОЧН III, IV класса по Killip. Именно этим объясняется столь высокая летальность — 43%.

Потеря принципа экстренности ангиопластики не позволяет добиться необходимого результата.

Между тем, на ранних этапах развития патологии большинство пациентов на территории города (89,3%) начинает лечение в условиях бригады СМП. Это однородная принадлежность персонала, достаточная оснащенность, наличие врачебного персонала, максимально ранняя встреча с пациентом.

Описанные выше показатели послужили предпосылками для финансово-экономического, организационного и клинического анализа и внедрения раннего тромболизиса именно на догоспитальном этапе. Служба СМП изначально по принципам функционирования значительно более восприимчива к алгоритмизации.

Еще одна проблема заключается в том, что, если теоретическое понимание необходимости раннего тромболизиса при STEMI медленно, но верно распространяется в российском медицинском сообществе, то уровень практического внедрения многим территориям кажется недостижимым. Слишком много проблемных вопросов стоит на пути ТЛТ. Однако прогрессирующий рост осложненных форм и летальности не оставляет запаса времени и требует перехода к практическим наблюдениям, анализу механизмов внедрения программ догоспитального тромболизиса и ангиопластики.

При ответе на вопрос о выборе преимущественного метода реканализации главным условием является широкая доступность метода. Именно поэтому мы считаем, что первым звеном цепи выживания может быть только ранний догоспитальный тромболизис. Эта методика значительно проще, быстрее и финансово выгоднее, чем организация отделений ангиопластики. Только догоспитальный тромболизис позволит

сдерживать рост летальности и инвалидизации. Вместе с этим представляется, что ТЛТ должна предоставить запас времени для развития отделений ангиопластики и внедрения эндоваскулярной кардиохирургии на территориях. Идеальным вариантом кажется сочетание ТЛТ и возможности широкого предоставления пациентам экстренной коронарографии с ангиопластикой и стентированием. Если исполнителем тромболитической терапии однозначно должен являться догоспитальный этап или служба СМП, то относительно ангиопластики, несомненно, необходимо решать вопрос о смещении ресурсов в сторону муниципального здравоохранения. Только это позволит сделать ангиопластику не уделом избранных, а методом широкого применения.

Нами была применена разработанная ранее универсальная система повышения эффективности медицинской технологии, основанная на комплексном последовательном исполнении/внедрении блоковых рекомендаций, построенных по принципу замкнутого круга «... анализ — обучение — алгоритмизация — оснащение — система контроля — мотивация — исполнение — анализ ...». При этом ключевым пунктом стало максимально раннее проведение ТЛТ специализированными бригадами Станции скорой медицинской помощи г. Владивостока с использованием тканевого активатора плазминогена (rt-PA — альтеплаза, фирменное название «Актилизе» и тенектеплаза — «Метализе»).

В ходе исследования проведен анализ 168 случаев тромболитической терапии на догоспитальном этапе при вызове бригады СМП г. Владивостока и 185 ТЛТ стрептокиназой за период 2004–2006 гг.

В г. Владивостоке (население 618 тысяч) около 94% выездов на ситуацию, предполагающую развитие ОИМ, производилось специализированными кардиологическими (93%), реанимационными (4,6%) бригадами и бригадами интенсивной терапии (2,4%) бригадами, как и подавляющее (97,3%) количество всех госпитализаций данной группы пациентов. Среднее время начала ТЛТ бригадой СМП при ситуации «ОИМ» составило $51,8 \pm 1,9$ минуты. Среднее время начала стационарного тромболитического лечения стрептокиназой — $106,5 \pm 3,7$ минуты. Средняя продолжительность ишемического болевого синдрома от момента возник-

новения до начала оказания скорой медицинской помощи, составляло $117,4 \pm 12,2$ минуты.

Финансовое обеспечение происходит в ходе реализации Городской целевой программы администрации г. Владивостока «Развитие Службы скорой медицинской помощи в 2005–2009 гг.». Объем и бесперебойность финансирования позволил проводить ТЛТ на догоспитальном этапе по показаниям любым категориям пациентов вне зависимости от возраста, социальной группы и финансовых обстоятельств.

Для начала программы тромболитической терапии на догоспитальном этапе в г. Владивостоке в течение месяца был проведен комплекс мероприятий с подготовкой персонала 10 специализированных (5 кардиологических, 3 реанимационных бригад и 2 бригад интенсивной терапии) бригад, персонал которых составляет 136 медицинских работников. Разработка учебных программ, методического материала, алгоритмов работы, а также учебно-тренировочных занятий по темам тромболитической терапии осуществлялась сотрудниками кафедры анестезиологии и реанимации с курсом СМП ВГМУ, а также учебно-тренировочного центра ССМП г. Владивостока. Подготовка к внедрению тромболитической терапии включила разработку и выход приказа для персонала ССМП, определяющего размещение тромболитического препарата в бригадах, особенности учета и контроля использования, а также необходимых технических условиях проведения ТЛТ: непрерывный кардиомониторинг с применением дефибриллятора Lifepak 12 и готовностью к немедленной дефибрилляции. Была достигнута необходимая преемственность в деятельности медицинских служб.

Для унификации проведения ТЛТ был разработан оригинальный «Протокол-инструкция тромболитической терапии».

Анализ показывает, что тромболитическая терапия была успешно проведена на фоне как неосложненных, так и осложненных форм ОИМ, которые составили 49,03% от всех пациентов (ОСН III и IV ф.к. по Killip составили 25,2%). В 94% случаев длительность ишемического болевого приступа от момента возникновения до начала ТЛТ составила менее 6 часов, при этом в 49% случаев менее 2 часов. В ходе проведения тромболитической терапии в 46% случаев

были зафиксированы различные осложнения. Так, у 2 пациентов отмечались геморрагические осложнения по типу повышенной кровоточивости из мест в/в инъекций и кровоточивости десен, не потребовавших прекращения ТЛТ. В 20,5% случаев возникали реперфузионные нарушения ритма (фибрилляция желудочков — 7%, политопные желудочковые экстрасистолы — 32,5%), в 1,5% — переходящая атриовентрикулярная блокада II–III степени, которые были успешно купированы на догоспитальном этапе.

Для оценки эффективности ТЛТ, осуществляемой бригадами ССМП г. Владивостока были применены общепринятые показатели: летальность пациентов, подвергнутых ТЛТ за 30-дневный период; количество пациентов с эффективной реканализацией тромба (быстрое снижение сегмента ST более чем на 50% от исходной амплитуды); возникновение реперфузионных аритмий, отсутствие формирования зубца Q на электрокардиограмме (абортация острого инфаркта миокарда).

Удалось добиться эффективной реканализации тромба у 84,5% пациентов, из них в 67% случаев снижение сегмента ST более чем на 50% от исходной амплитуды произошло в первые 12 часов от начала ТЛТ на догоспитальном этапе. В данной группе пациентов у 7,1% пациентов зафиксировано отсутствие формирования зубца Q на ЭКГ, то есть удалось избежать возникновения зоны некроза миокарда.

Уровень летальности пациентов при раннем применении препаратов Актилизе/Метализе составил 4,34%. Уровень летальности более отсроченной ТЛТ препаратом стрептокиназа в отделениях стационаров составил 20,46%.

Таким образом, проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе с использованием современных тромболитических препаратов (альтеплаза, тенектеплаза) является эффективным и безопасным способом лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, в том числе осложненных форм, позволяет добиться выраженного снижения показателей летальности и инвалидизации при ОИМ.

ОБЪЯВЛЕНИЕ

СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ
В РОССИИ 110 лет!



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). Появление новых технологических возможностей позволяет создать новый, более современный и интересный сайт с рабочим названием 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.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В БОБРОВСКОМ РАЙОНЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

**И.Л. Леонтьев, к.м.н., главный врач,
Муниципальное учреждение «Бобровская центральная районная больница»**

**А.В. Рябов, зав. отделением скорой медицинской помощи,
врач анестезиолог-реаниматолог, МУЗ «Бобровская ЦРБ»**

PRINCIPLES OF RENDERING OF EMERGENCY AID TO VICTIMS OF ROAD TRAFFICK ACCIDENTS IN BOBROVSKY AREA OF THE VORONEZH REGION

I.L. Leontev, A.V. Ryabov



И.Л. Леонтьев

Бобровский район расположен в центральной части Воронежской области на федеральной трассе М 4 «ДОН». Через район проходит автодорога Воронеж — Новохоперск — Саратов, и еще две автотрассы межобластного значения, участок ЮВЖД. Поток автомобилей достигает 46 тысяч единиц в сутки. Только за 2008 г. зафиксировано 135 ДТП, в которых погибло 28, пострадало — 342 человека.

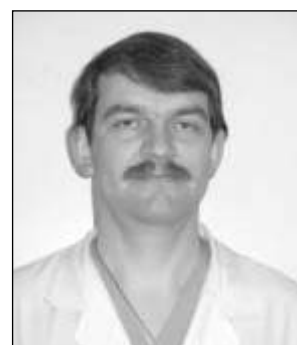
Бобровская центральная районная больница (БЦРБ) на 285 коек расположена в 15 км от трассы «ДОН», вблизи пересечения двух межобластных дорог. Для оказания помощи пострадавшим при ДТП в ЦРБ развернуты травматологическое (25 коек), хирургическое (40 коек), неврологическое (40 коек), реанимационное (12 коек) отделения, работает филиал областной станции переливания крови. Круглосуточно дежурит травматолог, хирург, терапевт, педиатр, гинеколог, два анестезиолога-реаниматолога, лабораторная и рентгеновская службы. Бобровская больница — единственная из ЦРБ в Воронежской области, имеющая выездную бригаду реанимации. При выезде на ДТП производится видеодоку-

ментализация оказания медицинской помощи. Отработана схема взаимодействия со службами ДПС и МЧС. Протяженность зоны ответственности БЦРБ на автомагистрали М-4 — 60 км.

Растущие автомобильные потоки и травматизм на дорогах привели не только к работе больницы в режиме БСМП, но и продиктовали необходимость реформы системы оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в районе в целом. Изменения, произведенные за последние 8 лет, коснулись догоспитального этапа, приемного отделения и госпитального этапа оказания медицинской помощи.

При разработке системы оказания скорой медицинской помощи на месте ЧС учитывались следующие моменты:

- Основной поток автомобилей на трассе М-4 составляют транзитники, не владеющие точными координатами ДТП; особенно сотовой связи, с помощью которой чаще всего делают вызов СМП, является «перебрасывание» вызова на ближайшую вышку, что нередко приводит к переадресации звонка в другой район, расположенный



А.В. Рябов



Рис. 1. Схема расположения бригад скорой и неотложной помощи

за десятки километров от места ДТП. Все это привело к необходимости создания карты-модели обслуживаемого участка трассы в диспетчерской с указанием ориентиров на местности, что позволяет уточнить место аварии в кратчайшие сроки. Подчинение всех мобильных медицинских сил района одному диспетчеру позволяет более рационально использовать их при ЧС или одновременно более чем одном происшествии на территории района.

- При выезде к месту происшествия частой проблемой является загруженность участка трассы прилегающего к месту ДТП, что не позволяет «пробиться» к пострадавшим. Этим продиктована необходимость создания на базе врачебных амбулаторий вблизи границ района бригад неотложной помощи (БНП) в прилежащих к трассе «ДОН» населенных пунктах (рис. 1) с подчинением их диспетчеру СМП. Выезд осуществляется по принципу «КЛЕЩЕЙ»: одновременно и навстречу друг другу при поступлении вызова к месту ДТП выезжает ближайшая БНП, состоящая из средних медработников, и врачебная специализированная бригада скорой помощи из БЦРБ, что позволяет сократить время доезда, обеспечивает наличие на месте врачебной бригады, дает возможность «пробиться» к пострадавшим хотя бы одной из машин. Эвакуация пораженных осуществляется си-

лами отделения СМП с участием бригады реанимации без привлечения БНП, что позволяет не «оголять» трассу на время транспортировки.

- Использование современных рентгеногативных средств иммобилизации и термоизолирующих одеял позволяет обеспечить доставку пострадавшего до операционной и палаты реанимации с минимальным риском вторичного травматизма и оптимизирует противошоковые мероприятия.

Частая необходимость работы приемного отделения в режиме сортировочного и для обеспечения преемственности оказания помощи пострадавшим привели к необходимости изменения порядка работы этой структуры. В приемном отделении организована работа дополнительной бригады скорой помощи, владеющей навыками оказания экстренной медицинской помощи и сортировки пострадавших. Объемы обязательного обследования пострадавшего в ДТП стандартизированы, что позволяет избежать «просматривания» патологии по причине «человеческого фактора» при массовом поступлении пораженных. Пострадавшие с незначительными повреждениями госпитализируются в профильное отделение в первую очередь, где дообследуются и получают помощь во вторую очередь после оказания помощи тяжелопораженным.

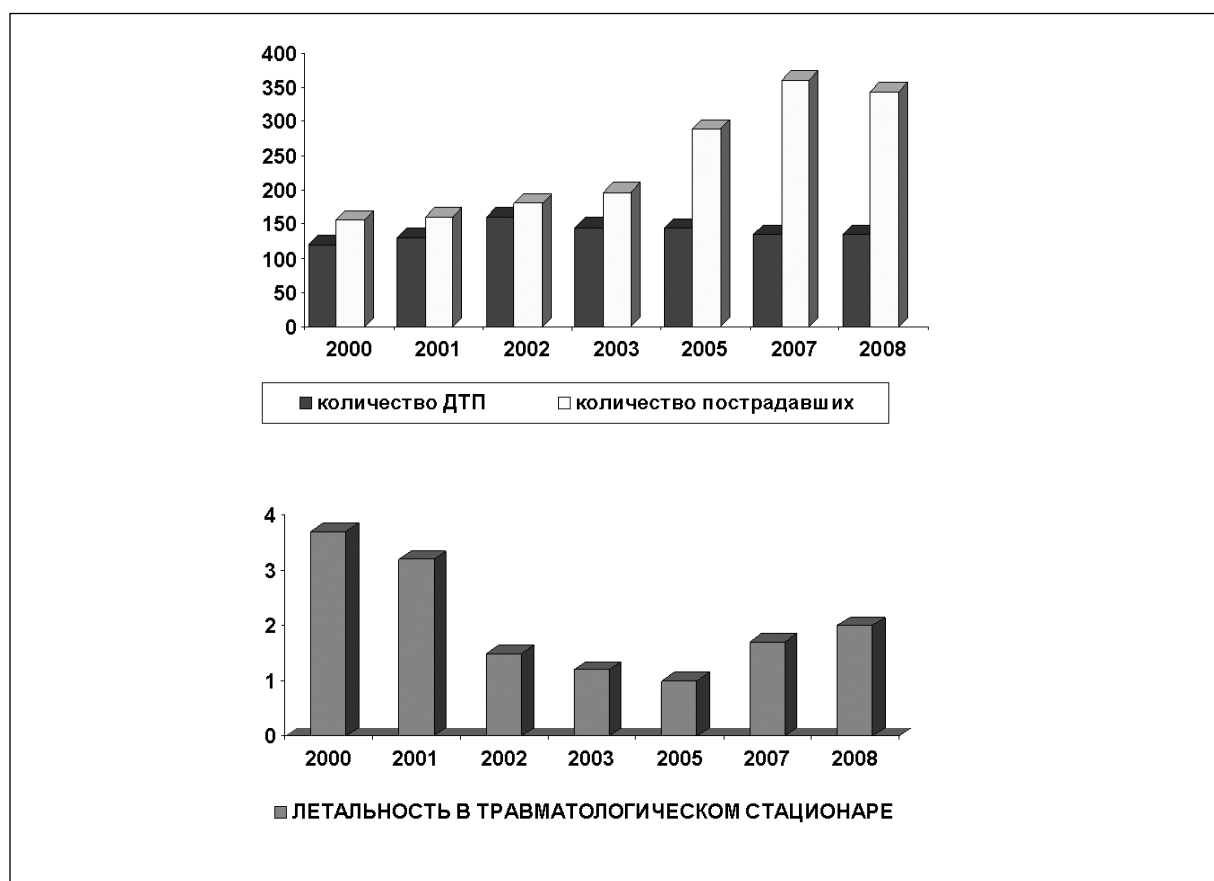


Рис. 2. Динамика количества ДТП и летальности в травматологическом стационаре в Бобровском районе

Создание отделения реанимации (АРИТ) на 12 коек продиктовано увеличением в последние годы количества пострадавших с тяжелой травмой, возросшим уровнем сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда, требующих динамического наблюдения и интенсивной терапии. Пострадавшие находятся в условиях АРИТ до полной стабилизации состояния что позволяет сократить сроки предоперационной подготовки и улучшает прогноз.

Проведенные мероприятия позволили сократить летальность в травматологическом стационаре в 4 раза на фоне растущего количества пострадавших в ДТП и тяжести повреждений (рис. 2). Модель организации системы оказания помощи при ДТП признана лучшей в области. За последние 6 лет не было ни одного случая летального исхода пострадавших в ДТП в автомобиле скорой помощи.

Однако в течение последних двух лет, на фоне улучшения работы службы скорой медицинской помощи, оптимизации оказания помощи пострадавшим на догоспитальном этапе, что позволило доставлять в стационар

пострадавших с более тяжелой травмой, которые ранее погибали при транспортировке, и на фоне продолжающегося роста количества пострадавших с тяжелой травмой отмечено некоторое увеличение летальности (рис. 2). Одновременно с этим обращает на себя внимание перенос тяжести и количества ДТП с федеральных трасс на соединяющие их дороги внутрирайонного значения, что связано с желанием водителей-транзитников сократить время движения за счет перемещения между трассами с хорошим покрытием, не делая скидок на изменившиеся дорожные условия.

По-прежнему проблемной является работа выездных бригад при авариях на границах района, где принцип «КЛЕЩЕЙ» не срабатывает по причине отсутствия алгоритмов взаимодействия между медслужбами соседних районов. Не менее серьезной остается проблема подготовки врачебных кадров для службы скорой медицинской помощи в изменившихся условиях, в связи с чем остается высоким процент внешнего совместительства врачебного состава.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Л. Вёрткин, И.С. Родюкова, Е.В. Адонина
Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии
и скорой медицинской помощи МГМСУ
и Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

EXPRESS-DIAGNOSTICS IN EMERGENCY AID IN PRE-HOSPITAL CARDIOLOGY

A.L. Vertkin, I.S. Rodjukova, E.V. Adonina

Известный факт, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стоят на первом месте среди всех причин смерти в России. Более того, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2030 г. эта ситуация в мире не только не изменится, но и сохранится тенденция к увеличению этих заболеваний, в целом (рис. 1).

Ситуация осложняется еще и тем, что, несмотря на определенные успехи в диагностике многих ССЗ, до сих пор сохраняется высокий процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов. Так, по данным О.В. Зайратьянца в 2008 г. процент расхождений у умерших на дому в многомиллионном городе составил при ИБС в целом и при остром инфаркте миокарда (ОИМ), в частности, 34 и 53%, соответственно (табл. 1).

Естественно, что в стационаре этот процент существенно меньше: при ОИМ он составляет 11,2%, а при повторном — 8% (табл. 2). Однако и это на протяжении последних 5 лет существенно не меняется.

Среди причин расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, прежде всего, является объективная трудность диагностики, обусловленная высокой коморбидностью (полипатией) и патоморфозом заболеваний. Так, по нашим данным, на основании результатов проведенных аутопсий у умерших от ОИМ мужчин в 83% случаев заболевание сочеталось с ХОБЛ, алкогольной висцеропатией, сахарным диабетом, аденомой предстательной железы и др. У женщин — только в трети случаев ОИМ фигурировал, как единственное заболевание, в остальных случаях констатирована полипатия.

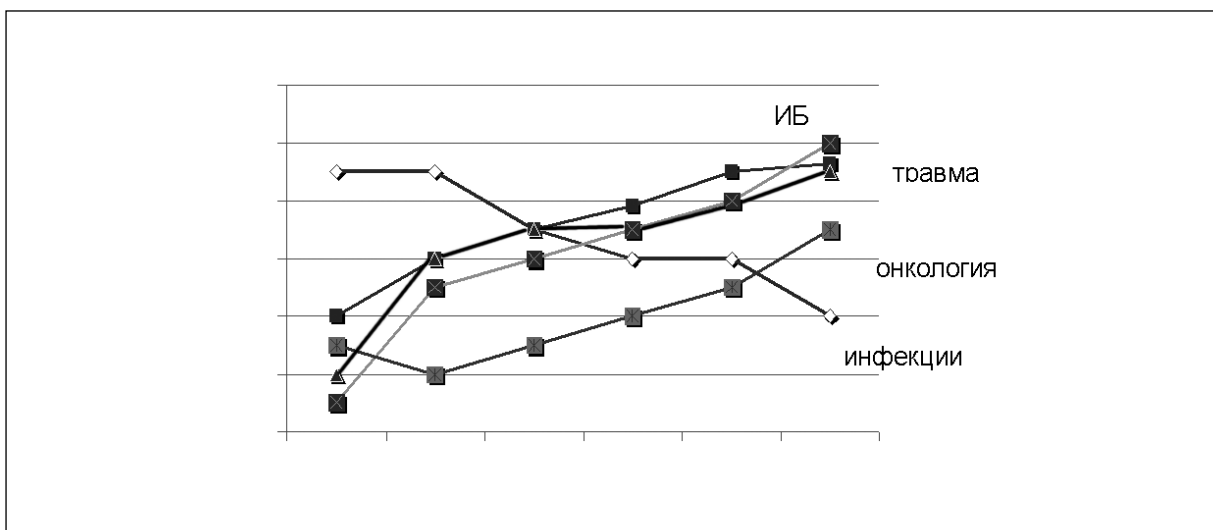


Рис. 1. Схема расположения бригад скорой и неотложной помощи

Таблица 1

Частота расхождений диагнозов при ишемической болезни сердца у мерших на дому (2003–2008 гг.)

Показатель	Годы					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ишемическая болезнь сердца	45	43	34	33	31	34
Из них: инфаркт миокарда (%)	51	52	48	51	50	53

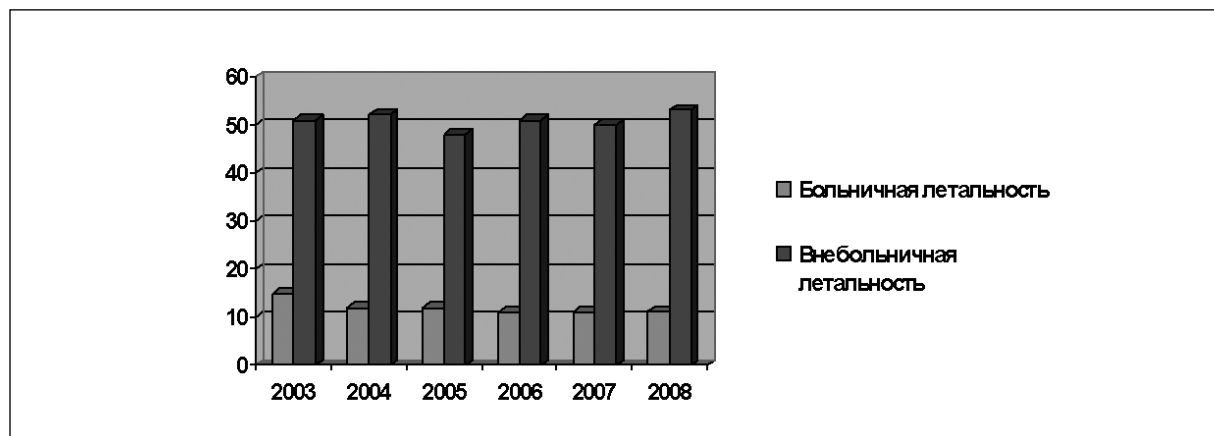


Рис. 2. Частота расхождений диагнозов (%) при инфаркте миокарда в 2003–2008 гг.

Как известно, начало диагностики ОИМ связано с открытием Эйнтховеном электрокардиографического метода исследования, а, в последующем, описанием Образцовым и Стражеско в 1903 г. клинической картины заболевания. С 1994 г. появление боли в груди при первом обращении пациента за медицинской помощью трактуется как острый коронарный синдром (ОКС), который уже на госпитальном этапе дифференцируется между ОИМ и нестабильной стенокардией. При этом дополнительным золотым стандартом для диагностики ОИМ считалась динамика избыточного повышения в сыворотке крови МВ-фракции креатинфосфокиназы (КФК), уровень которой повышался уже через 3–6 часов после дебюта болезни, оставаясь повышенным в течение последующих 1,5 суток. Однако проведенные многочисленные исследования не подтвердили высокой чувствительности и специфичности этого маркера при диагностике повреждения миокарда, прежде всего за счет повышения ее активности при многочисленных причинах некоронарогенного генеза (любая мышечная травма, почечная недостаточность и др.).

С 1998 г. в клинику с целью улучшения диагностики ОКС вошли первые биохимические

маркеры, которые с 2007 г., согласно клиническим рекомендациям ведущих мировых кардиологических сообществ, являются обязательным атрибутом в неотложной кардиологии.

Наиболее ранним таким маркером является миоглобин (рис. 3), который содержится как в мышце сердца, так и в скелетной мускулатуре. При ОИМ за счет малого веса этот белок через 2–4 часа от момента заболевания попадает в периферическую кровь, достигает пика через 9–12 и возвращается к норме — через 24–36 часов. Однако, уровень миоглобина может изменяться под действием проводимых внутримышечных инъекций, тяжелых физических нагрузок, и многих других причин, что уменьшает его диагностическую ценность.

Согласно последним рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Американской ассоциации сердца, Европейского общества кардиологов, в настоящее время кардиоспецифическими маркерами некроза миокарда являются сердечные тропонин I и тропонин T (сTnI и сTnT).

Тропонины (I, C и T) являются комплексом белков, который регулирует взаимодействие кальция между актином и миозином в тканях



Рис. 3. Зависимость появления маркеров некроза миокарда от времени с момента болевого приступа

Таблица 2

Сравнительная характеристика тропонина I и тропонина T (Luscher M.S. et al., Circulation, 1997).

Подгруппы	События/общее количество пациентов	
	Тропонин +	Тропонин -
TnT		
Общая смертность	32/1187	46/473
Сердечная смертность	31/1,689	52/744
Пациенты с НС	21/397	26/198
TnI		
Общая смертность	34/1,451	49/815
Сердечная смертность	3/905	26/384
Пациенты с НС	2/70	2/22

миокарда. Сердечные тропонины (сTnI и сTnT) — это молекулы массой 23,500 и 37,000 Дальтон соответственно; они имеют изоформы, которые высоко тропны к сердечным миоцитам. Тропонины, характер и время повышения которых вначале схож с МВ КФК, отличаются, в том числе и от миоглобина тем, что сохраняются в периферической крови до 7 и 14 дня, соответственно, для тропонина I и тропонина T. Помимо этого, благодаря отсутствию циркуляции TnI и сTnT в измеряемых уровнях у здоровых взрослых людей, очень низкая область порогового значения ведет их к более высокой чувствительности, чем СК-МВ. Поэтому пациенты, перенесшие ОКС с нормальными МВ-КФК показателями и отнесенные в соответствие с этим к нестабильной стенокардии, могут иметь незначительный некроз сердца, определяемый лишь повышением в сTnI или сTnT (Heidenreich P. et al., journal of the American College of Cardiology, 2001). Внедрение широко распространенного тес-

тирования тропонина позволило выявить инфаркт миокарда более чем у 25% пациентов с нормальным МВ-КФК показателем (Newby L. et al., American heart journal 2002).

Измерение сердечного тропонина дает меньшее количество ошибочно положительных результатов при травме, операциях и почечной недостаточности по сравнению с МВ-КФК. Тем не менее, на уровень тропонинов могут влиять повреждения сердечной мышцы в результате электроимпульсной терапии, воспалительные изменения в миокарде, терминальная сердечная недостаточность, массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). К редким причинам повышения уровня тропонинов относят массивные ожоги, ДВС-синдром, миодистрофии, полимиозиты, гипертонию беременных.

Как показали многочисленные исследования, посвященные сердечным тропонинам, их ценность практически одинакова как при диагностике ОИМ, так и его прогноза (табл. 2).

Существующая разница между тропонинами, большое количество тестирующих систем является причиной широкого обсуждения отдельной диагностической значимости тропонинов I и T при ОКС. Прежде всего, наличие двухфазного выделения тропонина T в кровь, в отличие от однофазного выделения тропонина I, подразумевает некоторое снижение его уровня (или наличия фазы плато) при рецидивирующем течении заболевания. Помимо этого, тропонин I циркулирует в крови в течение 5–7 дней, а тропонин T — почти 2 недели, что затрудняет его использование для диагностики рецидивов заболевания. Кроме того, большой разброс времени возвращения концентрации тропонина T в крови к первоначальному уровню также снижает его диагностическую ценность. Многие исследователи также указывают на повышение уровня тропонина T при хронической почечной недостаточности.

К недостаткам тропонина I, как правило, относят нестандартизованность метода и наличие большого количества лабораторных систем для его определения. Тем не менее, более половины госпиталей в США используют именно тропонин I.

Рекомендуемое диагностическое пороговое значение сердечного тропонина определяется для каждой лабораторной системы в соответствии со стандартами GLP (Good Laboratory Practice).

Показаниями к назначению биомаркеров некроза миокарда являются:

1. Диагностика ОИМ в ранние и поздние («пропущенный» инфаркт) сроки заболевания.
2. Дифференциальная диагностика между ОИМ и нестабильной стенокардией.
3. Сортировка больных с болевым синдромом в груди при госпитализации.
4. Стратификация «коронарного риска» и оценка прогноза заболевания.
5. Выбор и оценка эффективности проводимой терапии.
6. Оценка размеров инфарктной зоны.
7. Диагностика ОИМ во время хирургических вмешательств (кроме кардиохирургии).
8. Определение сердечных маркеров в динамике.

Предметом настоящей работы не являлась оценка диагностической значимости тропонинов, поскольку это с одной стороны не является предметом дискуссий, с другой — подробно изложено в многочисленной

литературе. Задачей авторов являлась попытка привлечь читателей к более широкому использованию тропонинов в практике догоспитального звена, где наиболее часто имеются затруднения в диагностике и повсеместное использование биохимических маркеров некроза миокарда.

Существующие методы для определения маркеров некроза миокарда включают количественное определение в центральной лаборатории и диагностику на месте (количественную и качественную). Естественно, что условия догоспитального этапа (поликлиника, скорая медицинская помощь) требуют оперативности, принятия быстрых решений и здесь наиболее оптимальным является применение экспресс-диагностики на месте. В то же время определение биомаркеров на месте с помощью портативных приборов или тест-полосок должно быть сопоставимо с количественным определением в центральной лаборатории, то есть иметь достоверное значение.

Какие же преимущества имеет диагностика на месте (POC — point of care)? Среди них:

- Мультимаркерный подход.
- Упрощение метода забора крови для образца.
- Уменьшение времени для определения маркеров некроза миокарда.
- Уменьшение продолжительности госпитализации за счет точной диагностики.
- Раннее назначение специфического лечения.
- Экономический эффект: общее снижение затрат.
- Сравнимая достоверность с количественным определением биомаркеров в центральной лаборатории.

Существует несколько количественными и качественными методиками определения сердечных тропонинов, а некоторые из них имеют и соответствующие центральные лабораторные анализаторы. При этом многие исследования подтвердили эквивалентную точность POC-технологий и центральной лаборатории.

Как правило, при использовании экспресс-метода определения маркеров некроза миокарда, для анализа необходима цельная кровь из пальца; либо кровь из вены или плазма. Безусловно, для проведения тестов на этапе СМП наиболее удобным и простым является взятие крови из пальца, либо из периферической вены, что исключает необходимость продолжительного времени для цен-

Таблица 3

Сравнение тест-кассеты одностадийного определения тропонина I с методом EIA

Метод Эйкон	Метод EIA		Всего
	Тест +	Тест -	
Тест +	225	8	233
Тест -	3	505	508
Чувствительность – 98,7%		Специфичность – 98,4%	

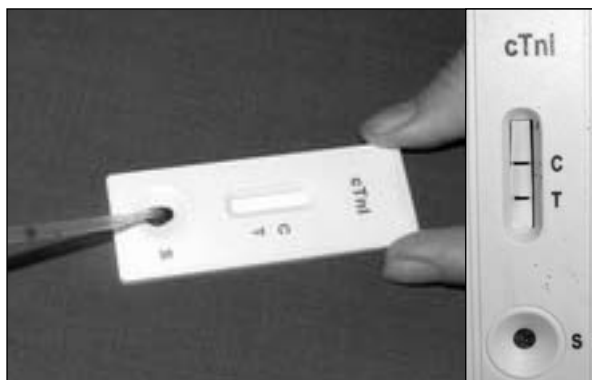


Рис. 4. Методика выполнения качественного экспресс-теста на тропонин I

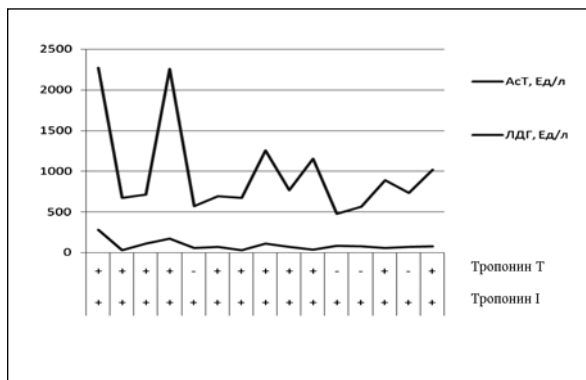


Рис. 5

трифугирования. Также очень важно именно для догоспитального метода получение однозначного ответа на вопрос есть у пациента болезнь или нет, особенно в дефиците времени и отсутствия изменений на ЭКГ. Учитывая условия работы на «скорой помощи» единственным возможным решением является использование качественных тестов, которые не требуют строгих условий хранения, просты в применении, имеющие высокую чувствительность и специфичность.

Одним из таких современных способов диагностики ОКС на этапе скорой помощи является иммунохроматографический метод с помощью тестов Эйкон (Acon Biotech Co, Ltd). Он включает не только наборы для определения тропонина I, миоглобина, но и мультимаркерный тест на миоглобин, тропонин и МВ КФК. Тесты не требуют специального хранения, имеют внутренний контроль, возможно использование цельной крови для проведения анализа.

Техника проведения теста очень проста: в специальную лунку на кассете добавляется цельная кровь, либо плазма или сыворотка, результат оценивается через 10 минут. При появлении 1 линии — тест действителен и отрицателен, при появлении 2 окрашенных линий — тест положителен (рис. 4).

Достоверность теста подтверждена сравнительным исследованием с количественным EIA-анализом с использованием клинических проб для каждого из определяемых маркеров (см. табл. 3).

Качественные экспресс-тесты на определение тропонина I показали высокую чувствительность и специфичность в отделении кардиореанимации многопрофильного стационара (Вёрткин А.Л., и соавт., 2006). Тест был использован дважды: при поступлении и через 6 часов, также использовался качественный тест на тропонин T, биохимический анализ крови на АСТ и ЛДГ. Во всех случаях положительного теста тропонина I инфаркт миокарда был подтвержден (последующей динамикой на ЭКГ, ЭХО-кардиографически, в 4-х случаях — морфологически) (рис. 5).

Несмотря на то, что определение тропонинов входит в стандарты диагностики ОКС на этапе СМП, тем не менее, большинство бригад СМП не оснащено экспресс-тестами. Более того, учитывая достаточно позднее повышение тропонинов при ОИМ, наиболее оптимально иметь и мультимаркерную панель для ранней и эффективной диагностики заболевания.

Для количественного определения уровня миоглобина, тропонина I и КФК-МВ для диа-



Рис. 6

гностики с использованием РОС технологий применяется система для иммунофлуоресцентного анализа Triage® Cardiac Panel (производитель Biosite® Inc). При этом используется цельная кровь, что также не требует центрифугирования, а время тестирования составляет 15 минут. Оборудование включает непосредственно прибор-измеритель с тремя уровнями контроля, диагностические мультимаркерные панели и программное обеспечение.

Национальная академия клинической биохимии и Международная федерация клинической химии, а также Американская коллегия кардиологов рекомендуют промежуток времени для забора кардиомаркеров менее 60 минут от момента взятия крови до получения результата, так называемый общий оборот времени (ООВ).

Многие исследования показали, что используя РОС устройство ООВ для результатов сердечных маркеров может быть снижен по сравнению со стратегией центральной лаборатории (табл. 4). Так, в исследовании с

целью диагностики ОИМ у 232 и 134 пациентов соответственно, в дебюте заболевания и в динамике по Сингеру результаты измерения Tn I в центральной лаборатории и при использовании системы РОС выявило, что ООВ составил 93 и 14,8 минут. Эти данные позволяют снизить медианное значение длительности пребывания в неотложном отделении с 7,1 часа до 5,2 часа при использовании РОС технологий.

Таким образом, использование диагностики РОС позволяет снизить общее время для лабораторной диагностики, принять быстрое решение о сортировки больных и назначения адекватной терапии (рис. 7).

Диагностика РОС-приборами, в частности Triage® Cardiac Panel, подтверждается высокой чувствительностью и специфичностью данного метода, что соответствует определению маркеров некроза миокарда в центральной лаборатории (табл. 5).

Использование кардиопанели Triage® способствует более быстрой диагностики ОИМ, уменьшению времени нахождения пациентов в отделении неотложной кардиологии почти на 30%. При этом точность РОС-тестирования составила 99,7%, а отрицательное прогностическое значение — 99,9% (McCord et al., Circulation, 2001, Newby et al., Circulation, 2001, NG et al, Am J Cardiology, 2001, McCord et al., Am J. Cardiology, 2004).

Немаловажным является также и экономическая ценность использования приборов РОС-диагностики. Так, в исследовании Marchetti C. (Santa Maria Goretti Hospital, Италия, 2003–2008 гг.), были использованы приборы Triage® Cardiac Panel и создана лаборатория РОС (рис. 8.) в отделении неотложной

Таблица 4

Оборот времени (в минутах) при использовании РОС в сравнении с центральной лабораторией

Источник	РОС	Центральная лаборатория	«Выигранное» время
Carher	38	87	49
Lee-Lewandrowski	17	110	93
Collinson	20	79	59
McCond	24	71	47
Singer	15	83	68
Sieck	20	90	70
Gaze	20	85	65
Altinier	17	82	65
Hsu	26	65	39

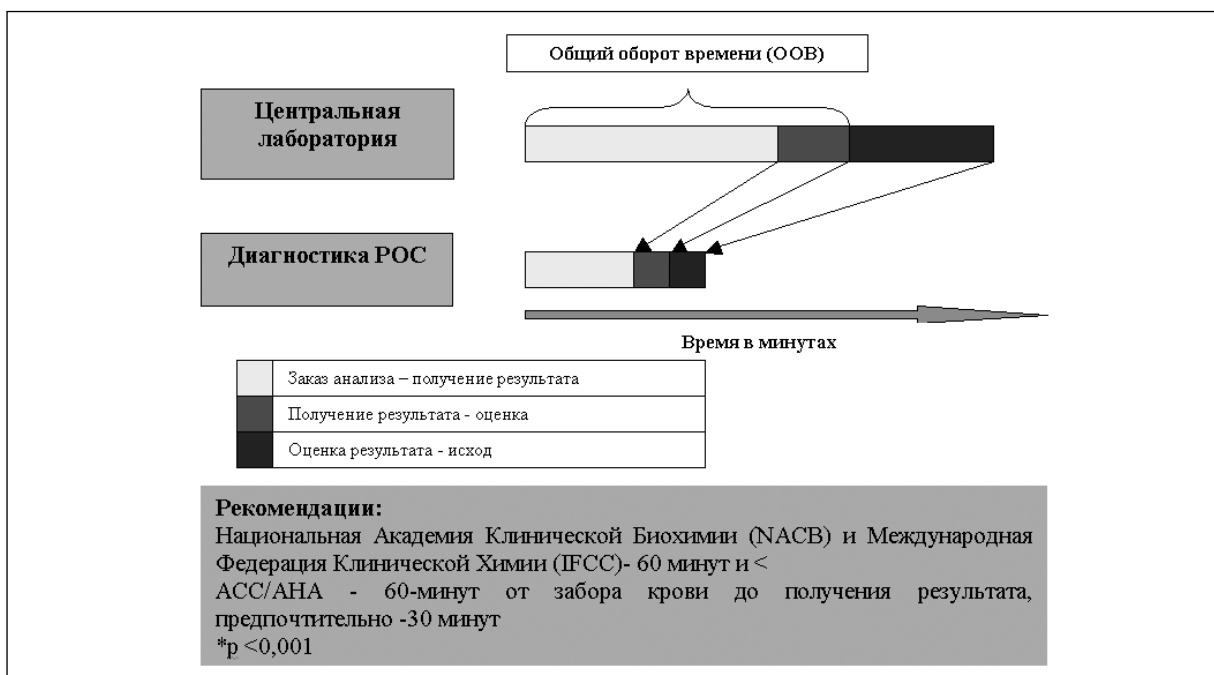


Рис. 7. Временной критерий при диагностике ОИМ

Таблица 5

Результаты применения алгоритма диагностики ИМ с использованием РОС-прибора Triage® Cardiac Panel (McCord et al., Newby et al., 2001)

Применение алгоритма с Triage® Cardiac Panel	Диагноз ОИМ подтвержден	Диагноз ОИМ отвергнут	Всего
+	145	12	157
-	3	5041	5044
Всего	148	5053	5201

кардиологии, что привело к снижению затрат более чем на 2 000 000 евро в год.

По данным различных госпиталей (Baptist Hospital, город Нешвилл, штат Теннесси, США, Калифорнийский Университет в городе Сан-Диего, США) использование Triage® Cardiac Panel приводит к существенному снижению ежегодных расходов от 344,000 до 992,000 ам. долларов. Была показана и существенная экономическая выгода при использовании кардиопанелей Triage® для амбулаторной неотложной помощи в госпитале Montbard (Франция, Париж) до 300 000 ам. долларов ежегодно.

Таким образом, внедрение и применение экспресс-тестов — маркеров некроза миокарда позволит оптимизировать диагностику ОИМ на догоспитальном этапе, вовремя и адекватно обеспечить сортировку и назначение терапии, улучшить прогноз заболевания и обеспечить экономическую эффективность.

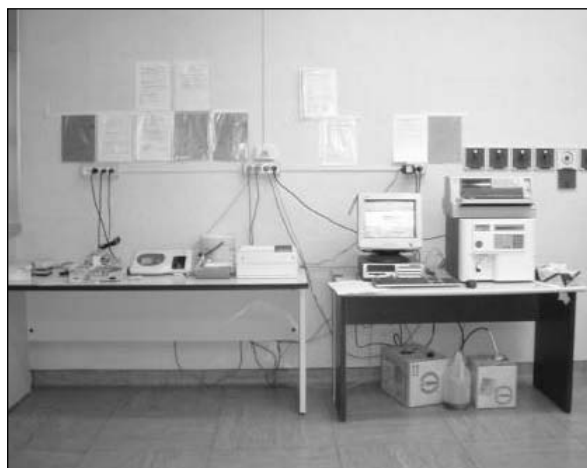


Рис. 8. Локальная РОС-лаборатория в отделении неотложной кардиологии в Santa Maria Goretti Hospital, Италия

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гогин Е.Е. Острый коронарный синдром: этапы диагностики, определяющие тактику оказания помощи. *Терапевтический архив*, 2001; №4, с. 5–11.
2. Трифионов И.Р. Биохимические маркеры некроза миокарда. Часть 1. Общая характеристика биомаркеров. Их применение для диагностики инфаркта миокарда: обзор современных рекомендаций. *Кардиология*, 2001; №11, с. 93–95.
3. Сапрыгин Д.Б., Романов М.Ю. Значение тропонинов (I, T) в оценке риска и прогноза острого коронарного синдрома. *Лабораторная медицина*, 2002, 5, 14–18.
4. Сапрыгин Д.Б. Кардиоспецифические тропонины: значение в диагностике, стратификации риска и прогнозе острого коронарного синдрома. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*, 2003, 102, 65–70.
5. Adams J.E., 3rd, Bodor G.S., Davila-Roman V.G., Delmez J.A., Apple F.S., Ladenson J.H., et al. Cardiac troponin I. A marker with high specificity for cardiac injury. *Circulation* 1993; 88: 101–106.
6. Adams J.E., Schechtman K.B., Landt Y., Ladenson J.H., Jaffe A.S. Comparable detection of acute myocardial infarction by creatine kinase MB isoenzyme and cardiac troponin I. *Clinical chemistry* 1994; 40: 1291–1295.
7. Katus H.A., Remppis A., Scheffold T., Diederich K.W., Kuebler W. Intracellular compartmentation of cardiac troponin T and its release kinetics in patients with reperfused and nonreperfused myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 1991; 67: 1360–1367.
8. Heidenreich P.A., Alloggiamento T., Melsop K., McDonald K.M., Go A.S., Hlatky M.A. The prognostic value of troponin in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology* 2001; 38: 478–485.
9. Kontos M.C., Fritz L.M., Anderson F.P., Tatum J.L., Ornato J.P., Jesse R.L. Impact of the troponin standard on the prevalence of acute myocardial infarction. *American heart journal* 2003; 146: 446–452.
10. Apple F.S., Christenson R.H., Valdes R., Jr., Andriak A.J., Berg A., Duh S.H., et al. Simultaneous rapid measurement of whole blood myoglobin, creatine kinase MB, and cardiac troponin I by the triage cardiac panel for detection of myocardial infarction. *Clinical chemistry* 1999; 45: 199–205.
11. Wu A.H., Smith A., Christenson R.H., Murakami M.M., Apple F.S. Evaluation of a point-of-care assay for cardiac markers for patients suspected of acute myocardial infarction. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2004; 346: 211–219.
12. Apple F.S., Anderson F.P., Collinson P., Jesse R.L., Kontos M.C., Levitt M.A., et al. Clinical evaluation of the first medical whole blood, point-of-care testing device for detection of myocardial infarction. *Clinical chemistry* 2000; 46: 1604–1609.
13. Collinson P.O., Jorgensen B., Sylven C., Haass M., Chwallek F., Katus H.A., et al. Recalibration of the point-of-care test for CARDIAC T Quantitative with Elecsys Troponin T 3rd generation. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2001; 307: 197–203.
14. James S.K., Lindahl B., Armstrong P., Califf R., Simoons M.L., Venge P., et al. A rapid troponin I assay is not optimal for determination of troponin status and prediction of subsequent cardiac events at suspicion of unstable coronary syndromes. *International journal of cardiology* 2004; 93: 113–120.
15. Wu A.H., Apple F.S., Gibler W.B., Jesse R.L., Warshaw M.M., Valdes R., Jr. National Academy of Clinical Biochemistry Standards of Laboratory Practice: recommendations for the use of cardiac markers in coronary artery diseases. *Clinical chemistry* 1999; 45: 1104–1121.
16. Caragher T.E., Fernandez B.B., Jaf'obs F.L., Barr L.A. Evaluation of quantitative cardiac biomarker point-of-care testing in the emergency department. *The journal of emergency medicine* 2002; 22: 1–7.
17. Hsu L.F., Koh T.H., Lim Y.L. Cardiac marker point-of-care testing: evaluation of rapid on-site biochemical marker analysis for diagnosis of acute myocardial infarction. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* 2000; 29: 421–427.
18. Gaze D. The Use of a Quantitative Point-of-Care System Greatly Reduces the Turnaround Time of Cardiac Marker Determination. *Point of Care* 2004; 3: 156–158.
19. Lee-Lewandrowski E., Corboy D., Lewandrowski K., Sinclair J., McDermot S., Benzer T.I. Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay. *Archives of pathology & laboratory medicine* 2003; 127: 456–460.
20. Collinson P.O., John C., Lynch S., Rao A., Canepf-Anson R., Carson E., et al. A prospective randomized controlled trial of point-of-care testing on the coronary care unit. *Annals of clinical biochemistry* 2004; 41: 397–404.
21. McCord J., Nowak R.M., McCullough P.A., Foreback C., Borzak S., Tokarski G., et al. Ninety-minute exclusion of acute myocardial infarction by use of quantitative point-of-care testing of myoglobin and troponin I. *Circulation* 2001; 104: 1483–1488.
22. Altinier S., Zaninotto M., Mion M., Carraro P., Rocco S., Tosato F., et al. Point-of-care testing of car-

diac markers: results from an experience in an Emergency Department. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2001; 311: 67–72.

23. Sieck S. The Evolution of a New Standard of Hospital Care: Paradigm Shift to the Emergency Department and the Role of Point-of-Care Testing. *Point of Care* 2006; 5: 2–5.

24. Singer A.J., Ardise J., Gulla J., Cangro J. Point-of-care testing reduces length of stay in emergency department chest pain patients. *Annals of emergency medicine* 2005; 45:587–591.

25. Svensson L., Axelsson C., Nordlander R., Herlitz J. Prehospital identification of acute coronary syndrome/myocardial infarction in relation to ST elevation. *International journal of cardiology* 2005; 98: 237–244.

26. De Luca G., Suryapranata H., Ottervanger J.P., Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation* 2004; 109: 1223–1225.

27. A comparison of aspirin plus tirofiban with aspirin plus heparin for unstable angina. Platelet Receptor Inhibition in Ischemic Syndrome Management (PRISM) Study Investigators. *The New England journal of medicine* 1998; 338: 1498–1505.

28. Inhibition of platelet glycoprotein IIb/IIIa with eptifibatidc in patients with acute coronary syndromes. The PURSUIT Trial Investigators. Platelet Glycoprotein IIb/IIIa in Unstable Angina: Receptor Suppression Using Integrilin Therapy. *The New England journal of medicine* 1998; 339: 436–443.

29. Mehta S.R., Cannon C.P., Fox K.A., Wallentin L., Boden W.E., Spacek R., et al. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2005; 293: 2908–2917.

30. Luepker R.V., Apple F.S., Christenson R.H., Crow R.S., Fortmann SP, Goff D., et al. Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Statistics Committee; World Heart Federation Council on Epidemiology and Prevention; the European Society of Cardiology Working Group on Epidemiology and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention; and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 2003; 108: 2543–2549.

31. Braunwald E., Antman E.M., Beasley J.W., Califf R.M., Cheitlin M.D., Hochman J.S., et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction-summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on

practice guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina), journal of the American College of Cardiology 2002; 40: 1366–1374.

32. Morrow D.A., Cannon C.P., Jesse R.L., Newby L.K., Ravkilde J., Storow A.B., et al. National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines; clinical characteristics and utilization of biochemical markers in acute coronary syndromes. *Clinical chemistry* 2007; 53: 552–574.

33. Bassand J.P., Hamm C.W., Ardissino D., Boersma E., Budaj A., Fernandez-Aviles F., et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2007; 28: 1598–1660.

34. Sallach S.M., Nowak R., Hudson M.P., Tokarski G., Khoury N., Tomlanovich M.C., et al. A change in serum myoglobin to detect acute myocardial infarction in patients with normal troponin I levels. *The American journal of cardiology* 2004; 94: 864–867.

35. Fesmire F.M., Christenson R.H., Fody E.P., Feintuch T.A. Delta creatine kinase-MB outperforms myoglobin at two hours during the emergency department identification and exclusion of troponin positive non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Annals of emergency medicine* 2004; 44: 12–19.

36. Macrae A.R., Kavsak P.A., Lustig V., Bhargava R., Vandersluis R., Palomaki G.E., et al. Assessing the requirement for the 6-hour interval between specimens in the American Heart Association Classification of Myocardial Infarction in Epidemiology and Clinical Research Studies. *Clinical chemistry* 2006; 52: 812–818.

37. Eggers K.M., Oldgren J., Nordenskjold A., Lindahl B. Diagnostic value of serial measurement of cardiac markers in patients with chest pain: limited value of adding myoglobin to troponin I for exclusion of myocardial infarction. *American heart journal* 2004; 148: 574–581.

38. Amodio G., Antonelli G., Varraso L., Ruggieri V., Di Serio F. Clinical impact of the troponin 99th percentile cut-off and clinical utility of myoglobin measurement in the early management of chest pain patients admitted to the Emergency Cardiology Department. *Coronary artery disease* 2007; 18: 181–186.

39. Kavsak P.A., MacRae A.R., Newman A.M., Lustig V., Palomaki G.E., Ko D.T., et al. Effects of contemporary troponin assay sensitivity on the utility of the early markers myoglobin and CKMB isoforms in evaluating patients with possible acute myocardial infarction. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry* 2007; 380: 213–216.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОРНОКСИКАМА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.А. Отпущенко, А.Л. Вёрткин
Кафедра клинической фармакологии, фармакологии
и скорой медицинской помощи МГМСУ

LORNOXYCAM APPLICATION EFFICIENCY AND SAFETY IN PAIN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN GENERAL SOMATIC PRACTICE

А.А. Otpushenko, А.Л. Vertkin

Резюме

Количество пациентов с онкологическими заболеваниями в общесоматических стационарах возрастает с каждым годом. Причиной обращения онкологических больных являются дестабилизация соматической патологии, метастатические плевриты, асциты, анемии. Однако одной из ведущих проблем остается болевой синдром. Проблема эффективной и безопасной терапии хронической боли у онкологических пациентов была и остается одной из основных в системе паллиативной помощи, от решения которой в основном зависит улучшение качества жизни пациентов (Абужарова Г.Р., 2006). По данным многих исследований при прогрессировании злокачественной опухоли пациенты в 60–80% случаев страдают от выраженной хронической боли, требующей регулярного использования анальгетиков. Вместе с тем, во всем мире идет широкое применение многих новых анальгетиков разного типа, вошедших в клиническую практику за последние 20 лет и отличающихся особо выгодными свойствами в плане терапии хронического болевого синдрома. Одним из таких препаратов является лорноксикам.

Ключевые слова: лорноксикам, болевой синдром, онкология, анальгетик

Resume

The number of patients with oncological diseases is increasing every year. Destabilization of somatic pathology, a metastatic pleurisy, ascite, anemias are commomplace among oncological patients. However pain syndrome is still one of the leading oncological problems. The problem of effective and safe therapy of a chronic pain of oncological patients was and remains to one of the core in system of the palliative aid upon which improvement of quality of life of patients is dependent (Abuzarova G.R, 2006). According to many studies, progressing malignant tumour in 60–80% of cases result in expressed chronic pain demanding regular use of analgetic. At the same time there is a wide application of many new analgetics of different typea all over the world which entered into clinical practice for last 20 years. There are some particular types which have favourable properties in therapy of a chronic pain syndrome. One of such preparations is lornoxycam.

Keywords: oncological diseases, lornoxycam, pain syndrome, analgetic

Количество пациентов с онкологическими заболеваниями в общесоматических стационарах возрастает с каждым годом. Причиной обращения онкологических больных являются дестабилизация соматической патологии, метастатические плевриты, асциты, анемии. Однако одной из ведущих проблем остается болевой синдром.

Проблема эффективной и безопасной терапии хронической боли у онкологических пациентов была и остается одной из основных в системе паллиативной помощи, от решения которой в основном зависит улучшение качества жизни пациентов (Абузарова Г.Р., 2006).

Отличительной особенностью боли при опухолевом процессе является тот факт, что боль является хроническим явлением и усиливается по мере прогрессирования заболевания (В.В. Брюзгин, 2006).

По данным многих исследований при прогрессировании злокачественной опухоли пациенты в 60–80% случаев страдают от выраженной хронической боли, требующей регулярного использования анальгетиков (Vamigbade T.A., Langford R.M., 1998).

Системная фармакотерапия болевого синдрома базируется на так называемом реестре эссенциальных анальгетиков, рекомендованных Всемирной Ассамблеей здравоохранения в 1975 г., разработанной «Лист эссенциальных лекарственных средств», включающий, в том числе, основные анальгетики. Перечень этих официальных эссенциальных анальгетиков включает из числа неопиоидных препаратов аспирин, аллопуринол, индометацин, ибупрофен, колхицин, ацетаминофен (парацетамол), а из числа опиоидных — кодеин, морфин, петидин (Clinical Pain Updates, JASP, 2000). Этот лист подлежит периодическому пересмотру (обычно каждые 2 года) при участии клиницистов, фармакологов и фармацевтов, но, несмотря на появление множества новых опиоидных и неопиоидных препаратов с хорошими свойствами, изменения в этот лист вносятся редко из-за медленного накопления опыта специальных рандомизированных контролируемых клинических исследований.

Вместе с тем, во всем мире идет широкое применение многих новых анальгетиков разного типа, вошедших в клиническую практику за последние 20 лет и отличающихся особо выгодными свойствами в плане терапии хронического болевого синдрома. Одним из таких препаратов является лорноксикам. Отличительной особенностью его применения в онкологии является вариабельность дозировок и путей введения. Важным преимуществом лорноксикама именно для онкологических больных является его низкая гепатотоксичность, подтвержденная исследованиями на животных. К значимым положительным свойствам следует отнести возможность безопасного применения ксефокама у лиц пожилого возраста и больных с нарушениями функции почек.

Рандомизированное, двойное слепое исследование в параллельных группах показало, что 4 мг лорноксикама 3 раза в сутки было более эффективно, чем 500 мг напроксена дважды в сутки у пациентов с болями при костных метастазах. В открытом продолжении данного исследования 8 мг лорноксикама три-четыре раза в сутки оказывали достаточное обезболивающее воздействие в течение 1–48 недель терапии (Bugge S., 1993).

Мы провели анализ встречаемости за год онкологических заболеваний в многопрофильном стационаре, не имеющего специализированного онкологического отделения. При этом оценивали встречаемость, летальность, причину обращения за медицинской помощью и частоту болевого синдрома. Был также проведен опрос 350 пациентов с онкологическими заболеваниями на предмет субъективной оценки эффективности обезболивающей терапии, в том числе 127 (36,3%) — мужчин, 223 (63,7%) — женщин, средний возраст составил — 53,7±9,7 года. Средняя длительность болевого анамнеза указанных пациентов составила — 17,4±8,7 месяцев. Также мы изучили структуру используемых у них обезболивающих препаратов.

В последующем было опрошено 300 врачей, в том числе 160 (53,3%) — терапевтов, 78 (26%) — хирургов общего профиля, 24 (8%) — урологов, 17 (5,7%) — гинекологов, 21 (7%) — отоларингологов. Всем была предложена следующая анкета:

1. Приходится ли Вам вести пациентов с злокачественными новообразованиями? Да; Нет

2. Как много пациентов со злокачественными новообразованиями требуют обезболивающей терапии? 20–30%; 30–50%; 50–70%; 70–80%; более 80%

3. Какие препараты Вы чаще назначаете пациентам с онкологическими заболеваниями для купирования болевого синдрома? Наркотические анальгетики; анальгетики центрального действия; НПВП

4. Считаете ли Вы необходимым использование НПВП для снижения потребности в наркотических анальгетиках у онкологических больных? Да; Нет

5. Что, по Вашему мнению, может ограничивать применение НПВП у пациентов с онкологическими заболеваниями? Эффективность; Риск побочных эффектов; Повышение стоимости терапии; Отсутствие четких рекомендаций по выбору НПВП

В исследовании эффективности и безопасности лорноксикама у онкологических больных в общесоматическом стационаре было включено 130 пациентов, рандомизированных на две группы.

Критерии включения в исследование: мужчины и женщины от 40 до 75 лет с верифицированными злокачественными новообразованиями, интенсивность болевого синдрома не менее 40 по визуально-аналоговой шкале, прием обезболивающих препаратов не менее, чем 3 месяца до включения в исследование.

Критериями исключения были: хирургическое лечение в течение 6 предшествующих месяцев, тя-

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

		I группа	II группа
n=130		65	65
Средний возраст		53,7±7,6	54,4±4,8
Пол	Мужской	18	21
	Женский	47	44
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²		24,3±4,2	25,6±3,7
Длительность болевого анамнеза, мес.		7,3±3,4	8,1±4,2
Центральный рак легкого		17 (26,2%)	19 (29,2%)
Рак желудка		21 (32,3%)	18 (27,7%)
Рак матки		14 (21,5%)	17 (26,2%)
Рак молочной железы		10 (15,4%)	9 (13,8%)
Рак поджелудочной железы		3 (4,6%)	2 (3,1%)

желая раковая интоксикация, тяжелые нарушения функций печени, почек (креатинин более 200 мкмоль/л), тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность, гематологические нарушения: снижение гемоглобина ниже 10 г/л, снижение лейкоцитов ниже 3 тыс., тромбоцитов ниже 100 тыс., сахарный диабет I типа (инсулинозависимый), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 12 месяцев, аллергическая реакция на нестероидные противовоспалительные средства, участие в других клинических исследованиях.

В I группе для купирования болевого синдрома мы применяли таблетки лорноксикама (рапид) по 8 мг, в суточной дозе, не превышающей рекомендуемую: 24 мг в первые сутки и 16 мг в последующие дни.

В II группе были использованы стандартные лекарственные препараты: у 27 (41,5%) — трамадол в дозе от 200 до 400 мг; у 21 (32,3%) — баралгин в дозе 5 мл 2–3 раза в сутки; 17 (26,2%) — просидол в дозе 20 мг 1–2 раза в сутки.

Характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, ИМТ. В I группе было 26,2% пациентов с центральным раком легкого, во II — 29,2%; с раком желудка в I группе — 32,3%, во II — 27,7%; также не было статистически достоверной разницы в количестве пациентов с другими локализациями злокачественных новообразований.

Длительность болевого анамнеза достоверно не отличалась в группах и составила в I — 7,3±3,4 месяцев, во II — 8,1±4,2 месяцев.

В качестве критериев оценки эффективности нами были использованы следующие критерии объективизации:

- Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) — в баллах от 0 до 100, где 0 — отсутствие боли, 100 — боль максимально;

- Шкала вербальных оценок — 0 — боли нет; 1 — слабая боль; 2 — умеренная боль; 3 — сильная боль; 4 — нестерпимая боль;

- Оценка времени наступления и продолжительности анальгетического эффекта;

- Оценка эффективности терапии проводилась через 1 час после первого приема препарата, в конце 1, 3 и 7 суток терапии.

Оценка безопасности терапии проводилась на основании отмеченных побочных эффектов (ПЭ) терапии, их частоты (сумма отдельных симптомов в группе) и степени выраженности по 3-х балльной шкале: 1 — слабой выраженности, 2 — умеренной выраженности, 3 — сильно выраженный ПЭ.

Статистическая обработка результатов: была создана единая база пациентов в программе Microsoft Excel. Статистический анализ осуществлялся в программе Statistica 6. Использовались следующие статистические методики: вычисление средних величин, их сравнение, ошибку и достоверность. Проводилось построение ящичковых диаграмм и гистограмм.

Среди 34 486 пациентов, пребывавших в многопрофильном стационаре без специализированного онкологического отделения было зарегистрировано 2 182 пациента со злокачественными новообразованиями, что составило 6,3%. Летальность пациентов с онкологической патологией составила 11,3%.

Структура пациентов с различными локализациями первичного злокачественного новообразования в многопрофильном стационаре представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Встречаемость отдельных локализаций злокачественных образований
в многопрофильном стационаре**

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ	Абс.	%
Злокачественные образования мужских половых органов	604	27,7
Злокачественные образования женских половых органов	209	9,6
Злокачественные образования органов пищеварения	598	27,4
Злокачественные образования органов дыхания и грудной клетки	214	9,8
Злокачественные образования молочной железы	184	8,4
Злокачественные образования эндокринной системы (рак щитовидной железы)	6	0,3
Злокачественные образования мочевых путей	232	10,6
Злокачественные заболевания кроветворных органов и родственных тканей	31	1,4
Злокачественные образования головного мозга	41	1,9
Злокачественные образования мягких тканей и мезотелия	17	0,8
Злокачественные образования губ и полости глотки	15	0,7
Вторичные и не уточненные злокачественные образования	31	1,4

Как видно из табл. 2, наиболее часто в многопрофильном стационаре без специализированного онкологического отделения обращаются пациенты со злокачественными новообразованиями мужских половых органов, преимущественно с раком предстательной железы (27,7%). Второе место занимают пациенты со злокачественными новообразованиями органов пищеварения (27,4%). Далее по убыванию частоты встречаемости регистрировались пациенты с новообразованиями мочевых путей (10,6%), органов дыхания и грудной клетки (9,8%), женских половых органов (9,6%), молочной железы (8,4%). Рак других локализаций встречался значительно реже.

Основными причинами, послужившими поводами для обращения за помощью в многопрофильный стационар без специализированного онкологического отделения (табл. 3) были нарастание одышки, как правило в связи с нарастанием метастатического плеврита (17,7%), задержка мочи, как правило у пациентов с раком предстательной железы (16,3%), дестабилизация соматической патологии, как правило повышение артериального давления и/или дестабилизация ИБС (13,4%), симптомы раковой интоксикации (7,9%), кишечная непроходимость (9,9%).

Несмотря на то, что интенсивный болевой синдром явился непосредственной причиной обращения лишь в 14,9% случаев, дополнительный ретроспективный анализ историй заболевания данной категории пациентов выявил встречаемость болевого синдрома у 1478 (67,7%) пациентов. Причем данная жалоба была описана как врачом приемного отделения, так и в последующем лечащими врачами.

В рамках данной работы мы изучили структуру используемых обезболивающих препаратов у 350 пациентов с онкологическими заболеваниями, длительность болевого анамнеза которых составила $17,4 \pm 8,7$ месяцев.

Как видно из рис. 1, наиболее часто в клинической практике для купирования болевого синдрома у пациентов со злокачественными новообразованиями используется трамадол (58,3%), вторым по частоте использования препаратом явился баралгин — 24,6%. Наркотический анальгетик, чаще промедол был назначен лишь 5,4% пациентов. Препараты из группы НПВП (метамизол натрия, кеторолак, диклофенак натрия) принимали только 11,7% пациентов, что, естественно, противоречит общим принципам фармакотерапии болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями, которые предусматривают назначение НПВП на всех трех ступенях обезболивания (ВОЗ, 1999).

Далее мы выяснили субъективное мнение пациентов об эффективности ранее проводимой обезболивающей терапии.

Большая часть пациентов — 189 (54%) — оценили степень обезболивания лишь как удовлетворительное, как не удовлетворительное — 45 (12,9%), хорошее и отличное — 28 и 5,1% соответственно (рис. 2).

Таким образом, более 6% пациентов многопрофильного стационара без специализированного онкологического отделения составляют больные с онкологической патологией. Наиболее часто это больные с раком предстательной железы (27,7%) и органов пищеварения (27,4%). При-

Таблица 3

Основные причины, послужившие поводом для обращения за медицинской помощью

	Количество пациентов
Нарастание одышки (метастатический плеврит)	386 (17,7%)
Увеличение живота в объеме (метастатический асцит)	154 (7,1%)
Болевой синдром	327 (14,9%)
Кишечная непроходимость	217 (9,9%)
Задержка мочи	356 (16,3%)
Раковая интоксикация	174 (7,9%)
Кровотечения из женских половых органов	87 (3,9%)
Дестабилизация соматической патологии	292 (13,4%)
Другие причины	189 (8,7%)

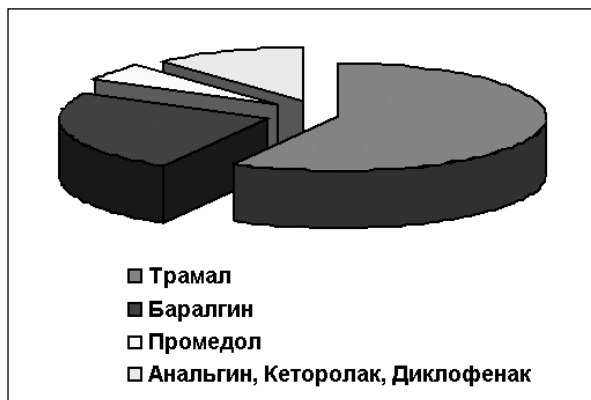


Рис. 1. Структуру использующихся обезболивающих препаратов у пациентов с онкологическими заболеваниями

чинами обращения являлись нарастание одышки, задержка мочи, увеличение живота в объеме, кишечная непроходимость, а в 13,4% случаев дестабилизация соматической патологии. Среди всех пациентов со злокачественными новообразованиями 67,7% испытывают хронический болевой синдром. Самым распространенным препаратом для обезболивания является центральный анальгетик трамадол (58,3%), наркотические анальгетики получают лишь 5,4% пациентов. НПВП назначены 11,7% пациентам, что не соответствует требованиям к фармакотерапии у данной категории пациентов. Более половины (54%) пациентов оценили эффективность своего обезболивания только лишь, как удовлетворительное, на хорошо и отлично чуть более 33%.

Пациенты с онкологической патологией встречаются в практике 286 (95,3%) врачей.

Большинство респондентов (55,7%) считают, что болевой синдром встречается лишь у 30–50% паци-

ентов с онкологической патологией, а 12,7% отмечают последний практически у всех пациентов (табл. 3). Вызывает недоумение ответ практически 8% врачей, считающих болевой синдром не распространенной проблемой данных больных (ответ 20–30%).

При этом 189 (63%) врачей для купирования болевого синдрома назначают анальгетики центрального действия (что в целом согласуется с полученными данными о структуре используемых препаратов), наркотические анальгетики предпочитают назначать чуть более четверти (25,7%). Выбор в пользу НПВП сделали лишь 11,3% врачей, не считая эти препараты необходимыми для снижения потребности в наркотических анальгетиках (70,3%).

Практически 60% практикующих врачей общемедицинских специальностей считают НПВП не достаточно эффективными для проведения обезболивания у пациентов с онкологической патологией, 28,7% считают, что применение данных лекарственных средств сопряжено с высоким риском побочных эффектов. Социальные проблемы, связанные с не назначением НПВП указали лишь 12% респондентов.

Таким образом, большинство практикующих врачей недооценивают распространенность болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями, предпочитая чаще назначать анальгетики центрального действия. Лишь треть врачей знают, что назначение НПВП способствует снижению потребности в наркотических анальгетиках, при этом 60% считают НПВП не эффективными лекарственными препаратами в данной ситуации, а практически треть опасаются побочных эффектов от терапии этими препаратами.

После первого назначения препаратов в рамках исследования эффективности и безопасности

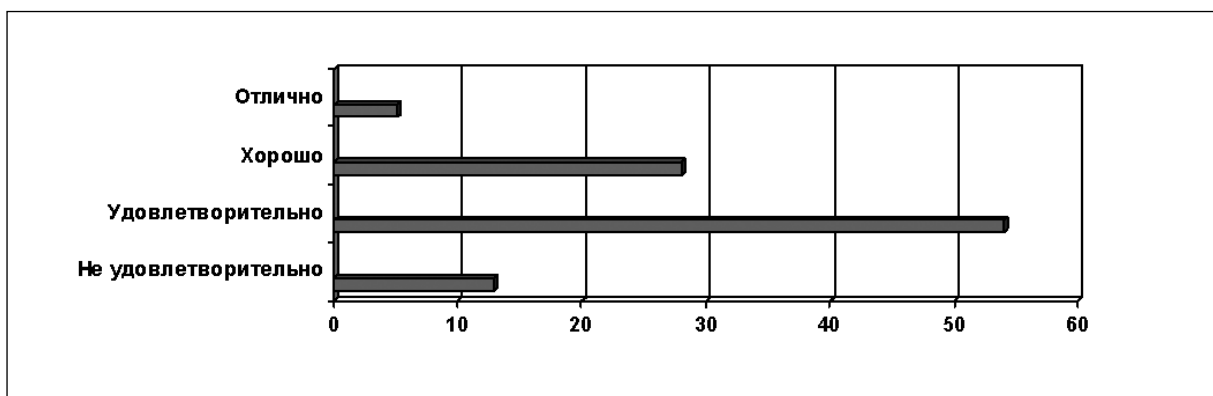


Рис. 2. Субъективная оценка обезболивания пациентами с онкологическими заболеваниями

Таблица 3

Мнение практикующих врачей о терапии болевого синдрома у пациентов с онкологической патологией

Варианты ответов	Количество ответов
Как много пациентов со злокачественными новообразованиями требуют обезболивающей терапии? (только 1 вариант ответа)	
20 – 30 %	23 (7,7%)
30 – 50 %	167 (55,7%)
50 – 70%	27 (9%)
70 – 80%	45 (15%)
более 80%	38 (12,7%)
Какие препараты Вы чаще назначаете пациентам с онкологическими заболеваниями для купирования болевого синдрома? (только 1 вариант ответа)	
Наркотические анальгетики	77 (25,7%)
Анальгетики центрального действия	189 (63%)
НПВП	34 (11,3%)
Считаете ли Вы необходимым использование НПВП для снижения потребности в наркотических анальгетиках у онкологических больных?	
Да	89 (29,7%)
Нет	211 (70,3%)
Что, по Вашему мнению, может ограничивать применение НПВП у пациентов с онкологическими заболеваниями? (только 1 вариант ответа)	
Эффективность	178 (59,3%)
Риск побочных эффектов	86 (28,7%)
Повышение стоимости терапии	24 (8%)
Отсутствие четких рекомендаций по выбору НПВП	12 (4%)

лорноксикама у онкологических больных мы не обнаружили достоверной разницы во времени наступления обезболивания, так в I группе оно составило 19,7±4,8 минут, во II — 21,6±6,8 минуту, $p > 0,05$.

Однако продолжительность обезболивания достоверно была больше у пациентов I группы (6,3±1,4 часа против 4,2±1,6 часов, $p < 0,05$), рис. 3.

Через 1 час после введения препаратов в I группе пациентов мы отметили снижение интенсивности болевого синдрома в среднем на 17,7±5,6 баллов по ВАШ, во II — на 14,5±3,2 балла, $p = 0,01$.

В конце первых суток исследования интенсивность болевого синдрома по ВАШ в I группе составил 54,3±6,3 балла, во II — 63,6±4,8 балла; по шка-

ле вербальных оценок 2,1±0,7 и 2,3±0,5, соответственно. Данные показатели претерпели достоверное снижение по сравнению с исходным уровнем, однако в первой группе отмечена большая положительная динамика (рис. 4).

К концу третьих суток исследования интенсивность болевого синдрома у пациентов I группы была значительно ниже пациентов II группы, 44,3±3,7 и 57,8±6,5 по ВАШ; 1,3±0,4 и 1,8±0,6 по шкале вербальных оценок, соответственно (все значения $p < 0,05$). Аналогичная тенденции была отмечена и к концу 7 суток исследования.

К концу 7 суток исследования нам удалось достичь полного обезболивания у 22 (33,8%) пациентов I группы и лишь у 9 (13,8%) в II группе.

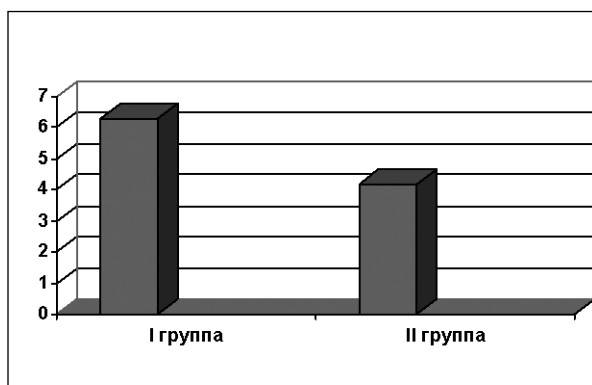


Рис. 3. Продолжительность обезболивания в группах

Интересным представлялось сравнение эффективности обезболивающей терапии пациентов I группы с пациентами II группы, разделенных по назначенным лекарственным препаратам (рис. 7).

Так, среднее значение балла по ВАШ у пациентов, получавших трамадол, достоверно не отличалась от такового у пациентов I группы (27,6 и 33,3, $p > 0,05$), тогда как в сравнении с пациентами получавших просидол, и тем более баралгин, наблюдалось достоверно отличие, выражавшееся в большей эффективности обезболивающей терапии у пациентов I группы.

Оценка безопасности терапии не выявила значимых ПЭ, способных привести к отмене терапии ни в одной группе. Однако за 7 суток исследования в первой группе суммарно мы отметили 11 ПЭ (табл. 4), преимущественно это были тошнота (не дифференцировали от основного заболевания), изжога, легкое головокружение. В II группе всего было отмечено 43 ПЭ, преимущественно тошнота, головокружение, боль в месте инъекции, изжога, вздутие живота, дискомфорт в эпигастральной области.

Интенсивность ПЭ была несколько выше во II группе пациентов составив $2,2 \pm 0,3$ балла против $0,8 \pm 0,4$ в I группе.

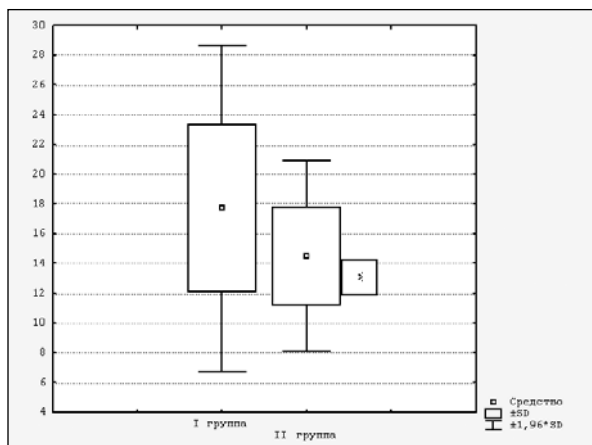


Рис. 4. Снижение интенсивности болевого синдрома через 1 час после назначения препаратов. (* — $p < 0,05$ по сравнению с I группой)

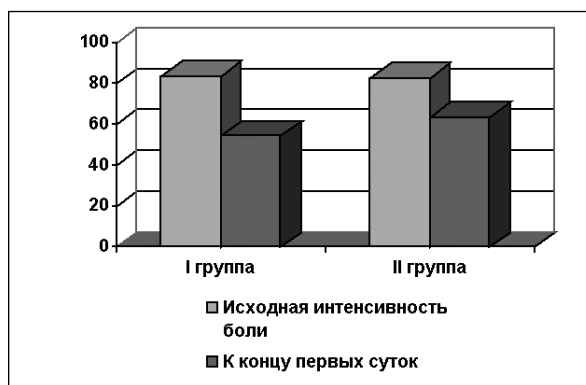


Рис. 5. Интенсивность болевого синдрома к концу первых суток исследования в группах

Таким образом, у пациентов I группы, получавших лорноксикам, за период наблюдения мы наблюдали большее нивелирование болевого синдрома по сравнению с пациентами II группы, особенно которым был назначен баралгин или просидол. Также у пациентов I группы отмечена большая продолжительность обезболивания $6,3 \pm 1,4$ часа против $4,2 \pm 1,6$ часов во II группе, $p < 0,05$. Назначение лорноксикама позволило в большем числе случаев добиться полного нивелирования болевого синдрома к концу 7 суток наблюдения. Количество и интенсивность побочных эффектов была достоверно ниже в I группе.

Выводы

1. В многопрофильном стационаре без специализированного онкологического отделения ежегодно наблюдается 6,3% пациентов с онкологической патологией, наиболее частыми локализациями злокачественного новообразования являются предстательная железа (27,7%), органы пищеварения (27,4%), мочевые пути (10,6%). Основными причинами, послужившими поводами для обращения за помощью в многопрофильный стационар без специализированного онкологического отделения были нарастание одышки, (17,7%), задержка мочи

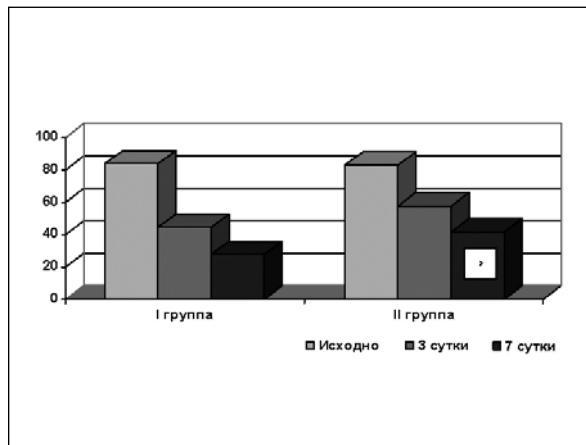


Рис. 6. Динамика интенсивности болевого синдрома в группах по ВАШ (* — $p < 0,05$ по сравнению с I группой)

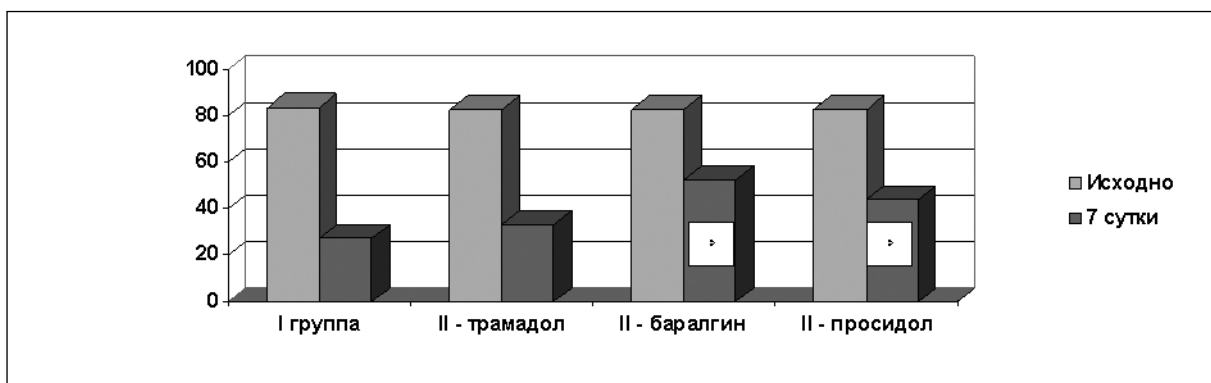


Рис. 7. Динамика интенсивности болевого синдрома в группах (* — $p < 0,05$ по сравнению с I группой)

Таблица 4

Оценка безопасности терапии

	Сумма всех ПЭ за 7 суток исследования	Среднее значение интенсивности ПЭ за 7 суток исследования
I группа	11	0,8±0,4
II группа	43*	2,2±0,3*

* - $p < 0,05$ по сравнению с I группой

(16,3%), дестабилизация соматической патологии (13,4%), симптомы раковой интоксикации (7,9%), кишечная непроходимость (9,9%).

2. Интенсивный болевой синдром явился непосредственной причиной обращения лишь в 14,9% случаев, дополнительный ретроспективный анализ историй заболевания данной категории пациентов выявил встречаемость болевого синдрома у 67,7% пациентов. Наиболее часто для купирования болевого синдрома используется трамадол (58,3%) и баралгин — 24,6%, препараты из группы НПВП принимают лишь 11,7% пациентов. Более половины (54%) пациентов оценили эффективность своего обезболивания только лишь, как удовлетворительное, хорошо и отлично чуть более 33,1%.

3. Опрос практикующих врачей показал, что для купирования болевого синдрома у онкологических больных 63% предпочитают анальгетики центрального действия, наркотические анальгетики 25,7%. Выбор в пользу НПВП сделали лишь 11,3% врачей, не считая эти препараты необходимыми для снижения потребности в наркотических анальгетиках (70,3%), при этом более 60% считают их неэффективными в данной ситуации.

4. Продолжительность обезболивания у пациентов I группы (лорноксикам рапидная форма) составляет в среднем 6,3±1,4 часа против 4,2±1,6 часов ($p < 0,05$) у пациентов II группы (трамадол или баралгин, или просидол). К концу третьих суток исследования интенсивность болевого синдрома у пациентов I группы была значительно ниже пациентов II группы, 44,3±3,7 и 57,8±6,5 по ВАШ; 1,3±0,4 и 1,8±0,6 по шкале вербальных оценок, соответственно ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция была отмечена и к концу 7 суток исследования. Среднее значение балла по ВАШ у пациентов, получавших трамадол достоверно не отличалась от такового у пациентов I группы (27,6 и 33,3, $p > 0,05$), тогда как в сравнении с пациентами, получавшими просидол или баралгин, наблюдалось достоверно отличие, выразившееся в большей эффективности обезболивающей терапии у пациентов I группы.

5. Оценка безопасности терапии не выявила значимых побочных эффектов, способных привести к отмене терапии ни в одной группе. Однако за 7 суток наблюдения в I группе суммарно мы отметили 11 побочных эффектов, во II — 43. Интенсивность побочных эффектов была несколько выше во II группе пациентов составив 2,2±0,3 балла против 0,8±0,4 в I группе.

Глубокоуважаемые читатели!

Редколлегия журнала «Врач скорой помощи», ННПОСМП и МГМСУ продолжают конкурс на получения гранта на обучение в клинической ординатуре и аспирантуре. Условия конкурса не изменились и печатаются в каждом номере. Нашими грантами воспользовались уже 7 клинических ординаторов и 4 аспиранта, которые продолжают обучение на кафедре клинической фармакологии, фармакотерапии и СМП МГМСУ на базе больницы скорой медицинской помощи №50 города Москвы. Учитывая очень большой поток желающих получить бесплатные гранты на обучение в ординатуре и аспирантуре, к сожалению, не всем студентам и врачам улыбается фортуна. Просим нас понять, хотя почти каждому участнику конкурса ННПОСМП предлагает альтернативный не менее перспективный вариант обучения.

Вот, одно из присланных на наш адрес резюме, оказавшееся лучшим среди не менее достойных. Мы поздравляем победителя в номинации «Ординатура» — Анна Носова.

Здравствуйте!, меня зовут Анна Носова, хочу предложить вашему вниманию некоторые свои размышления о правильности выбранной профессии в качестве небольшого сочинения. Заранее спасибо Вам большое за внимание.

Почему я выбрала профессию врача? Действительно ли я сделала правильный выбор? Врач — это мое призвание?...

Эти и многие другие вопросы, схожие с таковыми, не раз приходили ко мне в голову, не раз ставили меня в тупик, не раз заставляли задуматься над всем происходящим и о сущности самого понятия — Врач.

Все началось с далекого детства, когда еще будучи в детском саду, мы с другими детишками в увлекательную игру под названием «Врач и пациент». У нас была детская аптечка, детский фонендоскоп, детский термометр и мы пытались друг друга лечить. Уже тогда я на подсознательном уровне мечтала, что когда вырасту, обязательно стану доктором. Наверное, основу всему этому заложили мои родители, которые тоже посвятили свою жизнь медицине (папа — врач УЗИ, мама — акушер—гинеколог). Каждый из них достиг в своей профессии определенных высот, что, несомненно, вызывает у меня только гордость за них. Всегда слушала с «открытым ртом» их разговоры, касаемые работы, обсуждения каких-то больных, интересных ситуаций, где имело место употребление различных терминов, не понятных тогда, а от этого еще более интересных.

Спустя годы, учась в школе, а заканчивала я англоязычную школу, наотрез отказывалась от медицины и мечтала связать свою жизнь с языком: заниматься переводами, ездить по разным странам, общаться с другими людьми. Но все сложилось совсем по-другому, чему я рада, па то, что я владею разговорным английским (пускай не в совершенстве) тоже меня очень радует. Видимо то, чего изначально хотелось, то и должно было произойти, поэтому в конце своего обучения в школе я однозначно решила посвятить свою жизнь медицине, хотя до конца не осознавала всей предстоящей трудности и сложности как в учебе, так и в работе.

И вот в 2003 году передо мною открылись двери удивительного по своей архитектурной красоте здания с белыми колоннами — родная Alma Mater. Я еще не знала и даже не догадывалась, сколько всего сложного, интересного, всепоглощающего таится за этой дверью. А ведь начиналась именно та жизнь, о которой теперь вспоминается, как о чем-то прекрасном захватывающем, но порой очень тяжелом. Запомнилось практически все...

Первые лекции и семинары, первое посещение анатомического музея и занятия в нем, первый взгляд в микроскоп и попытка рассмотреть микромир под увеличением в сотни раз и многое другое. Все это вызывало бурю неопишуемого восторга и каких-то детских эмоций, именно детских, потому что мы пришли сюда в эти стены именно детьми. Но, конечно, это омрачалось трудностями самого процесса обучения. Иногда казалось, что все не то, чего хотелось по жизни.

Все изменилось, когда я столкнулась с клиникой. До сих пор помню знакомство с первым пациентом на занятиях по пропедевтике внутренних болезней, когда еще толком не зная ни одной нозологической единицы, дрожащим голосом пыталась собирать анамнез жизни, заболевания, трясущимися руками проводила пальпацию, перкуссию, аускультацию. Очень сильно переживала, если что-то не получалось, это сейчас понимаю, что ничего страшного не происходило, а шел только обычный процесс обучения со своими трудностями. Несмотря на это, учиться становилось все интереснее, начала понимать, что интереснее изучения самого человека быть ничего не может. Я очень рада, что мне представился такой шанс познать самого себя, проследить весь цикл развития от момента слияния двух половых клеток с развитием полноценного организма — Человека. Я получила огромное удовольствие от знакомства с научными трудами многих ученых, в которых прослеживается огромное желание еще больше и больше познавать человека, пациента, ведь человек — это то существо, которое навсегда останется до конца неразгаданной загадкой, и каждый уважающий себя ученый будет стремиться ее разгадать: мы — врачи посредством поиска и обнаружения каких-то новых способов лечения, каких-то новых способов диагностики менее инвазивных и опасных уже имеющихся, каких-то новых лекарственных препаратов, обладающих наименьшим количеством побочных эффектов, а имеющим выраженную органопротективную функцию.

Об этом чаще задумываешься, когда сталкиваешься на практике с различными клиническими ситуациями. Я уже два года работаю в нефротерапевтическом отделении городской клинической больницы г.Ставрополя. Сюда съезжаются больные нефрологического профиля со всего нашего Ставропольского края. За это время я видела много больных в очень тяжелом состоянии, которым мы оказывали и оказываем помощь. Смотри на них, а в основном это лица молодого возраста, становится страшно от того, что у этих больных нет интереса к жизни, они живут только от диализа до диализа, не многие из них пытаются бороться со своим недугом, становится полноценным членом нашего общества. Поэтому хочется им как-то помочь, приободрить.

Еще одну очень важную вещь я поняла за время своей учебы, что в нашей профессии главное средство лечения — это слово, которым мы можем убить или вылечить одновременно, смотря как донести смысл. Владение своей мыслью, своим словом — это великое мастерство, которое необходимо совершенствовать каждый день. Поэтому всегда стремлюсь уловить не схему лечения (хотя это безусловно важно), а манеру ведения беседы моих старших наставников со своими пациентами, их способность донести до своих больных, что они должны воспринимать свой недуг, как некое жизненное испытание, а не крест на них и ли конец всему. Поэтому хочется быть не просто врачом, а, как говорится, хорошим врачом, к которому шли бы не за очередной таблеткой, а за тем, что действительно успокоило бы их на подсознательном уровне. Но на данном жизненном этапе это достаточно сложно, так как нет того необходимого опыта, который поспособствовал бы в общении с пациентами, но, главное, что это все поправимо, если действительно захотеть. Сейчас, все меньше времени остается до государственной аттестации, до так называемого конца, когда закончится детство, а начнется жизнь — взрослая жизнь, полная различных трудностей, касаемых как процесса работы, так и общего жизненного процесса. Чему я рада, так это тому, что меня не постигло разочарование в плане выбранной профессии, а только укрепило мою уверенность, что сделала правильный шаг, поступив именно в медицинскую академию. Так говорю лишь потому, что именно сейчас по окончании учебы, в разговорах со своими же одноклассниками, сокурсниками, слышу откровенное разочарование, полное нежелание работать с больными людьми, в системе практического здравоохранения. Становится очень жаль, что для того, чтобы это понять они потратили не один год своей жизни. По-видимому, надо зреть, как говорится в корень, ведь многие из них изначально не желали поступать в медицинскую академию. Я же, как уже говорила, за это время только утвердилась в своих позициях. Не хочу говорить каких-то высокопарных фраз, делать заявлений, что буду высококвалифицированным специалистом, который будет оказывать помощь всем больным и нуждающимся в этом. Только надеюсь и мечтаю об этом, сделаю все, чтобы это было именно так, чтобы в конце своей жизни не стыдно было обернуться назад и вспомнить все, что происходило со мной, посмотреть чего достигла и оставить что-то важное своим последователям. Но... время покажет...

**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 и аспирантуре**

Целью данной программы является оказание поддержки новому креативному поколению и будущих ученых медиков путем предоставления им возможностей для профессионального роста в процессе практической, научной и преподавательской деятельности.

Гранты позволят предоставить все 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 дальнейшем аспирантуре.

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

За время прохождения ординатуры будет 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 конгрессах.

Темы научных направлений на кафедре

1. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.
2. Мультиmodalная 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. 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-практического общества скорой медицинской помощи и Междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции, главный редактор журналов: «Неотложная терапия», «Врач скорой помощи», «Терапевт», профессор Вёрткин А.Л.

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»;
- «Креатив в медицине: за и против!?»;
- «Кто не рискует, то не...»
- «Мой первый пациент»;
- «Врач — это призвание?»;
- «Дважды помог, кто скоро помог».

Правила написания эссе (не более 6-х страниц, только печатный текст, шрифт 12, 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 3 отдельные части. В первой может идти речь о вашем прошлом опыте работы. Во второй — рассказ о ваших целях и планах на будущее. В третьей 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 от как 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!

СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА МГМСУ

STUDENT COMPETITION AT MOSCOW STATE UNIVERSITY FOR MEDICINE AND DENTISTRY



История олимпийских игр началась в городе Олимпия на полуострове Пелопоннес в VIII в. до н. э., а в МГМСУ первые олимпийские игры среди студентов прошли 12 и 13 мая 2009 г. Как сильнейшие атлеты на стадионе в

Олимпии состязались в беге, прыжках, борьбе, метании диска и копья, так и студенты кружков состязались на кафедре клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи (зав. кафедрой профессор Вёрткин А.Л.) в эрудиции, скорости мысли и силе знаний. В Олимпиаде приняло участие 6 команд, представляющих не только терапевтические кафедры университета (клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи, пропедевтики внутренних болезней с курсом гастроэнтерологии (зав. профессор Маев И.В.), факультетской терапии с курсом профболезней (зав. академик РАМН Соколов Е.И.), госпитальной терапии №1 (зав. профессор Майчук Е.Ю.), терапии и семейной медицины (зав. профессор Задюченко В.С.) и кардиологии ФПДО (зав. профессор Шпектор А.В.), но и разные терапевтические школы МГМСУ, богатые своими традициями. Конкурсные задания Олимпиады

максимально были приближены к реальной повседневной практике: решение вопросов экстренной медицины во время утреннего обхода в реанимационных отделениях и во время утренней конференции врачей клинических и

патологоанатомического отделений стационара скорой медицинской помощи. В дальнейшем команды делились на группы для дальнейшего этапа олимпиады, а именно: приемное отделение с осмотром вновь поступивших больных (выяснив причину обращения в стационар, студенты выявляли жалобы, анамнез пациента, проводили осмотр больных, устанавливали предварительный диагноз и, назначив дополнительные методы обследования на уровне приемного отделения, определились с профильностью госпитализации, прозектура с обсуждением результатов патологоанатомического вскрытия, отделение кардиореанимации, с оценкой навыков работы с пациентами с неотложными кардиологическими состояниями и симуляционный класс, где у студентов была возможность продемонстрировать свои навыки базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) в симуляционном классе кафедры. По легенде Олимпийские Игры сначала были не спортивным событием, а способом покорить сердце прекрасной дамы; так и наши студенты-олимпийцы пытались оживить «сердце» манекена Анны. В конкурсе в симуляционном классе разобрался универсальный алгоритм действий при неотложных состояниях. Во время выполнения СЛР участники с помощью компьютеризированного манекена могли оценивать свои собственные действия. По окончании реанимации компьютер произвел расчеты эффективности действий. Была дана объективная суммарная оценка профессиональных навыков команд.

Кульминацией первого дня была игра «Умники и Умницы», победитель которой студент 5 курса Манчуров Владимир получил награду — возможность обучаться в клинической ординатуре по терапии на кафедре клинической фармако-





логии, фармакотерапии и СМП.

Как признался сам Владимир после игры, так он не нервничал никогда в жизни, ведь и обстановка была очень ответственной, и приз был желанным.

Второй день стал не менее интересным и насы-

щенным: пришло время проявлять свои артистические и другие таланты в домашних заданиях в формате КВН-овского 5 минутного приветствия. Получилось у всех... и по-разному — у кого-то смешнее, у кого-то задорнее, у кого-то музыкальнее, но жюри были приятно удивлены тем, что команды проявили все таланты: и музыкальные, и поэтические в сочетании с мультимодальными компьютерными технологиями. Затем был литературный конкурс, в котором ребятам пред-

стояло показать свои знания медицины и литературы одновременно. Ну, а в завершении был конкурс капитанов команд. Это было трудное испытание.

Сначала капитаны отвечали на вопросы и демонстрировали свои знания и умения по оказанию неотложной помощи в симмуляционном классе с прямой трансляцией в актовом зале, где жюри, члены команд и болельщики могли наблюдать, комментировать и оценивать действия своих лидеров.

Соревновались капитаны в самых сложных аспектах реанимации, а именно в специализированных мероприятиях. Олимпийцам приходилось интубировать манекен, проводить дефибрилляцию, показывать свои навыки работы с аппаратурой. Победителей олимпиады награждали лавровыми венками, а в нашем состязании оценка проводилась с помощью жетонов.

Жюри были удивлены и даже поражены знаниями и умениями некоторых из капитанов. Так, например, капитан команды госпитальной терапии Чвала Елена, так мастерски продемонстрировала интубацию трахеи, что у зала захватило дух. После конкурса Елена раскрыла секрет своих приемов — это многолетний опыт работы на станции скорой медицинской помо-

щи Москвы. После этого конкурс капитанов снова перешел в разряд не только медицинских, но и общекультурных — это был конкурс творческий. Капитанам необходимо было рассказать о терапии. Предпочтительным жанром оказалась поэзия. Стихотворения оказались разными, были и грустные, и радостные, и трогательные. Некоторые из капитанов, например, Алгиян Елена, писали стихи впервые в жизни. Сама Елена объясняет пришедшее к ней поэтическое вдохновение ошеломляющими впечатлениями с первого дня олимпиады, что действительно отражено в представленном ей стихотворении под названием «Вопрос». И завершился конкурс капитанов и олимпиада в целом игрой



«Кто хочет стать миллионером», где в качестве Галкина и Диброва выступил профессор Вёрткин А.Л. Вопросы были медицинскими, но достаточно необычными, так как основывались на исторических, литературных и других интересных фактах.

Жюри подвели итоги, и лучшим капитаном была признана студентка 5 курса Алгиян Елена.

Далее после процедуры подсчета баллов была определена команда-победитель, ей стала команда кафедры кардиологии МГМСУ — «Клиника». Команда под руководством капитана Терещенко Андрея радостно и с ликованием отправилась получать призы. После этого были вручены специальные призы для жюри и капитанов, а потом для остальных участников, в общем, подарки достались всем. Торжественное внесение бокалов шампанского завершило это беспрецедентное событие, этот праздник медиков, знаний и культуры.



ВРАЧ — ЭТО ПРИЗВАНИЕ?

DOCTOR — IS IT A VOCATION?



*Врач — это профессия,
лечащий врач — призвание.
Василий Сумбатов
(1893–1977),
русский поэт и художник*

9 июня 2003 г. в канун Дня медицинского работника в Государственном центральном концертном зале «Россия» состоялась Торжественная церемония вручения первой национальной премии лучшим врачам России «Призвание».

Создание этой премии явилось заключительной вехой в попытке отдать должное всем людям, которые имеют честь именовать себя врачами. За каждым номинантом стоит большая команда специалистов здравоохранения самых разных уровней, от рядовых тружеников медицины до членов Российской академии наук. Поэтому, чувствуя лауреатов «Призвания», мы отдаем дань уважения всем врачам.

С чего начинается профессия врача? — Наверное, с огромного желания им стать и готовности учиться, учиться и учиться.

Над вопросом «кем быть» я долго не раздумывал: отчетливо помню момент, когда впервые открыл учебник по Анатомии человека. Эта с виду обычная книга в корне отличалась от всех, что я видел ранее. В ее названии скрывался ответ на самую сокровенную тайну, изучением которой выдающиеся анатомы древности Герофил, Гиппократ, Аристотель, Гален, Авиценна занимались не один десяток лет — как устроено человеческое тело.

Прославленный ученый античности Клавдий Гален писал: «Кто хочет созерцать создания природы, не должен доверяться сочинениям по анатомии, но должен полагаться на свои глаза...» («О назначении частей человеческого тела», книга II, глава III).

Более чем тысячелетняя история познания Homo Sapiens была изложена на 200 лис-

тах стандартного школьного учебника для девятых классов. Листая типографские страницы, я удивлялся уникальности человеческого организма, его вселенскому разнообразию и гармоничному единству. Загоревшись идеей своими глазами изучить главное создание природы, я начал готовиться к поступлению в Медицинский вуз.

Решение стать врачом твердо принял после окончания курсов младших медработников за год до поступления в Медакадемию, на которых реально соприкоснулся с моей будущей профессией. Проходя производственную санитарскую практику в военном госпитале, я по-новому взглянул на мир медицины — может быть, первый раз со стороны не больного, а доктора. Глазами только что родившегося ребенка я с восхищением созерцал и открывал все прелести работы врачей, медсестер, санитарок. И с каждым новым открытием укреплялось мое желание стать врачом.

Сейчас, держа в руках заветный диплом, я понимаю, что восторженность восприятия повседневного медицинского труда было проявлением юношеского романтизма. Но кто, как ни романтик, выбирающий профессию по чувству внутреннего долга, достоин это высокого звания — врач!

В качестве предисловия к учебнику по психиатрии А.А.Кирпиченко написано: «Задачей медицинского высшего образования является подготовка квалифицированных специалистов, способных эффективно выполнять ответственные задания в сфере народного здравоохранения». Именно ответственность является неотъемлемым качеством будущего студента медицинского института.

Критерии отбора будущих специалистов, несомненно, имеют большое значение в любой отрасли. Но, прежде всего они необходимы в медицине, при подготовке тех, в чьих руках окажется не только здоровье, но и жизнь человека. Достаточно сложные вступитель-

ные экзамены и высокий конкурс есть не что иное, как попытка среди будущих медиков провести наиболее тщательный отбор.

Настаивая на том, чтобы в медицину шли только имеющие к ней призвание, необходимо помнить, что у врача оно должно проявляется глубоким сознанием ответственности за жизнь пациента, готовностью пойти ради него на подвиг и самопожертвование.



Поэтому, профессия врача в любом обществе на особом счету. Врач — это даже не профессия, а образ жизни. Великий философ Древней Греции Сократ говорил, что все профессии в мире — от людей и

только три — от богов. Судья, педагог и врач, по определению мудреца, получают свой дар свыше. Одной из самых уважаемых и почетных всегда считали профессию врача. Если обычный человек спасает чужую жизнь, то его чествуют как героя, вручают награду, о нем пишут в газетах. Для доктора же спасение людей является тяжелой ежедневной работой.

В современном мире — мире высоких технологий — во всех отраслях медицины персона врача наделена особыми правами. С тех давних времен, когда жил Авиценна, мир изменился в лучшую сторону, а прогрессивно развивающаяся медицина становится тем спасительным лучом света, который согревает людские души теплом надежды на добро и счастье. В то же время нет в мире специальности, которая бы требовала столь высокой ответственности, ведь цена врачебной ошибки — жизнь. Поэтому, чтобы стать врачом, нужно потратить много сил на образование и непрерывно учиться с момента поступления в медицинский вуз. Останавливаться нельзя!

Американскими медиками до сих пор дискутируется вопрос — какой врач станет лучшим специалистом?

1. Тот, который изучает медицину сразу после школы, будучи подростком, личность которого частично формировалась под влиянием медицины; или

2. Тот, кто уже получил некое высшее образование, поработал по специальности, и к годам тридцати решил, что он все-таки должен быть врачом, что это его призвание.

Медицинские школы Соединенных штатов приветствуют студентов с какой-либо отличной от медицины специальностью, в основ-

ном, гуманитариев. Средний возраст студентов, при поступлении, в большинстве школ — 25 лет.*



1. В нашей стране ответ на этот вопрос давно известен. Например, Ангарская больница скорой медицинской помощи во главе с Дмитрием Маханёком в 2008 г. заключила договор с одной из городских школ, итогом подписания которого стало открытие Школы молодого медика. В ней ученики старших классов прослушивают специальную программу — им рассказывают о знаменитых врачах, современной медицине, знакомят с различными медицинскими службами. Обязательное условие — правдиво говорить о профессии.

Таким образом, старшеклассникам помогают определиться с выбором будущей профессии, а главное, помогают понять — стоит ли поступать в медицинский вуз. Тем самым формируется абитуриенты, которые поступают осознанно и «по призванию».



2. Хотя, есть и иные примеры. Профессор, доктор философии, органист с мировым именем, Albert Schweitzer уже после 30 лет поступил на медицинский факультет. Гуманист не изменил свои взгляды, просто решил помогать людям другим путем, тем, в чем они более нуждаются. Несмотря на позднее начало учебы, он смог организовать клинику в Гвинеи без материальной помощи, просто из нищеты, правда, просил друзей из Европы слать ему пустые склянки, которые он использовал для лекарств. Несмотря на все это он еще при жизни был удостоен многих премий как врач и как гуманист.

Какой врач станет лучшим специалистом? Лучшим специалистом станет тот, кто проработает на максимуме своих возможностей большее количество времени на пользу людям, себе и обществу, тот, кому пациенты не безразличны. Поскольку, на мой взгляд, в основе профессии: сначала отдавать — потом получать.

Студент медицинского института — будущий врач. И пусть только еще вчера он сидел

* По данным Complete book of medical schools / Malaika Stoll. New York: Random House, Inc., c2002.

за школьной партией, ему вновь выпадает обязанность учиться. Но есть вещи, которые нельзя постичь — их можно только развивать. Я говорю о тех определенных качествах, которые помимо знаний, клинического мышления, опыта, профессию доктора делают гуманной — это умение сочувствовать, сопереживать, быть милосердным. Для многих пациентов доброе слово и искреннее участие оказывает целебное воздействие не менее чем лекарственный препарат. «Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач», — говорил Владимир Михайлович Бехтерев.

Начиная со второго курса, студенты-медики каждое лето проходят медицинскую производственную практику: санитарскую, медсестринскую, фельдшерскую, врачебную в лечебно-профилактических учреждениях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля и на станции скорой медицинской помощи. Такая организация образовательного процесса призвана знакомить начинающих врачей с азами их предстоящей работы, закреплять полученные знания на практике, оттачивать умения и навыки не в аудиториях, а в палатах. Но практика, какой бы хорошей она не была, не заменит реальной работы в медицинских учреждениях. Поэтому часть студентов начинают работать — дежурить в больницах, госпиталях, травматологических пунктах, скорой медицинской помощи, родильных домах и других организациях лечебно-профилактической сети — это и бесценный опыт, и хорошая прибавка к стипендии, и полезные знакомства, и медицинский стаж.

Моя работа в практическом здравоохранении началась на четвертом году обучения в Ивановской государственной медицинской академии на должности медбрата в Отделении паллиативной онкологии «Хоспис» Областного онкологического диспансера. Труд нашего отделения — это всеобщая забота о пациентах и их семьях, когда болезнь пациента более не поддается лечению. Ежегодно около 5 миллионов человек умирают от рака. Для многих из больных отсутствует перспектива помощи. И только реалистичный и гуманный подход к лечению лежит в основе паллиативной помощи. Паллиативная медицина не заканчивается и после смерти больного, поскольку процесс переживания горя распространяется не только

на больного, но и включает в себя реакцию семьи на эти события. У многих родственников остается



ложное чувство вины. Мы стараемся помочь им высказать и обсудить их чувства, а также поддерживать в процессе переживания печали. В Хосписе кроме медицинских знаний и навыков я научился поистине сопровождать больных от момента госпитализации до самых последних минут их жизни. Неслучайно сотрудниками нашего отделения в качестве гимна были избраны именно эти стихи:

Пусть утра свежести глоток
Вам облегчает боль!
А все страдания Ваши
Превратятся в ноль!
Ведь боль когда-нибудь уйдет,
Как будто ее нет!
Забота, вера, доброта
Оставят в сердце след!
Не надо унывать!
А надо просто жить
И со слезами радости
Недуг переносить!

Медицинское образование является разносторонним и предъявляет столь высокие требования, что человек, получивший его, может быстро переучиться и освоить любую другую профессию. Чтобы стать медиком, изначально нужны определенный склад ума, хорошая память и работоспособность. Поэтому после завершения высшего образования врач может покорить любую профессию. Но настоящий врач, несмотря ни на какие трудности, встречающиеся на его пути, никогда не свернет со своего курса, для него каждое возвращенное здоровье, каждая спасенная жизнь — награда.

С давних пор именно им принадлежит заслуга продления жизни. Во времена, когда опустошительные эпидемии и войны уносили жизни миллионов людей, врачи упорно искали способы избавления и защиты от опасных заболеваний, старались снизить осложнения после ранений и оперативных вмешательств. Они создавали все новые лекарства и вакцины, часто испытывая их на себе, чтобы не

подвергать опасности других людей. Благодаря им появилась возможность предупредить и лечить огромное количество заболеваний, ранее считавшихся смертельно опасными.

В суматохе сегодняшней жизни, когда каждый человек заботится, прежде всего, о хлебе насущном, вопросы здоровья отходят на второй план. И вспоминаем мы о себе, лишь тогда, когда становится совсем плохо. Вот тут-то нам, в большинстве случаев, уже не обойтись без вмешательства специалиста. И врачи каждый делают все возможное, а порой и невозможное, помогая снова вернуться к нормальной, привычной жизни.

Медицина постоянно находится в развитии. Новые болезни требуют новых знаний. К тому же, знания и умения врача не ограничиваются лишь областью чистой медицины. Настоящий специалист должен быть и хорошим психологом и отчасти философом («Врач-философ подобен богу.») — уметь выслушать человека, проникнуть в душу, уметь успокоить, вселить надежду, уверенность, веру, уметь убедить в правильности и необходимости назначенного лечения.

Немыслима медицина и без науки. «Цена знаний — велика, но отказаться — невозможно». Медицина, как наука вообще, развивается, по-видимому, в геометрической прогрессии. Духу Возрождения, чтобы сокрушить установленные авторитеты и развить метод прямых наблюдений и исследований, потребовалось несколько веков. В XVII веке темп несколько ускорился. В XIX веке число новых открытий умножается так быстро, что за ними уже невозможно детально уследить. Взаимодействие биологических и небологических знаний открыло невиданные перспективы. Наступление на болезни и страдание шло гигантскими темпами. Начался XIX век в атмосфере, все еще полной суеверий, к концу же его медицина обрела прочную научную основу.

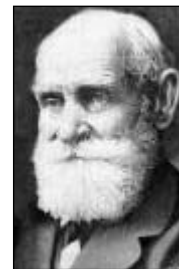
Сегодня вчерашние студенты становятся молодыми врачами. Теперь необходимо, чтобы пригодность начинающего врача к избранной профессии измерялась трудом. Нельзя хорошо лечить, стать уважаемым в обществе доктором, если со студенческой скамьи не войдет в привычку, не выработается потребность постоянно и добросовестно трудиться. «Учиться быть врачом — это значит учиться быть человеком. Медицина для

истинного врача больше чем профессия — она образ жизни». Нет возможности перечислить многие требуемые для будущего врача особенности характера, но если таковыми являются, в частности, душевность, сердечность, чувство сострадания, то совершенно очевидно, что далеко не просто воспитать их у того, у кого они не развиты. Проверка трудом в студенческие годы — это не одна лишь усидчивость, прилежность в науках, но и работа в кружках, общественная нагрузка и многое другое.

В студенческие годы многие пробуют себя в науке. Кто из нас хотя бы раз не писал доклад, не готовил реферат или не выступал на научно-практической конференции с собственными наблюдениями? Конечно, большинство практикующих врачей имеют скромное отношение к научной стезе. «Хороший врач — всегда исследователь, если не в лаборатории, то у постели больного». Но каков был бы результат их труда, если скажем в XIX веке барон Jean Nicolas Corvisart не ввел метод прослушивания и перкуссии, а Rene Laennec не изобрел бы стетоскоп; или профессор Wilhelm Conrad Rontgen случайно не забыл бы выключить катодную трубку, а если бы сэр Alexander Fleming в 1928 г. случайно не чихнул в чашку Петри? И сколько таких весьма полезных открытий?! «Чем дальше эксперимент от теории, тем ближе он к Нобелевской премии» (Jean Frederic Joliot-Curie).

Да, трудно представить медицину без «научной подошвы»!

Первый русский лауреат Нобелевской премии, почетный доктор Кембриджского университета, член 132 академий и обществ, старейшина физиологов мира Иван Петрович Павлов в 1935 г. адресовал письмо студенческой молодежи. Не могу пройти мимо столь мудрых строк.



«Что бы я хотел пожелать молодежи моей родины, посвятившей себя науке?»

Прежде всего — последовательности. Об этом важнейшем условии плодотворной научной работы я никогда не смогу говорить без волнения. Последовательность, последовательность и последовательность. С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний.

Изучите азы науки, прежде чем пытаться взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего. Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами этот мыльный пузырь, — он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется.

Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты.

Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее ввысь, не опираясь на воздух. Факты — это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» — пустые потуги.

Но, изучая, экспериментируя, наблюдая, старайтесь не оставаться у поверхности фактов. Не превращайтесь в архивариусов фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие.

Второе — это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете.

И как бы высоко ни оценивали вас, всегда имейте мужество сказать себе: я невежда.

Не давайте гордыне овладеть вами. Из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее вы утратите меру объективности.

В этом коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь — что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает.

Третье — это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека. Будьте страстны в вашей работе и ваших исканиях.

Наша родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро.

*Что же говорить о положении молодого ученого у нас? Здесь, ведь, ясно и так. Ему многое дается, но с него много спросится. И для молодежи, как и для нас, вопрос чести — оправдать те большие упования, которые возлагает на науку наша родина».**

«Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто посвящает себя медицинской науке». (Николай Иванович Пирогов)

Российская медицина и наука каждый день открывает для нас множество возможностей, в том числе для начинающих врачей и молодых ученых. Перед каждым выпускником медицинского вуза открывается неспаханное поле возможностей — интернатура, ординатура, аспирантура — и это лишь стартовые пути развития личности. Будь то практикующий врач, профессор кафедры, доктор медицинских наук, ученый-медик или любой другой человек, работающий на благо здоровья людей — все они великие труженики, «настоящие солдаты на фронте борьбы за здоровую, долголетнюю, творчески наполненную жизнь. Они активные борцы за мир, их по праву можно считать одной из ведущих фигур в современном обществе». Так выдающийся русский хирург Борис Васильевич Петровский говорил о врачах.

Какое прекрасное чувство испытываешь, трепетно держа в руках долгожданные твердые корочки! Подумать только, сколько долгих лет, титанических сил, бессонных ночей над учебниками, десятки сотен часов в аудиториях и палатах, километры исписанных лекций отделяли тебя от знаменательного события. Не раз ты представлял этот трогательный момент за годы учебы в Alma Mater. Как в тревоге находился последние дни перед выпускным экзаменом, как с волнением тянул билет, как с надеждой смотрел в глаза экзаменаторов, как с опустошенной душой ждал заключительной итоговой оценки, как с чувством космической радости, вселенского счастья и тех же масштабов улыбки слушал поздравительные слова преподавателей!!! Пройдя нелегкой тропой сквозь семестры и сессии, понимаешь, что иметь диплом врача — ты заслужил, но стать врачом — это твое призвание.

* Павлов И.П. Условный рефлекс. М., 1952, с. 9–10.

ТРЕНИНГ ПО GCP НОВЫЙ УЧЕБНЫЙ ПРОЕКТ

Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии
и скорой медицинской помощи МГМСУ

GCP TRAINING: NEW EDUCATIONAL PROJECT

«Но осознание того, что шесть человек, все из которых были моими пациентами, а один лучшим другом, погибли вследствие приема лекарства, которое я же им и назначил; осознание того, что лекарство, которое я применял в течение многих лет вдруг стало смертельным ядом в своей новейшей и наиболее современной форме, как это было представлено крупной и уважаемой фирмой из Теннесси: да, это осознание принесло мне дни и ночи мучительных размышлений и душевных страданий, вынести которые не в человеческих силах. Только смерть может избавить меня от этой боли». (Письмо доктора А. Калоуна, 22 октября 1937 г.)

В 1937 г. технолога фармацевтической компании «Мессенджил» Гарольда Воткинса посетила оригинальная по тем временам идея. Он придумал, как сделать лекарственную форму невкусного сульфаниламида, от которой не будут отказываться дети. Лекарство было растворено в диэтиленгликоле, полученному «сиропчику» был придан клубничный вкус. Дети начали пить новое лекарство если не с удовольствием, то, во всяком случае, без явного отвращения. А потом вспыхнул скандал в прессе. Газетчики раскопали, что огромное количество пациентов, принимавших новое лекарство, попало в больницы с отравлениями. А сто семь человек умерло. Газеты связали эпидемию смертей с лекарством. Фирма «Мессенджил» до последнего билась за свое доброе имя. На созванной пресс-конференции директор по науке Фэйр Мессенджил на глазах журналистов выпил пузырек «Эликсира сульфаниламида», дабы доказать его абсолютную безвредность. Через несколько дней он умер... Впрочем, в этой истории была еще одна, сто девятая смерть — застрелился Гарольд Воткинс, не сумев жить, зная последствия своего «изобретения», а также то, что он оказался попросту не осведомлен о токсических эффектах диэтиленгликоля, которые уже были выявлены ранее. Отзавя лекарства — это целый детектив, в котором служащие FDA взаимодействовали с врачами — один из практикующих докторов вынужден был даже отложить свою свадьбу и помчаться в горы на поиски уехавшей в отпуск семьи ребенка, которому он препарат незадолго до этого выписал.

Странно, до этой истории никто и нигде все-ррез не задумывался о том, что новые лекарства следует подвергать тщательному тестированию. И

только горький опыт стимулировал принятие закона, согласно которому все выпускаемые на рынок лекарства должны были исследоваться на очищенность и безопасность.

А дальше была вторая мировая война. В десятом блоке концлагеря Аушвиц (Освенцим), медицинском блоке, один из самых известных дипломированных злодеев фашистского режима доктор Йозеф Менгеле проводил свои эксперименты. Он изучал феномен близнецовости — из более чем трех тысяч «поставленных» ему для опытов детей-близняшек выжило около трехсот. А еще его интересовало, можно ли изменить цвет «неарийских» карих глаз на голубой с помощью внутриглазных инъекций метиленовой сини. Не только Менгеле, но и десятки других нацистских докторов, получив в свои руки неограниченный и дешевый человеческий материал для экспериментов, значительно продвинули вперед науку, не задумываясь о цене этого прогресса. Возвращаясь к тем же близнецовым исследованиям, можно вспомнить еще об одной методике: один из детишек подвергался воздействию некоего патогенного агента (инфицировался, например). Второй оставался интактным и содержался в относительно приемлемых «лабораторных» условиях. Пока первый болел, второго наблюдали. После смерти первого близнеца второго умерщвляли, проводилась параллельная аутопсия. Все отличия в организме больного ребенка оценивались как связанные с патогенным агентом — ведь изначально однойцевые близнецы были абсолютно идентичны. Какая безупречная методология...

Серия Нюрнбергских процессов, на котором судили нацистских исследователей, лишь приоткрыла завесу секретности над многими открытиями и способами их достижения в Третьем Рейхе. Многие остались неизвестными — слишком шокирующими оказались подробности, да и многое показало перспективным — пришлось засекретить «до лучших времен». Несколько десятков врачей было осуждено. Некоторые приговорены к смертной казни. Однако символ преступной науки, Йозеф Менгеле, улизнул от правосудия. Он скрывался, впрочем, не очень уж тщательно, сперва в Парагвае, а потом в Бразилии, где и дожил до 1979 г. Менгеле утонул, купаясь — случился инсульт. Потом поговаривали, что его утопили агенты Моссад.



Фото 1.

Вряд ли это правда — скорее извечное желание приделать страшной истории справедливый конец.

Коллега Менгеле Зигмунд Рашер оставил после себя гораздо более серьезные в научном плане данные. Он занимался вопросами влияния на организм переохлаждения и поисками оптимальной схемы согревания, а также изменениями функции в условиях разреженной атмосферы. Выживших после экспериментов Рашера, как правильно уничтожали, как «отработанный лабораторный материал». А еще Рашер утверждал, что он нашел путь к продлению детородного срока — его жена, якобы родила трех детей после 48 лет. Фотография семьи Рашера использовалась с пропагандистскими целями до тех пор, пока его жена не была арестована во время четвертой «беременности» при попытке украсть ребенка. Суд решил, что три предыдущих ребенка были также украдены. Рашер был помещен в концлагерь Дахау (тот самый, где проводились его эксперименты). Весной 45 года его казнили, вменив в вину в том числе и фальсификацию научных данных.

Менее знаменита, но куда как более жестока история «подразделения 731» японской армии. И если изучение отравляющих веществ и заразных агентов на гражданском населении оккупированных азиатских территорий можно объяснить (не оправдать, но хотя бы объяснить) необходимостью разработки оружия массового поражения, то какое извращенное любопытство толкало врачей на попытки поменять местами руки (попросту перешить их) или на наблюдения за жизнедеятельностью плода в живом «препарате беременной женщины», которой были аккуратно вскрыты брюшная стенка и матка. Между прочим, начальник «Подразделения 731» Широ Ишии не был осужден — он занимался разработками бактериологического оружия в Мэпиленде и умер в 1958 г. от рака гортани.

«Нюрнбергский кодекс», был предложен Нюрнбергским трибуналом в 1947 г. Это был первый документ, в котором зафиксировались 10 основных

принципов проведения исследований с участием человека. На основе этого документа в дальнейшем разрабатывались другие законы.

Увы, этические скандалы на этом не завершились. Одной из самых известных историй стал «Таскиджинский эксперимент». 399 чернокожих больных сифилисом было включено в обсервационное исследование, основной задачей которого являлся ответ на вопрос: как протекает болезнь, если ее не лечить. В 1932 г., когда это наблюдение началось, пенициллина еще не было. Худо ли, плохо ли, сифилис лечился препаратами мышьяка, ртутной мазью и висмутом. Но включенным в исследование больным не давали и этого. Единственным вмешательством, которому они подвергались, была выполняемая через определенный период времени спинномозговая пункция — исследователи хотели отловить момент развития нейросифилиса. Ни уроки медицины концлагерей, ни успехи в лечении сифилиса пенициллином, ставшим стандартом терапии с 1947 г., не повлияли на решимость исследователей продолжать наблюдение. Вторичный, третичный, врожденный сифилис — все это было объектом интереса. Исследование не было засекреченным — несколько раз в медицинской прессе появлялись отчеты о его ходе. А субъектов исследования не лечили до семидесятых годов — до того момента, пока Петер Бакстан не слил газетчикам «инсайдерскую» информацию. К тому моменту в живых оставалось 74 человека... а еще 19 детей родилось с сифилисом. Заражению подверглось (как минимум) 40 жен участников исследования. В 1997 г. Билл Клинтон от имени американского правительства на специальной церемонии в Белом Доме принес извинения... извинения тем пяти из восьми оставшихся, кто смог на церемонии присутствовать. Да, чуть не забыл, одним из условий включения в наблюдение было непереносное согласие на вскрытие — в этом случае финансирование похорон исследовательская группа брала на себя.

Отто Амброс — немецкий химик, активно сотрудничавший с нацистским режимом, занимавшийся изучением эффектов газа зарин и поиском антидотов, был в 1948 г. приговорен к восьмилетнему заключению. В 1954 г. он вышел на свободу и устроился на работу в немецкую компанию «Грюненталь». Вскоре после этого компания запатентовала новую молекулу, найденную, по словам научного директора Хенриха Мюктера (человека тоже, кстати, «засветившегося» в вирусологических лабораториях вермахта) совершенно случайно. Молекула этой была суждено стать причиной самой большой в истории фармакологии трагедии. Это был талидомид. Есть предположения, что Отто Амброс пришел на работу в «Грюненталь», уже имея готовый продукт, который был получен им в 1944 г. в качестве антидота к зарину. Когда талидомид регистрировался утверждалось, что немалое за такой короткий срок количество испытаний на людях уже было проведено (где?). В дальнейшем под



Фото 2. О.Б. Талибов

разными предложениями компания уклонялась от предоставления этих данных для изучения. Эти спекуляции позволили журналистам назвать талидомид «последним преступлением нацистской медицины». Возможно, это только предположения... Как бы то ни было, талидомид был зарегистрирован в качестве анксиолитического средства. Популярность его была связана еще и с тем, что он очень хорошо облегчал состояние беременных женщин с ранним токсикозом. Один из сотрудников лаборатории весной 1956 г. дал препарат своей беременной жене. 25 декабря 1956 г. она родила девочку без ушей — первую жертву талидомида. Однако успех лекарства стремительно рос и препарат появился на рынках 46 стран. На рынок США он не попал благодаря инспектору FDA Френсис Келли, всячески тормозившей процесс регистрации вплоть до того момента, когда австралийский акушер Уильям МакБрайд опубликовал в 1961 г. в «Ланцете» свои наблюдения, согласно которым вспыхнувшая эпидемия фокомелии (рождения детей с недоразвитыми конечностями) связана с употреблением талидомида в период беременности. МакБрайд получил большую денежную премию, стал очень известным и авторитетным человеком. Его слава неожиданно закатилась в 1993 г., когда он был обвинен в целой серии научных фальсификаций, а также (уж бить так бить) в ненадлежащем родовспоможении, которым ему как-то незадолго до этого пришлось случайно заниматься в самолете.

В 1962 г. талидомид изымается из продажи. На это ушло от 6 до 9 месяцев. Но история не прекратилась. В 1964 г. израильский доктор Якоб Шескин не знал, чем помочь пациенту с лепрой и узловой эритемой, мучавшемуся от нестерпимых болей. Он дал ему две таблетки запрещенного препарата, баночка с которым случайно завалилась в ящике стола. Пациент удивительно быстро заснул, проспал чуть ли не целый день, а состояние его улучшилось. Впоследствии выяснится, что талидомид является блокатором фактора некроза



Фото 3. Участники тренинга в Алматы — декабрь 2008 г.

опухолей альфа. Это и послужило причиной того, что препарат продолжал применяться, сперва у больных лепрой, а затем еще и в онкологии, при синдроме множественной миеломы у ВИЧ-инфицированных.

Последствием стало введение поправки Кефаяра-Харриса в США и директивы 65/65 в ЕЭС, согласно которым для того, чтобы начать продавать лекарство, необходимо представить не только данные о его безопасности, но и доказательства эффективности. Странно, но факт, до 1962 г. этого не требовалось...

Тренинг по GCP является некоммерческим учебным проектом кафедры клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой помощи МГМСУ (фото 1). Программа, ориентированная в первую очередь на исследователей, представлена в двух вариантах: «вводный курс» (исследователи без опыта работы или с небольшим опытом — <10 у.е.) и «продвинутый курс» (исследователи с опытом работы от 10 у.е.). Предлагаемая для оценки условная единица к заработной плате прямого отношения не имеет, а рассчитывается как количество исследований умноженное на количество полных лет активности в этом исследовании. Те, у кого условный показатель превышает цифру 20 могут смело считать себя экспертами, однако «экспертного» курса мы представить не можем — не доросли (несмотря на «у.е.—показатель» приближающийся к цифре 500).

Тренинги не имеют жесткого расписания и проводятся по мере формирования групп, но не реже чем раз в два месяца. Для сотрудников бюджетных учреждений и учащихся тренинги являются бесплатными.

Оптимальным количеством курсантов на тренинге является 12–15 человек, так как большая часть работы выполняется слушателями самостоятельно в ходе деловых игр и практических занятий.

Сотрудники, проводящие курсы, кроме неоднократных тренингов по различным аспектам

клинических исследований имеют немалый собственный опыт работы. Основной лектор — Олег Талибов (фото 2), участвует в клинических исследованиях 1–3 фаз с 1996 г. (всего 64 исследования), неоднократно стажировался в Европе (Великобритания, Германия, Австрия, Чехия), имеет опыт работы в составе аудитов и инспекций FDA. Ольга Полосьянц в международных исследованиях работает с 1999 г., принимала участие в 24 исследовательских проектах 2–3 фаз, работала консультантом и монитором в контрактных организациях, проходила стажировку в Нидерландах. Ирина Родюкова принимает участие в исследованиях с 2003 г., всего 10 проектов 2 и 3 фазы.

Всего, начиная с 2005 года, прошло обучение более 600 человек. Кроме москвичей курсы посетили врачи-исследователи из Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Архангельска, Казани, Саранска и т. д. — всего 22 города России. Проводились выездные циклы в Тольятти и в Алматы (фото 3) (в рамках некоммерческой образовательной деятельности), а также в Институте питания, Институте акушерства, гинекологии и перинатологии, Институте онкологии им. Герцена.

Ниже приводится программа тренинга.

GCP для исследователей — вводный курс

День 1

10:00 — 18:00
10:00 — 10:15
Представление программы.
Знакомство участников.
10:15 — 11:30
Введение в тему. История и развитие GCP (лекция). Олег Талибов
11:30 — 11:45
Кофе-брейк
11:45 — 12:15
Спонсор, контрактная организация, исследователь — обязанности и ответственность сторон (лекция). Олег Талибов
12:15 — 13:00
Спонсор, контрактная организация, исследователь — обязанности и ответственность сторон (групповые занятия). Олег Талибов, Ирина Родюкова
13:00 — 14:00
Перерыв
14:00 — 14:45
Этические аспекты проведения клинических исследований (лекция). Ольга Полосьянц
14:45 — 16:15
Этические аспекты проведения клинических исследований (групповые занятия). Ольга Полосьянц, Олег Талибов
16:15 — 16:30



*Фото 4. Разбор результатов экзамена,
вручение сертификатов*

Кофе-брейк

16:30 — 17:00

Файл исследователя (лекция). Ирина Родюкова
17:00 — 18:00

Файл исследователя (групповые занятия).

Ирина Родюкова, Ольга Полосьянц

День 2.

10:00 — 19:00

10:00 — 11:00

Нежелательные явления (лекция). Олег Талибов

11:00 — 11:45

Нежелательные явления (групповые занятия).

Олег Талибов

11:45 — 12:00

Кофе-брейк

12:00 — 12:30

Правила обращения с исследуемым лекарственным препаратом (лекция). Ирина Родюкова

12:30 — 13:00

Правила обращения с исследуемым лекарственным препаратом (групповые занятия). Ирина Родюкова, Олег Талибов

13:00 — 14:00

Перерыв

14:00 — 15:00

Протокол исследования и брошюра исследователя (лекция). Олег Талибов

15:00 — 15:30

CRF. Правила работы с документацией (лекция). Олег Талибов

15:30 — 16:30

CRF. Правила работы с документацией (групповые занятия). Ирина Родюкова, Олег Талибов

16:30 — 16:45

Кофе-брейк

16:45 — 17:45

Экзамен

17:45 — 19:00

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
Агентства «Роспечать»

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на ~~ежемесячно~~ 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
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВочная КАРточка

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

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стоимость подписки руб. коп. Количество комплектов
переадресовки руб. коп.

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

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
«Почта России»

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на ~~ежемесячно~~ 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
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВочная КАРточка

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

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стоимость подписки руб. коп. Количество комплектов
переадресовки руб. коп.

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

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (переподписки)

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

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

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (переподписки)

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

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

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

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

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

Заполнение месячных клеток при переподписании
издания, а также клетки «ПВ-МЕСТО» производится
работниками предпрятий 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 25.08.2009

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 КУПИ-ПРОДАЖИ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ (П. 3 СТ. 434 И П. 3 СТ. 438 ГК РФ).

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ

Поступ. в банк плат.	Списано со сч. плат.	
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №		Дата
Сумма прописью		Вид платежа
ИНН	КПП	Сумма
Плательщик		Сч.№
		БИК
Банк Плательщика Сбербанк России ОАО, г. Москва		Сч.№
		БИК
Банк Получателя ИНН 7702558751 КПП 770201001		Сч.№
		БИК
Получатель Некоммерческое партнерство Издательский Дом «ПАНОРАМА» Вернадское ОСБ 7970 г. Москва		Сч.№
		Вид оп.
		Наз.пл.
		Код
		Срок плат.
		Очер. плат.
		Рез. поле
Оплата за подписку на журнал Врач скорой помощи (___ экз.) на 6 месяцев, без налога НДС (0%). ФИО получателя _____ Адрес доставки: индекс _____, город _____, ул. _____, дом _____, корп. _____, офис _____ телефон _____, e-mail: _____		
Назначение платежа _____		
М.П.	Подписи	Отметки банка

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**