

ПОДПИСКА



2010

I ПОЛУГОДИЕ

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

1 ПОДПИСКА НА ПОЧТЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ РОССИИ

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

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

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



3 ПОДПИСКА В СБЕРБАНКЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ОТДЕЛЕНИИ СБЕРБАНКА РОССИИ

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

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

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

4 ПОДПИСКА НА САЙТЕ



ПОДПИСКА НА САЙТЕ www.panor.ru

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

На правах рекламы

2 ПОДПИСКА В РЕДАКЦИИ



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

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

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

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ

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

БИК 044525225, к/сч. № 30101810400000000225

Образец платежного поручения

Поступ. в банк плат.		Списано со сч. плат.		XXXXXXXX	
ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №			Дата	электронно Вид платежа	
Сумма прописью	ИНН	КПП	Сумма	Сч. №	044525225 30101810400000000225
Получатель	Платитель		Сч. №	БИК	
Банк получателя	БИК		Сч. №	БИК	044525225
ИПН // 18/06370	КПП // 1801001		Сч. №	40702810438180001886	
ООО Издательство «Профессиональная Литература» Вернадское ОСБ №7970, г. Москва	Получатель		Вид оп.	01	Срок плат.
			Нач. ин.		Смер. плат.
			Код		Рез. платеж.
Оплата за подписку на журнал _____ (____ экз.)					
на _____ месяцев, в том числе НДС (0%) _____					
Адрес доставки: индекс _____, город _____, _____, _____, _____, _____					
ул. _____, дом _____, квартира _____, офис _____					
телефон _____					
Назначение платежа _____					
				Подпись _____	
М.П.				Отметка банка _____	

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. Брезицкий (Ноябрьск, Ямало-Ненецкий АО)

О.В. Еремян (Калининград)

Н.Ю. Майкова (Комсомольск-на-Амуре)

Ю.Н. Маркевич (Вологда)

А.А. Мельман (Кувандык)

А.П. Нечунаев (Улан-Удэ)

И.Г. Труханова (Самара)

К.К. Турлубеков (Кокшетау, Казахстан)

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

Ю.А. Шихова (Старый Оскол)

Научный редактор номера:

к.м.н. *А.В. Наумов* (Москва)

Редактор раздела образовательных программ:

к.м.н. *И.С. Родюкова* (Москва)

Корректор *В.А. Тарасова*

Верстка *О.А. Пятакова*

Контакты с редколлегией:

127473, Москва, Делегатская, 20/1

ГОУ ВПО МГМСУ,

кафедра клинической фармакологии,

фармакотерапии и СМП

e-mail: kafedrakf@mail.ru

сайт: www.intensive.ru

факс: (495)-611-22-97,

тел.: (495)-611-05-60,

8-903-123-00-66

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.



**Рецензируемый журнал
«ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ»
№ 11/2009**

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

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

Адрес электронной почты редакции:
kafedrakf@mail.ru
<http://vsp.medizdat-press.ru>

Подписано в печать 22.10.09.
Тираж 3 000 экз.

**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

*А.Л. Баранов, В.С. Пустовой, Е.В. Филимонов,
Н.Д. Грибова, А.Л. Духовный, С.Ф. Коротаев*

Использование лечебно-диагностической аппаратуры и оказанию
скорой медицинской помощи в рамках национального проекта «ЗДОРОВЬЕ» . . . 6

НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

А.Л. Вёрткин, А.В. Наумов, М.М. Шамуилова, П.С. Семёнов, Э.Ю. Коцелапова

Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме 21

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин

Оказание скорой медицинской помощи пострадавшим
при дорожно-транспортных происшествиях в г.о. Тольятти
(в том числе на федеральной трассе М-5) 26

И.Д. Алексеев, Е.А. Петрик, О.Ю. Аристархова, Е.В. Адонина, Д.З. Долаберидзе

Особенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы,
осложненной острой задержкой мочеиспускания
у пациентов на фоне коморбидных состояний 31

А.А. Малашихин

Аминокислотный и минеральный состав травы подмаренника настоящего 39

А.А. Малашихин, В.Г. Сбежнева

Использование подмаренника настоящего
в комплексном лечении псориаза. 42

ВАЖНО

Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий
оказания гражданам Российской Федерации
бесплатной медицинской помощи в 2008 году 47

В. Белокриницкий

Замечания по поводу проекта Закона
«О службе скорой медицинской помощи и статусе ее сотрудников» 68

ISSUES OF EMERGENCY AID MANAGEMENT

*A.L. Baranov, V.S. Pustovoj, E.V. Filimonov,
N.D. Gribova, A.L. Duhovny, S.F. Korotayev*

Use of medical and diagnostic equipment for rendering of emergency aid
within framework of national project «HEALTH»6

PHARMACOTHERAPY NEWS

A.L. Vertkin, A.V. Naumov, M.M. Shamuilova, P.S. Semenov, A.U. Kotselapova

Efficiency of ketoralak in acute pain management of trauma21

ORIGINAL RESEARCHES

O.V. Savelyev, S.U. Habibulin

Rendering of emergency aid to victims of road accidents in the city of Tolyatti
(as well as on federal route M-5)26

*I.D. Alekseev, E.A. Petrik, O.U. Aristarhova,
E.V. Adonina, D.Z. Dolaberidze*

Features of benign hyperplasia of prostate gland with acute urinary difficulty
in patients with co-morbid state background31

A.A. Malashihin

Aminoacid and mineral content of galium verum herb39

A.A. Malashihin, V.G. Sbezheva

Use of galium verum herb in combination therapy of psoriasis42

IMPORTANT

Report on progress of implementation of «Program of state guarantees
of rendering of free medical aid to citizens of Russian Federation in 2008»47

V. Belokrinitskij

Comments to Law bill «About emergency medical
aid service and status of its employees»68

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ И ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Продолжение. Начало в №№ 7, 9, 10/2009

**А.Л. Баранов, В.С. Пустовой, Е.В. Филимонов,
Н.Д. Грибова, А.Л. Духовный, С.Ф. Коротаев**

USE OF MEDICAL AND DIAGNOSTIC EQUIPMENT FOR RENDERING OF emergency AID WITHIN FRAMEWORK OF NATIONAL PROJECT «HEALTH»

**A.L. Baranov, V.S. Pustovoj, E.V. Filimonov,
N.D. Gribova, A.L. Duhovny, S.F. Korotayev**

Часть II

Ликвидация обструкции верхних дыхательных путей

Фактически эти меры входят в методику неотложной ИВЛ, потому что без них она не может начаться. Но поскольку обструкция верхних дыхательных путей может возникнуть и в ходе ИВЛ, мы выделили меры, предупреждающие и устраняющие обструкцию, как раздел вспомогательной терапии.

Наиболее частые причины обструкции верхних дыхательных путей на уровне глотки и гортани — западение языка (кстати, наблюдающееся не только при положении больного на спине, но и на животе), obturация жидкими и твердыми инородными материалами, ларингоспазм.

Борьба с обструкцией должна начаться еще до ИВЛ и не прекращаться в ходе ее, принимая наиболее рациональные в конкретных условиях формы.

Рекомендуется такая последовательность действий в начале неотложной ИВЛ:

- максимальное разгибание головы в позвоночно-затылочном сочленении;
- попытка вдвухания воздуха в дыхательные пути;
- очистка глотки;
- поднятие нижней челюсти;
- введение ротового или носового воздуховода;
- интубация трахеи.

Положение головы

Максимальное разгибание головы облегчается, если больного уложить на жесткий валик в подлопаточной области. При этом, как правило, слегка приоткрывается рот. Благодаря мышечно-фасциальным соединениям между языком и нижней челюстью, язык поднимается вверх и проходимость глотки восстанавливается. Этот прием бывает эффективным у 80% пострадавших. При таком положении головы объем дыхательных путей наибольший, как это показано рентгенологическими, газоаналитическими и другими исследованиями (А.П. Зильбер, 1961). Осуществить максимальное разгибание легче всего, подложив одну руку под заднюю поверхность шеи, а другую на лоб пострадавшего. Поднятие вверх нижней челюсти еще больше освобождает вход в гортань, делая дыхательные пути проходимыми у 100% пострадавших, не имеющих инородного материала непосредственно в голосовой щели. Зубы нижней челюсти можно зацепить за зубы верхней челюсти — тогда легче удержать нижнюю в возвышенном положении. При максимально разогнутой голове и такой позиции нижней челюсти размер глотки наибольший. Вслед за этим надо попытаться вдуть воздух в дыхательные пути. Такая попытка преследует три цели. Во-первых, расширение грудной клетки при вдвухании воздуха свидетельствует о том, что дыхательные пути проходимы и обструкции нет. Во-вторых, прежде чем предпринять следующие шаги,

надо одним — двумя дыхательными циклами поддержать газообмен больного. В-третьих, повышенное, давление в глотке устраняет или делает менее выраженной обструкцию на уровне глотки и гортани, если она была связана с западением языка, наличием жидкого содержимого и даже ларингоспазмом. Для вдувания воздуха в дыхательные пути используют экспираторный метод или ручной респиратор.

Удаление инородного материала

Очистка глотки производится с поворотом лица пострадавшего в сторону. Твердые и полужидкие массы удаляют пальцем. Видимое глазом и слышимое ухом жидкое содержимое отсасывают с помощью катетера, который должен быть достаточно жестким. Катетер проводят поочередно через оба угла рта, а затем через обе ноздри.

При наличии обструкции инородными материалами на уровне гортани, глотки и самого верхнего отдела трахеи высокоэффективным может оказаться простой прием, напоминающий запрещенный удар «в поддых» (**прием Геймлиха**). Резкий толчок кулака, приложенного предварительно к коже эпигастральной области, в направлении диафрагмы, взрывообразно повышает внутрилегочное давление, и воздух выталкивает инородный материал из самого верхнего отдела дыхательных путей. Иногда, при избыточной массе больного используется модификация этого приема, когда пациент располагается в горизонтальном положении на спине, а реаниматор, находясь над ним лицом к пострадавшему, производит сомкнутыми в замок руками сильный толчок в область эпигастрия по направлению к диафрагме (для упора перед толчком можно использовать согнутые в коленях нижние конечности пострадавшего).

ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ

Показания

Острая дыхательная недостаточность, возникшая при терминальных состояниях, шоке различной этиологии, тяжелых отравлениях с нарушением дыхания, обтурации трахеи слизью и пеной при утоплении, отеке легких и т. д.

Противопоказания

Повреждения шейного отдела позвоночника, патологические изменения органов

шеи и лицевого черепа, (ранения, деформации, опухоли языка, глотки, гортани или трахеи, резкий отек глотки или гортани, контрактура или анкилоз височно-челюстного сустава).

Техника

Этапы оротрахеальной интубации показаны на *рис. 1*. Положение больного должно быть строго горизонтальным на спине, голова должна быть максимально разогнута в повоночно-затылочном сочленении. Под голову больного подкладывают небольшую подушку или валик из свернутой одежды. При оказании скорой помощи на улице носилки с больным устанавливают в машине головным, концом к открытой задней двери санитарного автомобиля, что облегчает проведение манипуляций.

Интубацию трахеи производят обычно через рот (под контролем прямой ларингоскопии) после индукции в наркоз барбитуратами или сомбревином и внутривенного введения мышечных релаксантов деполаризирующего действия (80–100 мг дитилина, листенона или миорелаксина). Терминальные состояния служат показанием к экстренной интубации трахеи в момент раскрытия голосовой щели без предварительной анестезии. Поскольку насыщение артериальной крови кислородом значительно снижается даже при кратковременной интубации, необходимо в течение 2–5 мин до начала манипуляции проводить вспомогательную или принудительную вентиляцию легких через маску 100%-м кислородом. Врач держит ларингоскоп в левой руке, а пальцами правой руки открывает рот больного. Под визуальным контролем осторожно продвигают по спинке языка клинок ларингоскопа с зажженной лампочкой. Изогнутым клинком отжимают сверху (кпереди) корень языка, прямым клинком захватывают надгортанник: и оттесняют его сверху, обнажая вход в гортань. Вслед за этим правой рукой быстро вводят в трахею интубационную трубку соответствующего размера.

При наличии у больного самостоятельных дыхательных движений введение эндотрахеальной трубки осуществляют во время вдоха. Правильность расположения интубационной трубки оценивают по выделению из последней струи воздуха (при вдохе или при надавливании рукой на трудную клетку больного) и появлению дыхательных шумов в легких (во время вдоха). При проскаль-

звании трубки в один из главных бронхов (чаще всего в правый) дыхание в противоположном легком становится резко ослабленным или вовсе не прослушивается. Для восстановления вентиляции в недышащем легком необходимо очень, осторожно подтянуть трубку вверх, не прерывая аускультацию. Отсутствие дыхательных шумов в обоих легких и быстрое нарастание цианоза свидетельствуют о проникновении трубки в пищевод.

В этом случае немедленно извлекают трубку, в течение нескольких минут осуществляют гипервентиляцию легких 100%-м кислородом через маску и только после ликвидации цианоза повторяют попытку интубации. Через тонкий резиновый катетер, присоединенный к какому-либо аспиратору, очищают трахею и бронхи от слизистых и пенных выделений. После этого к интубационной трубке через систему переходников подключают дыхательный аппарат и приступают к принудительной вентиляции легких.

Для создания герметичности манжетку эндотрахеальной трубки раздувают с помощью сухого шприца или резиновой трубки через специальный резиновый отвод, на который накладывают затем зажим. Полость рта больного рыхло тампонируют бинтом, смоченным слабым раствором фурацилина или изотони-

ческим раствором хлорида натрия. Между передними зубами больного вставляют воздуховод или свернутый бинт и фиксируют к ним интубационную трубку посредством узкой полоски липкого пластыря и бинта.

Искусственную вентиляцию легких следует сочетать с другими реанимационными мероприятиями при терминальных состояниях и дренажем плевральной полости через толстую иглу при клапанном пневмотораксе. При необходимости длительного применения искусственного дыхания или невозможности интубации прибегают к трахеостомии.

Осложнения

Ранние: гипоксия и гиперкапния в момент введения интубационной трубки, ларинго- и бронхоспазм, нарушения сердечного ритма (брадикардия, экстрасистолия, трепетание предсердий, изредка асистолия), механические повреждения зубов и слизистой оболочки полости рта, верхних дыхательных путей или пищевода с возникновением в отдельных случаях гематом и обильных кровотечений, повреждения голосовых связок, асфиксия вследствие перегиба трубки или выхода ее из трахеи.

Поздние: пролежни и острый отек гортани, постинтубационный ларинготрахеит, образование интубационной гранулемы и рубцов.

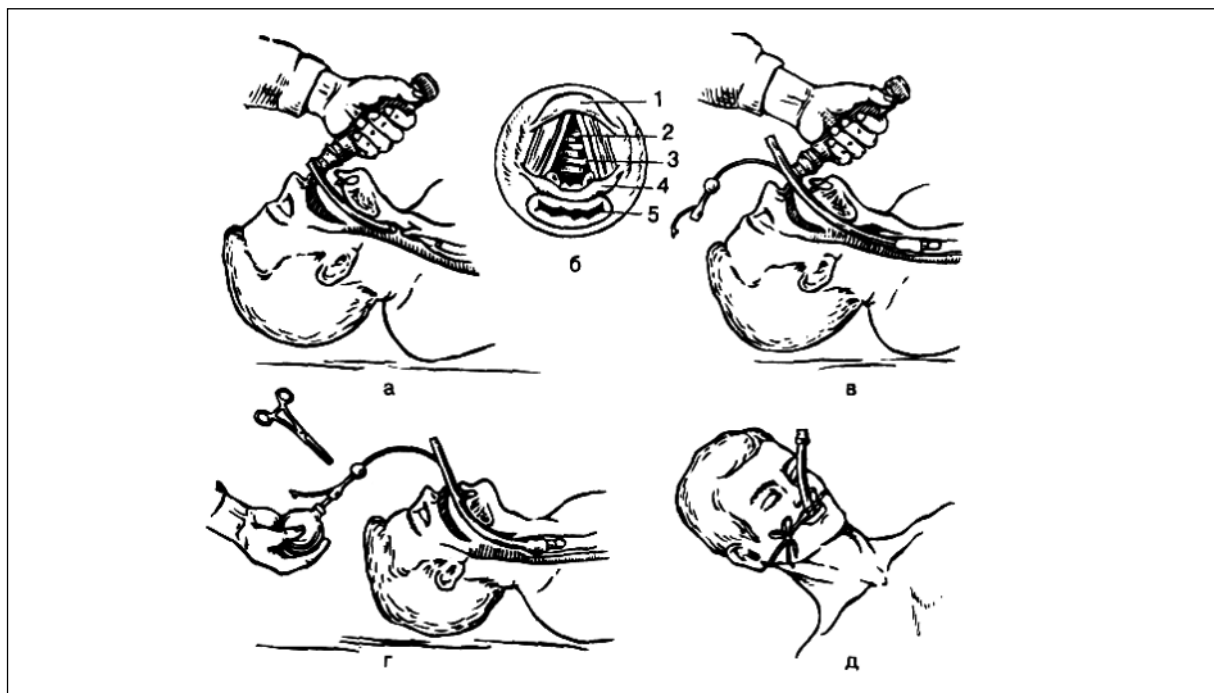


Рис. 1. Этапы оротрахеальной интубации: а — прямая ларингоскопия; б — вход в гортань: 1 — надгортанник; 2 — голосовая связка; 3 — голосовая щель; 4 — черпаловидный хрящ; 5 — вход в пищевод; в — интубация трахеи; г — раздувание манжетки; д — фиксация интубационной трубки

Для профилактики осложнений манипуляция должна проводиться максимально асептически и асептично.

Крикотиреотомия

Крикотиреотомия, к сожалению, плохо известна врачам. Невозможность выполнить интубацию трахеи и наличие полной обструкции в области гортани и выше требуют экстренного вскрытия перстнещитовидной мембраны (крикотиреостомия, интеркрикотиреотомия, ларингостомия, коникотомия).

Сущность метода и показания

Крикотиреотомия требует для своего выполнения нескольких десятков секунд, в отличие от трахеостомии, для которой нужны минуты (да и то при условии, что вы специально тренировались). Но если от момента апноэ до необратимых изменений в мозге проходит 4–6 мин, хватит ли вам этих минут? Кроме того, для трахеостомии нужны специальные инструменты, которые не требуются для крикотиреотомии. Если в данный момент вы врач без белого халата, откуда у вас возьмутся инструменты? Но ведь тем и отличается врачебная профессия от многих других, что моряк, сошедший с корабля, учитель, вернувшийся из школы, или машинист тепловоза вне рейса — просто граждане, тогда как в больнице и вне ее, днем и ночью врач всегда врач!

Первый повод для крикотиреотомии — наличие опасной для жизни обструкции на уровне голосовой щели и выше. Второй — невозможность устранить обструкцию описанными выше действиями. Третий — невозможность выполнить трахеостомию своевременно и безопасно.

Клиническая анатомия

Перстнещитовидная мембрана располагается между нижним краем щитовидного и верхним краем перстневидного хряща гортани (рис. 2). Между ней и кожей имеется незначительная прослойка мышечных волокон, отсутствуют крупные сосуды и нервы, за исключением не слишком опасных перстнещитовидных артерий, иногда перфорирующих среднюю часть мембраны.

Найти мембрану сравнительно легко, если ориентироваться пальпаторно от верхней вырезки щитовидного хряща: спускаясь по средней линии, обнаруживаем небольшую впадину между передней дугой перстневидного хряща и нижним краем щитовидного — это и есть перстнещитовидная мембрана. У женщин и детей щитовидный хрящ может контурироваться хуже, чем перстневидный. Тогда, поднимаясь пальцем по средней линии от яремной вырезки грудины, обнаруживаем выступающий перстневидный хрящ, выше которого находится мембрана. Позади мембраны внутри гортани лежат голосовые связки, расположенные чуть краниальнее мембраны, поэтому крикотиреотомия их не повреждает.

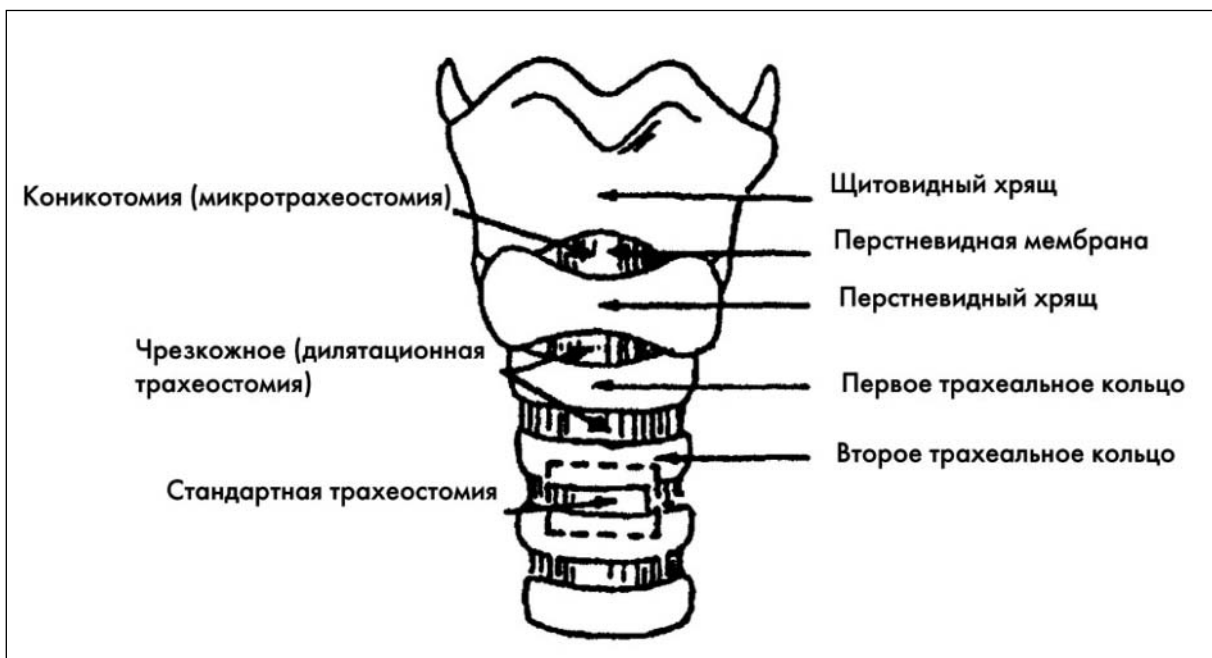


Рис. 2. Анатомические ориентиры при крикотиреотомии, трахеостомии

Техника операции

Положение головы — максимальное разгибание назад, нижняя челюсть поднята, подлопаточные области — на валике высотой 10–15 см. Большим и средним пальцами фиксируют гортань за боковые поверхности щитовидного хряща. Указательным пальцем определяют мембрану, над которой делают поперечный разрез кожи около 1,5 см. Вводят указательный палец в кожный разрез так, чтобы верхушка ногтевой фаланги упиралась в мембрану. По ногтю, касаясь его плоскостью скальпеля, перфорируют мембрану, вводя через отверстие в трахею пластиковую или металлическую трубку. Возможен прокол перстнещитовидной мембраны скальпелем с ограничителем на 1,5 см в сагиттальной плоскости. Для этого указательным и средним пальцами левой руки фиксируется кожа в проекции мембраны и между пальцами производится перфорация до просвета гортани, о чем свидетельствует прохождение воздуха через рану. Схема постановки канюли показана на рис. 3. Остановки кровотечения, как правило, не требуется (?) манипуляция занимает 15–30 сек. Стерильность не соблюдается, но все же нарочно нарушать ее не следует. В примитивных условиях вместо скальпеля можно использовать перочинный нож, бритву, а вместо трубки — цилиндр от авторучки, кусок резиновой или пластмассовой трубки от фонендоскопа и т. п. Восстановив проходимость дыхательных путей, начи-

нают ИВЛ любым доступным способом. Затем, уже в более спокойной обстановке, потому что больной уже не умирает от асфиксии, пытаются ликвидировать причину обструкции, транспортируют больного в лечебное учреждение или делают трахеостомию. Из описания крикотиреотомии ясно, что эта сверхсрочная жизнеспасающая операция не требует специального инструментария. Среди недостатков и осложнений крикотиреотомии надо отметить возможность повреждения, инфицирования и некроза хрящевой гортани с последующим стенозом, если трубка находится в гортани более 2–3 сут. Пункция перстнещитовидной мембраны толстой иглой для проведения лески-мандрена в направлении глотки (облегчение трудной интубации) или катетера в направлении бронхов (инстиляция растворов) выполняется так же, как крикотиреотомия.

Трахеостомия

Показания

Трахеостомия требуется в четырех ситуациях:

- 1) неустранимая иным путем обструкция на уровне гортани и выше;
- 2) необходимость многосуточной ИВЛ;
- 3) наличие бульбарных расстройств с нарушением кашля и постоянной аспирацией слюны и пищи в дыхательные пути;
- 4) облегчение туалета дыхательных путей.

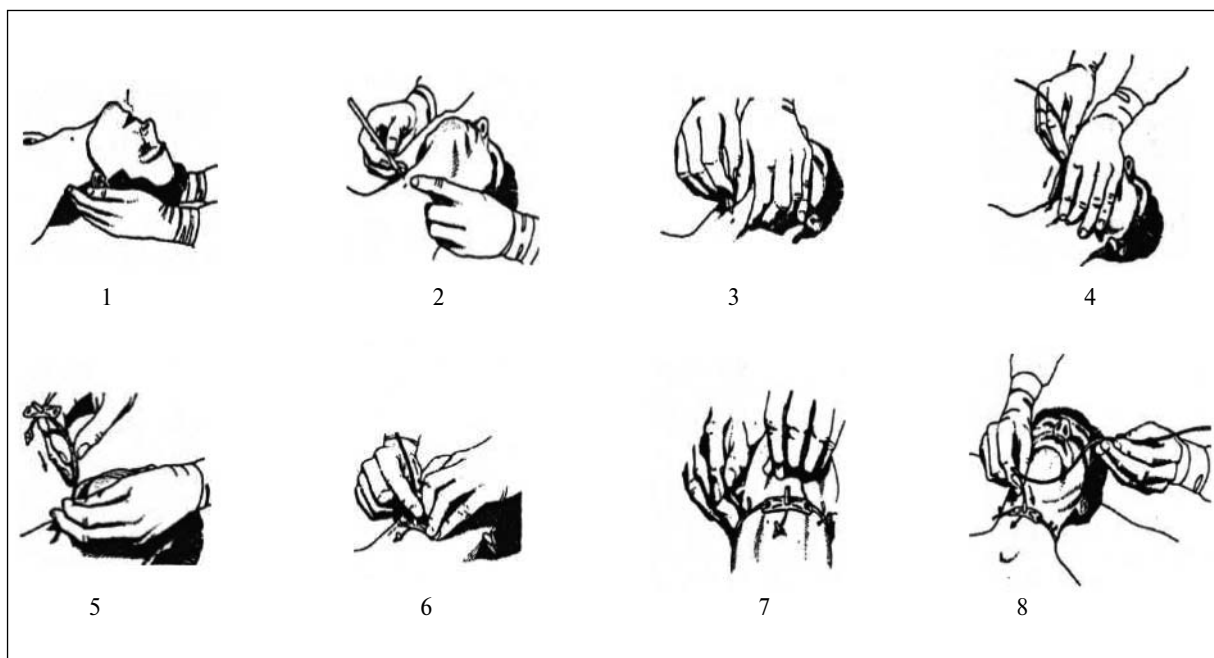


Рис. 3. Схема постановки канюли при коникотомии

Снижение анатомического мертвого (вредного) пространства и дыхательного сопротивления требует, как нам кажется, очень многих оговорок:

Во-первых, дыхательные пути ниже бифуркации трахеи стерильны в значительной степени благодаря полезной функции стенок «вредного» мертвого пространства, которые согревают, увлажняют и очищают вдыхаемый воздух.

Во-вторых, далеко не всегда сокращение анатомического мертвого пространства увеличивает эффективный альвеолярный объем.

Не следует забывать и о регулирующей роли голосовой щели в обеспечении нужной объемной скорости потока в каждый момент дыхательного цикла: от этого в значительной степени зависит характер распределения вдыхаемого воздуха и опорожнения легких, не говоря уже о том, что кашель эффективен только при нормальной функции голосовой щели.

Удельный вес различных показаний к трахеостомии в последние годы изменился. Раньше главным показанием была обструкция типа дифтерийного или ложного крупа, сегодня — необходимость длительной ИВЛ и туалета дыхательных путей. Кроме того, изменился характер выполнения трахеостомии. Она перестала быть методом реанимации, а чаще выполняется в более спокойных условиях. **В реанимационной же обстановке делают интубацию трахеи или в крайнем случае крикотиомию.**

Техника операции

Лучше выполнять трахеостомию на фоне эндотрахеальной интубации, когда есть возможность соблюсти стерильность, предупредить кровотечение, повреждение нервов (чаще всего возвратного), пищевода и даже верхнего купола-плевры.

В числе технических новшеств следует упомянуть о предпочтительности поперечного разреза, который делается на уровне II–III кольца трахеи с рассечением кожи и подкожной мышцы шеи до глубокой фасции. Мягкие ткани над глубокой фасцией тупо смещаются вверх до уровня перстневидного хряща и вниз до уровня IV кольца трахеи.

Разрез глубокой фасции делают продольным с тупым и острым обнажением II и III колец, остановкой кровотечения и, если это необходимо, пересечением перешейка щитовидной железы. Оптимальным методом

рассечения колец трахеи является трахеостомия по Бьерку, когда в передней стенке трахеи выкраивается языкообразный лоскут с верхушкой, направленной краниально. Лоскут отгибается книзу, и верхушка вшивается в нижний угол раны. Удобство этого приема состоит в том, что смена канюли осуществляется проще, так как трахея фиксирована в ране. Если нужда в трахеостомии в течение первых 2–3 суток отпадает, то вшивание лоскута на его старое место надежнее герметизирует трахею. Полагают, что **трахеостомия по Бьерку** реже осложняется стенозом трахеи, хотя существуют и противоположные мнения.

Уход за трахеостомой

Трахеостомия сама по себе требует педантичного ухода и специальной респираторной терапии, во-первых, потому, что ниже трахеостомы неизбежно повреждается реснитчатый эпителий дыхательных путей — один из главных механизмов нормального транспорта мокроты. Возникают задержка мокроты, ее инфицирование, растет обструкция. Во-вторых, негерметичность дыхательных путей исключает естественный механизм кашля, который раньше мог осуществляться лишь при мгновенном замыкании и размыкании голосовой щели. В связи с этим воспалительные поражения дыхательных путей при трахеостомии неизбежны.

Предупредить их или хотя бы уменьшить может лишь скурпулезный уход за трахеостомой и дыхательными путями, включающий ежечасную антисептическую обработку, увлажнение, искусственное удаление мокроты, причем все эти процедуры должны выполняться с хорошо осознанной атравматичностью.

Еще важнее не передержать больного на трахеостоме, т. е. своевременно восстановить спонтанную вентиляцию легких.

Дренирование плевральной полости

Основным методом лечения гемо- и пневмоторакса является удаление крови и воздуха из плевральной полости посредством ее пункции и дренирования, что позволяет расправить легкое. Для удаления воздуха из плевральной полости пункция производится во втором межреберье по среднеключичной линии (рис. 4). Применяется игла для плевральной пункции, снабженная резиновым удлинителем или двухходовым краном, через

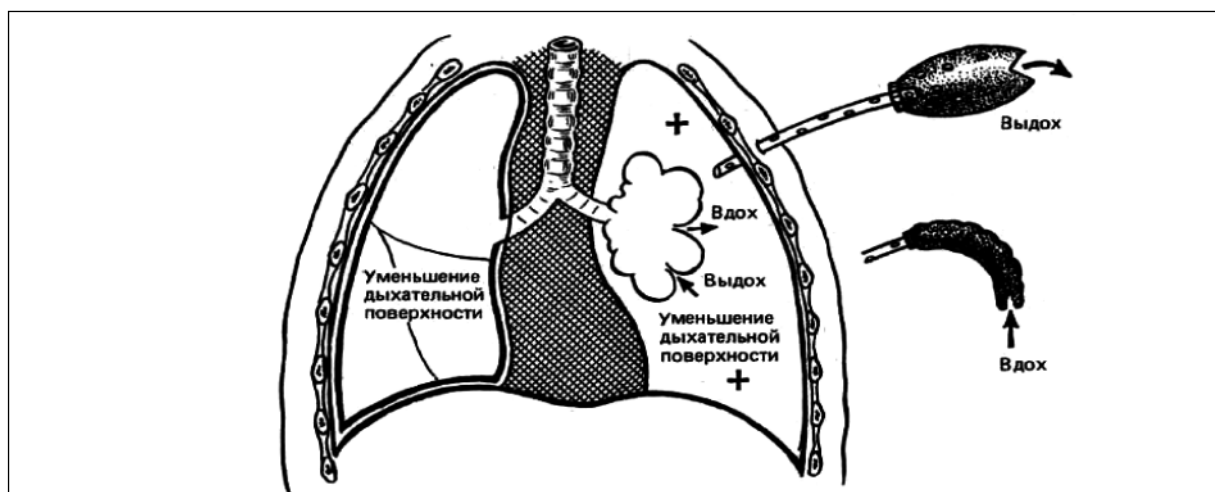


Рис. 4. Пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе

которую шприцем удаляется воздух. Удаление крови из плевральной полости при обширном гемотораксе производят с помощью плевральной пункции или дренирования плевральной полости в седьмом-восьмом межреберьях по заднеподмышечной линии.

Методика

Кожа в области второго межреберья по среднеключичной линии обрабатывается спиртом и спиртовым раствором йода. Затем область пункции тщательно обезболивается 0,5%-м раствором местного анестетика. В области введения троакара скальпелем надсекается кожа, и через кожный разрез троакар вводится в плевральную полость. Затем после извлечения стилета через троакар вводится резиновая или пластиковая трубка диаметром 8 мм. Ее фиксируют к коже швом, а свободный конец дренажа погружают в сосуд с раствором фурацилина, который подвешив-

вается к носилкам ниже уровня тела пострадавшего. В противном случае жидкость может (по закону сообщающихся сосудов) затекать в плевральную полость. Дренаж должен быть прикреплен к флакону. Допустимо пункцию плевральной полости осуществить с помощью системы для переливания растворов с предварительно отрезанным фильтром.

Пункция перикарда

Показание: тампонада сердца, ведущая к расширению полости перикарда, затруднению работы и остановке сердца.

Необходимо как можно раньше провести пункцию перикарда, тем самым уменьшить давление в перикарде и облегчить работу сердечной мышцы.

Под местной анестезией игла со шприцем вкалывается в угол, образованный седьмым реберным хрящом и мечевидным отростком грудины, и продвигается под углом 30° до

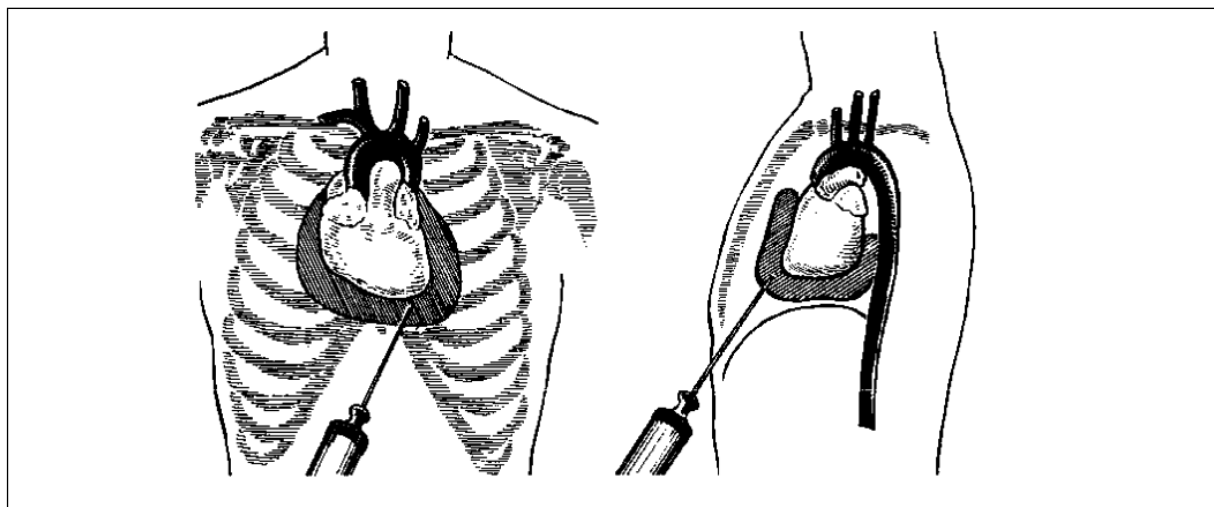


Рис. 5. Пункция перикарда при тампонаде сердца

ощущения «провала», после чего из перикарда удаляется кровь (рис. 5). Если не удается свободно удалить кровь, а игла забивается сгустками, то полость перикарда пунктируют тонким троакаром и через его просвет проводят катетер или тонкую трубочку, через которые легче выполнить эвакуацию крови и сгустков.

Способы ввелаия лекарственных средств при неотложных состояниях

При применении лекарственных средств в неотложных случаях важно выбрать оптимальный путь их введения, который зависит как от свойств назначаемых препаратов, так и от состояния больного.

Сублингвальное назначение препаратов удобно для оказания неотложной помощи, так как легко выполнимо и не требует затрат времени. По сравнению с введением лекарственных веществ внутривенно, при сублингвальном приеме уменьшается риск возникновения побочных реакций, а по сравнению с приемом внутрь — обеспечивается более быстрая абсорбция и большая концентрация препаратов в крови, так как они не разрушаются в печени и в желудочно-кишечном тракте, а также не связываются пищей. В особо острых случаях некоторые препараты (нитроспрей) следует сразу применять сублингвально или в виде орошения слизистой оболочки полости рта либо носа.

Для получения максимально быстрого и полного эффекта препараты вводят внутривенно струйно. При нестабильном состоянии больного применяют внутривенный капельный способ введения, который не только является хорошо управляемым, но и позволяет сохранить доступ к вене на необходимое время. Хорошо контролируемым является и повторное (дробное) струйное внутривенное введение лекарственных средств в малых дозах. Для многократных или длительных внутривенных вливаний производят чрезкожную катетеризацию периферических вен.

При проведении реанимационных мероприятий лекарственные средства вводят внутривенно, толчком (болюсом).

Если произведена интубация трахеи, то такие препараты, как адреналин, лидокаин, атропин, эффективно и безопасно вводить в эндотрахеальную трубку. Эндотрахеально указанные лекарственные средства можно

ввести и проколов тонкой иглой перстневидно-щитовидную мембрану. В любом случае препараты назначают в дозах, превышающих таковые для внутривенного вливания в 2 раза, в 10 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида (П. Сафар, 1984).

Если периферические вены не пальпируются, а интубация трахеи не произведена, то следует попытаться пунктировать наружную яремную, бедренную или любую центральную вену. В самых крайних случаях препараты вводят внутрисердечно.

ДОСТУП К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ВЕНАМ

ОГОВОРКА: каждый специалист вправе пользоваться наиболее освоенным и безопасным способом доступа к центральным венам по своему усмотрению. Рекомендуемыми доступами являются таковые к яремным венам.

НАРУЖНАЯ ЯРЕМНАЯ ВЕНА

Доступ к наружной яремной вене несложен, так как она расположена прямо под кожей (рис. 6).

Преимущества

1. Нет риска пневмоторакса.
2. Кровотечения легко контролируются.

Основной недостаток — трудности при проведении катетера.

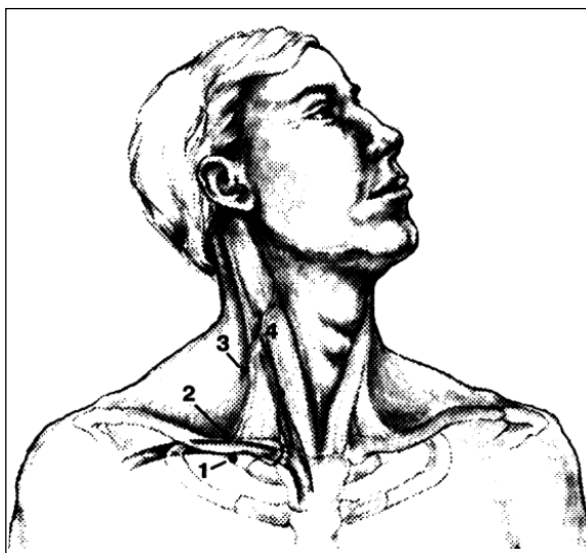


Рис. 6. Поверхностные анатомические ориентиры для чрезкожного введения катетера в подключичную (1, 2) и яремные (3, 4) вены. Круглыми метками указаны точки для пункции вен: 1 — подключичный доступ; 2 — надключичный доступ; 3 — задний доступ; 4 — передний доступ

Анатомия

Наружная яремная вена спускается по наружной поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы, пересекая ее наискось книзу и кзади. Затем вена проходит за указанной мышцей и грудино-ключичным сочленением и соединяется с подключичной веной под острым углом. Острый угол этого соединения — основное препятствие при проведении катетера из наружной яремной вены.

Техника введения катетера

Для катетеризации наружной яремной вены уложите больного на спину, повернув его голову противоположную месту пункции сторону и найдите набухающую вену. Для достаточного набухания вены иногда требуется придать больному положение Тренделенбурга. Однако примерно у 15 % больных даже после этой манипуляции обнаружить ее не удастся.

Наружная яремная вена слабо фиксирована соседними тканями, поэтому она будет отодвигаться от иглы. Во время введения иглы вену можно фиксировать между большим и указательным пальцами левой руки сразу над ключицей. Скос иглы должен быть направлен кверху, а сама игла — по ходу сосуда. Катетер вводят по оси сосуда. Если при введении катетера возникают затруднения, то не следует прилагать значительного усилия, поскольку это может привести к перфорации вены в месте ее соединения с подключичной веной.

Комментарий

Трудности при проведении катетера по наружной яремной вене ограничивают использование этого доступа. Обычное показание — тяжелая коагулопатия. Эта манипуляция может вызывать нарушения подвижности шеи и плохо переносится больными, находящимися в сознании.

ВНУТРЕННЯЯ ЯРЕМНАЯ ВЕНА

Внутреннюю яремную вену можно катетеризировать у основания шеи недалеко от места ее слияния с подключичной веной позади грудиноключичного сочленения.

Преимущество

Минимальный риск пневмоторакса. В основном применяют у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких.

Недостаток

Высокий риск пункции сонной артерии. В связи с этим катетеризацию внутренней яремной вены не рекомендуют при числе тромбоцитов менее 50 10⁹ л или увеличении протромбинового времени на 3 с выше нормы.

Анатомия

Поверхностные анатомические ориентиры для доступа к внутренней яремной вене показаны на *рис. 6*. Вена проходит вниз по шее под грудино-ключично-сосцевидной мышцей. Она идет косо относительно мышцы, начинаясь в области медиального края верхушки мышцы на шее и заканчиваясь в латеральных отделах мышцы (место прикрепления латеральной головки мышцы к груди-не) у основания шеи. Когда голова повернута в противоположную сторону, вена проходит прямо по линии, соединяющей ушную раковину с грудино-ключичным сочленением. Вена лежит в каротидном влагалище латеральнее блуждающего нерва и сонной артерии.

Техника введения катетера

Для катетеризации правой внутренней яремной вены (ВЯВ) задним и центральным доступом, по методике Сельдингера вам понадобится набор, состоящий из иглы калибра 18G, проводника с J-образным концом, дилататора, центрального венозного катетера. В рассмотренной последовательности вы увидите несколько способов пункции внутренней яремной вены справа (также возможна пункция ВЯВ слева, однако, этот доступ используется относительно редко, поскольку из него достаточно трудно провести катетер в верхнюю полую вену; кроме того, существует риск повреждения лимфатического протока и больше вероятность пневмоторакса, так как купол левого легкого стоит выше). При катетеризации вены у пациента в сознании также необходим набор для проведения местной анестезии. При слабой выраженности ориентиров следует использовать методику поисковой пункции с помощью иглы для внутримышечных инъекций.

В приведенном примере ориентиры выражены хорошо и поисковая пункция не применялась. Перед началом манипуляций необходимо развернуть голову в сторону, противоположную стороне пункции, и слегка разогнуть шейный отдел позвоночника, пациенту (если позволяет гемодинамика) рекомендуется придать положение Тренделенбурга для увеличения наполнения

центральных вен. Далее выполняется обработка места пункции антисептиком, врач выполняет это в стерильных перчатках и желательно в стерильном халате (особенно если планируется несколько пункций и установка катетера Swan-Ganz) для предотвращения расстерилизации компонентов пункционного набора.

Золотое правило при любой катетеризации — вам должно быть удобно, все необходимое должно быть под рукой с доминантной стороны. Не забудьте расположить стол на подходящей под ваш рост высоте, чтобы вам не пришлось принимать причудливые позы, вызывающие пронзительную ноющую боль в спине.



1. На фото показаны основные ориентиры, используемые для выбора точки пункции — кивательная мышца, ее грудинная и ключичная ножки, наружная яремная вена, ключица и яремная вырезка. Показаны наиболее часто применяемые точки пункции: 1 — передний доступ; 2 — центральный доступ; 3 — задний доступ; 4 — надключичный доступ. Возможны различные вариации, например, пункцию в точке, лежащей между точками 2 и 4, некото-

рые руководства именуют центральным нижним доступом и т. п.

2. Запомните, если вам удалось четко нащупать пульсацию сонной артерии на стороне пункции и даже получается сместить ее пальцем в медиальном направлении, это не гарантирует успешной пункции вены, но спасет вас от пункции сонной артерии практически в 100% случаев. Вспомните, как проходит ВЯВ по отношению к сонной артерии после выхода из полости черепа. В верхней трети позади артерии, в средней трети латерально, в нижней трети переходит вперед, соединяясь с ипсилатеральной подключичной веной приблизительно на уровне переднего отрезка первого ребра.



Пункция вены из заднего доступа (или латерального) осуществляется из точки вкола, расположенной в месте пересечения наружной яремной вены и латерального края кивательной мышцы. Если наружная яремная вена не выражена, можно ориентироваться на верхний край щитовидного хряща. Игла проводится под мышцу в направлении яремной вырезки, в шприце поддерживается разрежение. Вена пунктируется на глубине от 2 до 5 см. Если в избранном направлении не получилось пунктировать вену, можно изменить

угол атаки как в более краниальном, так и в каудальном направлении. Соображения безопасности требуют осторожности; при повторных попытках пункции старайтесь контролировать положение сонной артерии, используйте методику поисковой пункции иглой меньшего калибра.



мо заранее привести в рабочее положение и расположить в пределах досягаемости, так чтобы вам не пришлось картинно изгибаться в попытке достать его, при этом вы наверняка обнаружите, что игла вышла из вены, так как вы утратили контроль над иглой.



3. В данном примере направление проведения иглы было изменено в более каудальную сторону, однако игла все равно направляется под кивательной мышцей. После получения крови в шприце оцените ее цвет (при большом объеме раствора в шприце или при наличии местных анестетиков в растворе кровь может показаться алой из-за разведения или взаимодействия с местным анестетиком). Попробуйте ввести кровь обратно, оценивая сопротивление — тем самым вы вернете больному несколько миллилитров теплой крови и сможете заподозрить пункцию артерии при значительном сопротивлении.

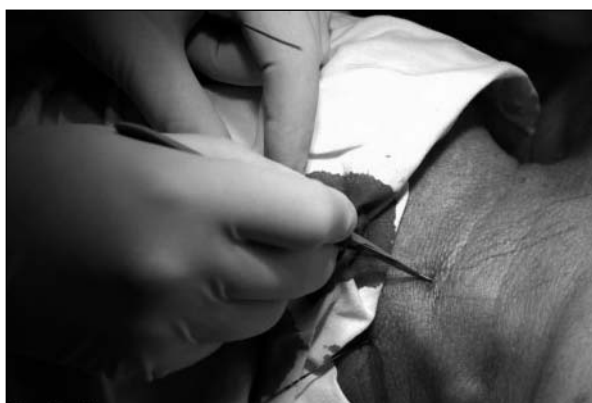
4. Аккуратно отсоедините шприц от иглы. Для того чтобы рука, удерживающая пункционную иглу, не дрожала, пока вы кладете шприц на столик и берете J-образный проводник, старайтесь опираться кистью на пациента. Проводник необходи-

5. Проводник при введении не должен встречать значительного сопротивления: иногда можно ощущать характерное трение рифленной поверхности проводника о край среза иглы, если он выходит под большим углом. При ощущении сопротивления не пробуйте вытаскивать проводник, можно попытаться поворачивать его и если он упирается в стенку вены, то возможно соскользнет дальше. При выведении проводника обратно он может зацепиться оплеткой за край среза и в лучшем случае «разлохматиться», в худшем варианте — проводник срежется, и вы получите проблемы, несоизмеримые с удобством проверить положение иглы не вынимая ее, а удалив проводник. Таким образом, при сопротивлении удалите иглу с проводником и попробуйте еще раз, уже зная, где проходит вена. Если повторная попытка заканчивается тем же, можно перевернуть провод-

ник и попытаться ввести его в иглу прямым концом. При неудаче измените точку пункции. После успешного проведения проводника на расстояние не более 20 см (во избежание провокации предсердных аритмий) удалите иглу, придерживая проводник.



градусов в направлении ипсилатерального соска. При отсутствии вены в этом направлении можно попробовать слегка изменить направление в медиальную или латеральную сторону. Помните, что обычно вена находится на глубине 1–3 см, у субтильных пациентов может лежать практически под кожей.



6. В данном примере осуществляется двойная пункция внутренней яремной вены, поскольку практически на любую операцию с искусственным кровообращением мы ставим интродьюсер и дополнительный катетер. Внутренняя яремная вена используется в связи с тем, что легко доступна пункции, компрессионному гемостазу и по ряду других причин. Подключичная вена из подключичного доступа практически не пунктируется, так как катетер часто зажимается между ребром и ключицей при ретракции грудины. В связи с установкой двух катетеров первый проводник оставляем на месте для предотвращения срезывания или повреждения катетера иглой при пункции и используем его как дополнительный ориентир, указывающий на положение вены.

7. Точка пункции из центрального доступа — классическая, т. е. угол, образованный грудинной и ключичной ножками кивательной мышцы. Игла проводится под углом 30–40



8. Аккуратно отсоединив иглу, контролируйте ее положение, кладя шприц на столик и беря проводник. Заведите проводник в вену не более, чем на 20 см, соблюдая вышеописанные правила.

9. Придерживая проводник, удалите иглу. Теперь получилась симпатичная картинка — две струны торчат из шеи человека.

Можно приступать к последовательному введению катетера и интродьюсера.

10. Для установки интродьюсера необходимо ввести в его просвет дилататор: если боковой отвод интегрирован в корпус интродьюсера, на него стоит надеть трехходовой краник, чтобы не потерять кровь после удаления дилататора. Все эти манипуляции проводятся заранее на манипуляционном столике. Перед введением системы интродьюсер-дилататор необходимо рассечь кожу и подлежащую клетчатку скальпелем в точке входа в кожу проводника, в направлении его дальнейшего прохождения. Глубина рассечения зависит от расстояния, на котором вы вошли в вену; если это случилось непосредственно под кожей, скальпелем следует лишь рассечь кожу на достаточном для проведения интродьюсера протяжении. Приложите все усилия, чтобы не рассечь вену.

11. По проводнику вводится система интродьюсер-дилататор. Старайтесь брать катетер пальцами ближе к коже, чтобы избежать перегиба проводника и дополнительной травмы тканей, а то и вены. Нет необходимости вводить жесткий дилататор с интродьюсером до упора: после попадания дистального конца интродьюсера в вену он легко соскользнет дальше без дилататора, а вы удалив последний, избавите себя от риска порвать вену. Помните, что следует одновременно удалять и проводник, и дилататор, после чего интродьюсер герметизируется гемостатическим клапаном.

12. Удаление дилататора и проводника.

13. Положение интродьюсера верифицируется аспирацией венозной крови. Интродьюсер промывается раствором натрия хлорида. Фиксируется к коже лигатурой. Рекомендуем делать петлю вокруг самого интродьюсера и вторую петлю набрасывать на боковой отвод для лучшей его фиксации по оси. Второй проводник используется для введения дополнительного катетера, но об этом упоминается в других разделах.

Комментарий

Недостатки доступа к внутренней яремной вене преобладают над единственным преимуществом — малым риском пневмоторакса. Пункция сонной артерии происходит в 2–10% всех венепункций и может

иметь тяжелые последствия. Больные часто жалуются на ограниченную подвижность шеи, связанную с катетеризацией внутренней яремной вены. У возбужденных пациентов часто происходит патологическое сгибание шеи с последующим развитием тромбоза. У больных с трахеостомами место введения катетера находится рядом с трахеостомой и может быть не защищенным от инфицированного отделяемого из последней.

Подготовка к катетеризации

Официальные рекомендации центров по контролю заболеваемости, касающиеся правильного введения внутривенных катетеров:

А. Подготовка персонала

1. Обязательная обработка рук: достаточно мыть с мылом.

2. Стерильные перчатки обязательны при выполнении всех видов катетеризаций, кроме введения катетера в периферические вены.

3. Шапочка, халат и маска не обязательны, так как их положительное значение не доказано.

Б. Обработка кожи

1. Обезжиривание (например, ацетоном) не обязательно.

2. Удаление волос не обязательно, но если оно проводится, то для уменьшения риска травмы и инфицирования кожи следует пользоваться депилятором (по возможности), а не бритвой.

3. Обработка кожи раствором йода спиртовым (1–2%) с последующим применением 70% спирта этилового так же эффективна, как и использование йодофоров — йодовидона или сульйодопирона.

4. Кожу начинают очищать с предполагаемого места катетеризации и обрабатывают ее по направлению от места катетеризации круговыми движениями.

5. Антисептик должен оставаться в соприкосновении с кожей не менее 30 с.

В. Положение больного

Больных с самостоятельным дыханием укладывают на спину горизонтально или с опущенным на 15° головным концом. Это способствует увеличению наполнения вен шеи и сводит к минимуму риск воздушной эмболии. У больных с острой сердечной недостаточностью, находящихся на искусственной вентиляции легких, допустимо положение полуположа.

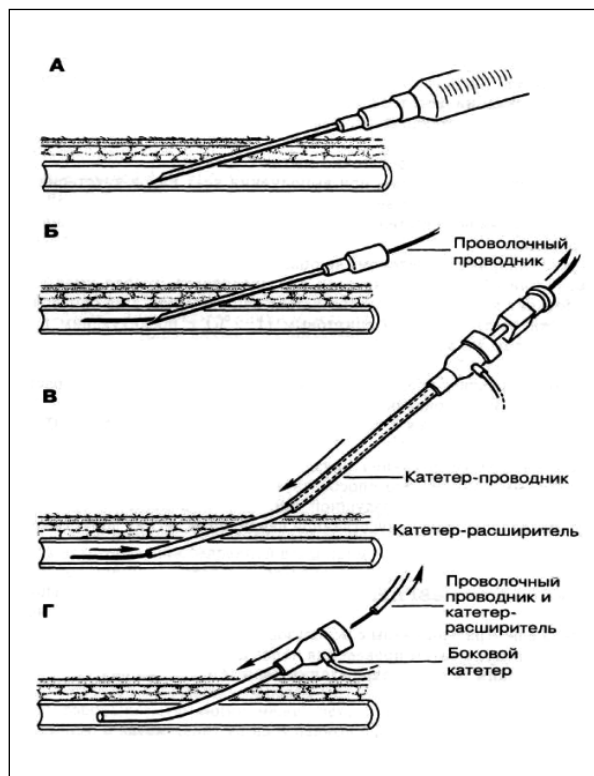


Рис. 7. Последовательность манипуляций при введении венозного катетера по методу Сельдингера (катетер через проводник)

Метод Сельдингера

Методом выбора при катетеризации центральных вен является метод Сельдингера, или «катетер через проводник». Основное преимущество — ограничение травматизации сосудов и подлежащих структур в процессе введения катетера. Тонкую иглу (обычно № 20) вводят в вену, затем снимают шприц и в просвет иглы вводят тонкий проволочный проводник с гибким наконечником (так называемый J-проводник). На следующем этапе иглу вынимают из вены, а проводник используют для введения катетера в просвет сосуда. На рис. 7 представлена система, состоящая из катетера-проводника, который надет на катетер-расширитель. Эту систему катетеров вводят по проводнику до попадания в просвет сосуда. Далее проводник удаляют, а катетеры оставляют.

Метод Сельдингера имеет следующие преимущества. Во-первых, тонкая игла вызывает минимальное повреждение сосуда и прилежащих структур; это особенно важно при случайной пункции артерии. Во-вторых, введение катетера по проводнику гарантирует, что пункционное отверстие в

стенке сосуда будет не больше диаметра катетера, а возможность кровотечения из места пункции будет минимальной.

Воздушная эмболия

Наиболее опасное осложнение при введении катетера в вену — воздушная эмболия. Она возникает вследствие попадания воздуха в центральную вену через открытую систему катетеров. Это происходит, когда внутригрудное давление отрицательно по отношению к атмосферному (т. е. в процессе обычного вдоха), а система катетеров открыта для комнатного воздуха. Попавший в центральную вену воздух проходит через правую половину сердца, вызывает нарушения легочного кровообращения и симптомы острой правожелудочковой недостаточности. Даже при незначительной разнице между внутригрудным и атмосферным давлением может быстро наступить летальный исход.

Градиент давления 4 мм рт. ст. в катетере № 14 способствует попаданию 90 мл воздуха в 1 с, что вызывает воздушную эмболию и смерть в течение 1 с.

Профилактика

Основной метод борьбы с воздушной эмболией — профилактика, так как, несмотря на лечебные мероприятия, летальность при воздушной эмболии достигает 50%. Давление в центральных венах во время катетеризации повышают, придавая больному положение Тренделенбурга с опусканием головного конца на 15° ниже горизонтального уровня. При смене присоединений к катетеру можно временно повысить внутригрудное давление, если больного попросить громко сказать «гм». Это позволяет не только повысить внутригрудное давление, но и определить момент, когда происходит подъем давления.

Клинические проявления

Воздушная эмболия обычно проявляется остро возникающей одышкой во время манипуляций. Быстро развивается артериальная гипотензия и происходит остановка сердца. У больного также могут возникнуть нарушения мозгового кровообращения с развитием острого инсульта. Часто, но не всегда, над правым отделом сердца можно выслушать классический шум «мельничных жерновов».

Лечение

Неотложные мероприятия — поворот больного на левый бок и аспирация через катетер крови и воздуха из вены. При необходимости вводят иглу через грудную стенку непосредственно в правый желудочек и аспирируют максимально возможное количество воздуха. К сожалению, это малоэффективно при массивной воздушной эмболии, и летальность в таких случаях даже при применении указанных лечебных мероприятий не снижается.

Введения лекарственных препаратов внутрисердечно следует всячески избегать! В безвыходной ситуации внутрисердечные инъекции производят в четвертом-пятом межреберье у левого края грудины длинной тонкой иглой, до получения свободной аспирации крови. Важно следить за тем, чтобы игла попала в полость желудочка, так как введение препаратов в миокард может вызвать в нем необратимые изменения.

Подкожные и внутримышечные инъекции при оказании неотложной помощи, в основном, применяют для закрепления полученного эффекта, поддерживающей терапии или профилактики осложнений. В этих случаях труднее контролировать действие лекарственных веществ. Эффект развивается медленнее, наступает позже, но сохраняется дольше, чем при внутривенном введении препаратов.

Во всех случаях, когда позволяет состояние больного, лекарственные препараты, с учетом их фармакокинетики, назначают внутрь, что наиболее физиологично и безопасно.

В заключение, необходимо подчеркнуть, что результаты интенсивной терапии больше

зависят от ее своевременного начала и выбора правильной тактики, чем от наличия сложной лечебно-диагностической аппаратуры и «незаменимых» лекарственных препаратов. Специализированная скорая медицинская помощь должна быть максимально ранней и минимально агрессивной.

Литература

1. Багненко С.Ф., Вёрткин А.Л., Мирошниченко А.Г., Хубутия М.Ш. Руководство по скорой медицинской помощи. М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007.
2. Вёрткин А.Л. Скорая медицинская помощь. М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2003.
3. Зильбер А.П. Медицина критических состояний. Петрозаводск, 1995.
4. Зильбер А. П. Актуальные проблемы медицины критических состояний. Метод Сельдингера. Петрозаводск, 1994.
5. Мирошниченко А.Г., Михайлович В.А. Стандарты оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. СПб., 2000.
6. Михайлович В.А., Мирошниченко А.Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. СПб., 2001.
7. Киркутис А.А., Римша Э.Д. Методика применения чреспищеводной электростимуляции сердца. Каунас, 1990.
8. Руксин В.В. Неотложная кардиология. М., 2000.
9. Чазов Е.И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. М., 1988.
10. Чазов Е.И. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. М., 1975.
11. К. Гроер, Д. Кавалларо. Сердечно-легочная реанимация. М., 1996.

НОВОСТИ

Новые методы диагностики определяют риск инфаркта и инсульта

Ученые сообщили об испытании новой методики PROSPECT, позволяющей выявить опасные тромбы и атеросклеротические бляшки, которые могут вызывать сердечный приступ или инсульт.

В Медицинском центре Колумбии проводилось исследование 700 пациентов с острыми коронарными синдромами. Они прошли вазографию, УЗИ и виртуальную гистологию для определения тромбов, способных нанести вред здоровью.

Оказалось, что наиболее опасные бляшки не находятся в областях умеренного поражения. Важную роль играет размер бляшки и узость сосуда.

Впервые ученые исследовали состав бляшки (с виртуальной гистологией) для предсказания риска сердечного приступа или инсульта.

medstream.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЕТОРОЛАКА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ ПРИ ТРАВМЕ

А.Л. Вёрткин, А.В. Наумов, М.М. Шамуилова, П.С. Семенов, Э.Ю. Коцелапова
Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и СМП ГОУ ВПО МГМСУ

EFFICIENCY OF KETORALAK IN ACUTE PAIN MANAGEMENT OF TRAUMA

A.L. Vertkin, A.V. Naumov, M.M. Shamuilova, P.S. Semenov, A.U. Kotselapova

Резюме

Острый болевой синдром или усиление хронической боли при воспалительных заболеваниях суставов, дегенеративных заболеваниях позвоночника, невралгии, миалгии, травме, заболеваниях легких, почек и т. д. остается одной из наиболее частых причин обращения больных за медицинской помощью как в России, так и во всем мире. При анализе всех случаев обращений в 21 103 отделения неотложной терапии за 1999 год, проведенном McLean S.A. и соавт. (2002), оказалось, что из 14,5 млн пациентов, доставленных в стационар по экстренным показаниям 2 млн (14%) жаловались на умеренную и 2,9 млн (20%) — на выраженную боль. В более поздних сообщениях Cordell W.H. и соавт., (2002) приводят данные о том, что в 52% случаев боль является причиной обращения пациентов за неотложной медицинской помощью. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (НПОСМП), за последние 3 года количество вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) в России по поводу острых и хронических болевых синдромов увеличилось в 1,5–2 раза.

Ключевые слова: КЕТОРОЛАК, купирование болевого синдрома, травма.

Resume

An acute pain syndrome and strengthening of chronic pain in patients with joint inflammation, degenerative diseases of spine, neuralgia, myalgia, trauma, lung disease, kidneys remains one of the major causes of patients seeking medical advice in the world. However, intensive pain has certain fea-

tures. The most significant example of intensive pain is pain syndrome in patients with traumatic damages. It is known, that trauma evokes a shock — a complication accompanying trauma.

These pathogenetic aspects of pain syndrome in patients with traumatic damage also define a choice of an anaesthetising drug. A powerful blockade of prostaglandin synthesis in place of damage is necessary for an effective acute pain management. Ketorolak renders most effective blockade of prostaglandins in tissues. Through numerous studies, it has been shown that ketorolak has a high anaesthetising efficiency.

Keywords: ketorolak, acute pain management, trauma.

В то же время, согласно литературным данным, обезболивание проводится не всем пациентам, которые в нем нуждаются. Wilson J.E. и Pendleton J.M. (1989), проведя ретроспективное исследование 198 историй болезни пациентов, требующих неотложной помощи в связи с острой болью, обнаружили, что только 44% больных получили обезболивание в отделении неотложной терапии. Из них 62% ждали обезболивания больше 1 ч, а 32% получили анальгетики в недостаточных дозах (Wilson J.E., Pendleton J.M., 1989). Болеутоляющие средства в отделении неотложной терапии были использованы только у 66% случаев у пожилых пациентов с переломами длинных костей и у 80% лиц молодого возраста (Jones J.S. et al., 1996). По данным McLean S.A. и соавт., (2002) у пациентов, обращающихся в отделение неотложной терапии с жалобами на боль, анальгетики применялись только в 21% случаев.

В то же время, применение анальгетиков в urgentных ситуациях не всегда оказывается эффективным. Причинами этого могут быть использование малоэффективных лекарственных средств, стандартные, но устаревшие схемы их применения, повышение устойчивости пациента к лечению обезболивающими средствами, высокая вероятность развития побочных эффектов, ограничивающая их применение (Жуков А.Е. и соавт., 2002).

Эффективная и безопасная обезболивающая терапия на догоспитальном этапе подразумевает выбор препарата с высокой обезболивающим эффектом, быстрым его наступлением и невысоким риском развития нежелательных явлений.

Помимо ноцицепции боль характеризуется еще ее ощущением, которое является психологическим состоянием пациента; страданием, которое обычно проявляется тревогой и болевым поведением выражающееся соответствующей мимикой, беспокойным состоянием, стремлением уединиться или быть в компании и др.

Однако определенные особенности имеет интенсивная боль. Наиболее значимым примером интенсивной боли является болевой синдром при травматических повреждениях. Известно, что именно при травмах, болевой синдром может осложняться шоком.

Боль травматического генеза характеризуется рядом особенностей:

- Пролонгация боли повышает риск травматического шока
- Пролонгация боли повышает степень и интенсивность кровопотери
- Боль при травме, практически, является самой интенсивной, в сравнении с болями другой этиологии
- Лечение болевого синдрома является первоочередной задачей при оказании медицинской помощи пациенту с травмой
- При лечении болевого синдрома у пациентов с травмой должен быть использован арсенал самых мощных обезболивающих препаратов
- Пациенту с травмой не возможно оказывать хирургические, ортопедические и др. пособия без адекватного купирования боли
- Повреждение проводящих путей ЦНС при травматических болях происходит быстрее, чем при других болевых синдромах, соответственно, и механизмы хронизации боли запускаются более активно

- Смертность от травм занимает 2-е место в структуре смертности населения — и не только в связи с органическим повреждением тканей, но и в связи с обострением хронических не инфекционных заболеваний (в т. ч. и ССЗ)

Боль при травмах сухожилий, связок, мышц и костей обусловлена прежде всего стимуляцией так называемых «молчащих» рецепторных комплексов (ноцицепторов), расположенных в коже, подкожной клетчатке, надкостнице и мышцах. Активизация этих комплексов происходит под влиянием различных медиаторов (простагландинов, интерлейкина-1, фактора некроза опухоли-альфа, брадикинина, гистамина и др.). Медиаторы, высвобождение которых связано с развитием местного воспалительного процесса в околосуставных тканях, стимулируют ноцицепторы, результатом чего становится длительная интенсивная боль. Кроме того, импульсы от ноцицепторов, воздействуя на двигательные нейроны спинного мозга, вызывают спазм мышц, приводя к локальной ишемии, еще больше усиливая ноцицептивную импульсацию. По проводящим путям спинного мозга импульсы от ноцицепторов передаются в ЦНС, формируя порочный круг возникновения боли при хроническом воспалении.

Эти патогенетические аспекты болевого синдрома при травматическом повреждении и определяют выбор обезболивающего препарата. Понятно, что для купирования болевого синдрома необходима мощная блокада синтеза простагландинов в месте повреждения.

Наиболее мощную блокаду синтеза простагландинов в тканях оказывает **кеторолак** (Кеторол).

Кеторолак продемонстрировал высокую обезболивающую эффективность в целом ряде исследований (Barber F.A., Gladu D.E., 1998, McGuire D.A. et al., 1993, Larkin G.L. et al., 1999, Ebersson C.P. et al., 1999, Perez-Urizar J. et al., 2000). В Северной Америке, Великобритании, некоторых других европейских странах и Гонконге кеторолак является единственным нестероидным противовоспалительным средством, используемым для лечения болевого синдрома в виде быстрого внутривенного введения. Показано, что при внутримышечном введении 30 мг препарата оказывают действие, сопоставимое с эффектом 10–12 мг морфина или 50 мг мепередина

(Brown CR et al., 1990, Dula D.J. et al., 2001, Henderson S.O. et al., 2002, Kenny C.N.C., 1990). Преимуществом кеторолака по сравнению с наркотическими анальгетиками является отсутствие влияния на функцию дыхания, седативного и психомоторного действия. Так, при послеоперационной боли кеторолак оказался в некоторых случаях даже эффективнее морфина и меперидина (McGuire D.A. et al., 1993), а такие побочные эффекты как тошнота и рвота встречались реже. По данным Barber F.A., Gladu D.E. (1998), кеторолак при внутримышечном введении по эффективности сравним кодеином, но реже вызывает явления диспепсии. Аналогичные результаты получены и в ряде других исследований (Eberon C.P. et al., 1999, Lih-Lai M.W. et al., 1999).

По сравнению с другими нестероидными противовоспалительными средствами, кеторолак по-видимому, оказывает более выраженное обезболивающее действие (Swadia V.N., Shah M.B., 1999). По данным Kostamovaara P.A. и соавт. (1998), применение кеторолака (30 мг в/в) у послеоперационных больных снижало потребность в дополнительном назначении наркотических анальгетиков больше, чем использование диклофенака или кетопрофена.

Молекула кеторолака (Кеторол) имеет ряд преимуществ, влияющих на степень анальгетической активности препарата:

- Маленький размер молекулы — легче проникать в гидрофобный канал ЦОГ — 2
- Степень ионизации (маленькая) — не прилипает к другим веществам на пути к цели (простагландинам)
- Высокая биодоступность

- Эффективен у большинства пациентов (низкий процент чувствительности к полиморфизму цитохрома P450)

Кеторолак считается препаратом выбора для купирования интенсивной боли, особенно при травме.

В нашем исследовании, проведенном на этапе оказания скорой медицинской помощи, мы сравнили эффективность диклофенака натрия и кеторолака (Кеторол, Д-р Реддис). В 1 группу (Диклофенак) было включено 153 пациента (71 мужчина и 82 женщины), во 2 (кеторолак) — 318 пациентов (164 мужчины и 154 женщины). Средний возраст пациентов 1 группы составил 54,17±1,1 года, 2 — 51,68±0,9 год. Из 28 (18,3%) пациентов 1 группы и 97 (30,5%) во 2, генез боли был связан с травматическим повреждением.

Интенсивность болевого синдрома и эффективность проводимой терапии оценивались несколькими способами:

А. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Больной отмечал уровень выраженности болевого синдрома на 100 мм шкале, где «0» — отсутствие боли, «100» — макс. боль до и через 20 мин после введения препарата (рис. 1).

Б. Шкала облегчения боли. Через 20 мин после введения препарата пациенту задавали вопрос: «Уменьшилась ли интенсивность боли у Вас после введения препарата, по сравнению с болью до введения препарата?». Возможные варианты ответа оценивали в баллах: 0 — боль несколько не уменьшилась, 1 — немного уменьшилась, 2 — уменьшилась, 3 — сильно уменьшилась, 4 — исчезла полностью.

В. Оценивали время наступления отчетливого обезболивающего эффекта.

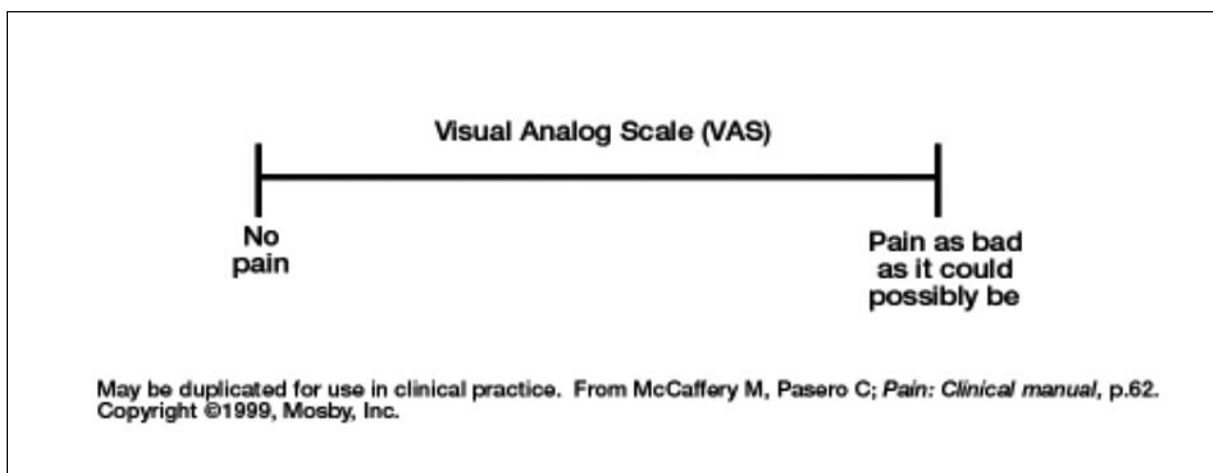


Рис. 1

Таблица 1

Эффективность обезболивающих средств при травме

Показатель	Эффективность лечения	
	Диклофенак n=28	Кеторолак n=97
ВАШ: динамика боли	60,0±4,6	77,8±1,9
Нет эффекта	1 (3,7%)	0
Немного уменьшилась	10 (35,7%)	6 (6,2%)
Уменьшилась	8 (28,6%)	23 (23,8%)
Сильно уменьшилась	9 (32,1%)	53 (54,7%)
Исчезла	0	15 (15,4%)
Средний балл (M±m)	2,17±0,21	2,7±0,08
Среднее время обезболивания (M±m, мин)	20,6±0,9	13,1±0,6

Таблица 2

Фармакоэкономический анализ применения различных обезболивающих средств на догоспитальном этапе

Показатель	Диклофенак, n=153	Кеторолак, n=318
Количество единиц лекарства	1 амп. (3 мл, 75 мг)	1 амп. (1 мл, 30 мг)
Стоимость единицы лекарства, руб.	36,36	10,86
Количество повторных вызовов	9	11
Стоимость повторных вызовов, руб.	7200	8800
Общая стоимость лечения, руб.	12763,08	12253,48
Средние затраты на одного пациента (С), руб.	83,42	38,53
Эффективность (Ef)*	69,9%	82,4%
Затраты на единицу эффективности (СЕА=C/Ef), руб.	1,19	0,46

Примечания: * — критерий эффективности лечения — уменьшение интенсивности болевого синдрома не менее, чем на 50%.

Учитывали также сопутствующие заболевания, лекарственная терапия до вызова бригады СМП. В течение последующих 3 суток врач СМП по телефону узнавал самочувствие боль-

ного, регистрировал рецидивы боли, нежелательные явления и повторные вызовы СМП.

Полученные результаты представлены в табл. 1.

Как видно из *табл. 1*, после внутримышечного введения диклофенака разница интенсивности боли, оцененная с помощью визуально-аналоговой шкалы, составила $60,0 \pm 4,6$. При оценке эффективности обезболивания с помощью шкалы облегчения боли на фоне терапии диклофенаком отсутствие эффекта отмечено в 3,7% случаев, боль немного уменьшилась в 35,7%, уменьшилась в 28,6%, сильно уменьшилась в 32,1% случаев. Средний балл по шкале облегчения боли составил для диклофенака $2,17 \pm 0,21$, достоверно ($P < 0,01$) уступал кеторолаку.

После инъекции диклофенака пациенты отмечали заметное уменьшение боли через $20,6 \pm 0,9$ мин, по скорости наступления отчетливого обезболивающего эффекта диклофенак достоверно уступал ($P < 0,01$) кеторолаку.

После внутримышечного введения кеторолака разница интенсивности боли до и после лечения, оцененная с помощью визуально-аналоговой шкалы, составила $77,8 \pm 1,9$. При оценке эффективности обезболивания с помощью шкалы облегчения боли на фоне терапии кеторолаком боль немного уменьшилась в 6,2%, уменьшилась в 23,8%, сильно уменьшилась в 54,7% и полностью купировалась в 15,4% случаев. Заметное уменьшение боли наступало в среднем через $13,1 \pm 0,6$ мин.

Таким образом, согласно оценке динамики боли с помощью визуально-аналоговой шкалы и шкалы облегчения боли, по силе обезболивающего действия а также по скорости его наступления кеторолак был эффективнее диклофенака.

Фармакоэкономический анализ был проведен на общее число пациентов, включенных в исследование. Как видно из данных, представленных в *табл. 2* затраты на единицу эффективности при использовании диклофенака составили 1,19 руб., кеторолака — 0,46 руб.

Таким образом, с клинической и экономической точки зрения, применение кеторолака при травматической боли имеет значительные преимущества в сравнении с диклофенаком натрия.

Дополнительно следует отметить, что ни в одном случае применения кеторола не произошло развитие шока, не было отмечено психо-моторных нарушений.

Данные преимущества препарата еще раз подчеркивают особое место кеторола для купирования болевого синдрома при травмах.

НОВОСТИ

Милиционеров и военных обяжут оказывать первую помощь

Сотрудников российских оперативных служб обяжут оказывать первую помощь пострадавшим. Пресс-служба Минздравсоцразвития РФ сообщает, что представители ведомства внесли соответствующие поправки в законодательство на рассмотрение Госдумы.

Изменения правовой базы направлены на уточнение понятия первой помощи, а также круга лиц, которые обязаны ее оказывать. По информации Минздрава, действующее законодательство эти вопросы не раскрывает.

В соответствии с поправками, обязанность оказывать пострадавшим первую помощь закрепляется за сотрудниками органов внутренних дел, пожарной и аварийно-спасательных служб, военнослужащими. В сообщении пресс-службы Минздрава отмечается, что оказывать первую помощь будут также обязаны водители транспортных средств и другие лица.

По информации Минздравсоцразвития, лицам, оказывающим первую помощь, не потребуется медицинское образование. Им достаточно будет пройти специальную подготовку.

Директор министерского департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Ольга Кривонос заявила, что закрепление обязанности оказывать пострадавшим первую помощь за определенными лицами приведет к сокращению смертности при чрезвычайных ситуациях.

По данным Минздрава, более 300 тысяч россиян ежегодно погибают и получают ранения в результате дорожно-транспортных происшествий. Ольга Кривонос считает, что причиной этого является несвоевременное оказание первой помощи, а также ее оказание лицами, не имеющими необходимых навыков.

medportal.ru

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В Г.О. ТОЛЬЯТТИ

(В ТОМ ЧИСЛЕ НА ФЕДЕРАЛЬНОЙ ТРАССЕ М-5)

О.В. Савельев, С.Ю. Хабибулин

МУЗ Городская станция скорой медицинской помощи г.о. Тольятти

(главный врач — О.В. Савельев)

RENDERING OF EMERGENCY AID TO VICTIMS OF ROAD ACCIDENTS IN THE CITY OF TOLYATTI

(AS WELL AS ON FEDERAL ROUTE M-5)

O.V. Savelyev, S.U. Habibulin



Савельев О.В.

Резюме

В статье приводится отчет об оказании скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в г.о. Тольятти (в том числе на

или иного муниципального образования. Важным является наличие автомагистралей, проходящих вблизи городского поселения, или через него. Но, наверное, определить должна быть система



Хабибулин С.Ю.

федеральной трассе М-5).

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, дорожно-транспортные происшествия.

Summary

Article presents an account on rendering of emergency aid to victims of road accident in the city of Tolyatti (as well as on federal route M-5).

Key words: emergency medical aid, road accidents.

Актуальность проблемы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) на догоспитальном этапе очевидна и во многом зависит от уровня организации работы службы скорой медицинской помощи (СМП) того

преемственных взаимоотношений между догоспитальным этапом оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП и многопрофильными стационарами, имеющими в своем составе травматологические, реанимационные, хирургические, нейрохирургические и другие специализированные отделения. В любом случае, специализированную медицинскую помощь пострадавший в ДТП должен получить в пределах т. н. «золотого часа».

По итогам 6 месяцев 2009 года на территории только Центрального района г.о. Тольятти произошло 126 дорожно-транспортных происшествий, в которых 5 человек погибли и 160 получили ранения различной степени тяжести. С учетом принимаемых мер организа-

ционного и практического характера удалось добиться снижения количества ДТП на 25,9%, количества пострадавших на 27,3%, количества погибших на 37,5%.

Согласно проведенному анализу аварийности за 6 месяцев 2009 г. основными видами дорожно-транспортных происшествий на территории Центрального района г.о. Тольятти стали:

- наезд на пешехода (40,5% от общего количества ДТП);
- наезд на стоящее т/с (14,3% от общего количества ДТП);
- столкновение т/с (27,0% от общего количества ДТП).

По некоторым видам и причинам ДТП имеет место рост показателей, таких как:

- наезд на препятствие — 12 ДТП (аналогичный период прошлого года (далее АППГ — 8), в которых погиб 1 (АППГ — 4) и 13 (АППГ — 11) человек получили ранения. Удельный вес от общего количества ДТП составил 9,6%;
- наезд на стоящее т/с — 18 ДТП (АППГ — 10), в которых пострадали 26 человек (АППГ — 0). Удельный вес от общего количества составил 14,4%

За 6 месяцев 2009 года наезд на пешехода составил 51 ДТП (АППГ — 69), в которых погибли 4 и 51 (АППГ — 2/71) человек получили ранения. Удельный вес от общего количества ДТП составил 40,8%. По вине пешеходов — 25 ДТП (АППГ — 34), в которых погибло 3 и 24 (АППГ — 2/35) человек получили ранения. Удельный вес от общего количества ДТП с участием пешеходов составил 20,0% (табл. 1).

По вине водителей произошло 102 ДТП (АППГ — 138), погибло 3/АППГ-6, получили ранения 136/АППГ — 190/, что составляет 80,2% от общего количества ДТП. Основными причинами являются:

- нарушение очередности проезда — 20,6% (АППГ — 24,6%);
- нарушение правил проезда остановок и переходных переходов — 10,8% (АППГ — 7,8%) (табл. 2).

Одной из актуальных проблем на сегодняшний день остается детский дорожно-транспортный травматизм. Как показывает статистика, дети — самая незащищенная категория участников дорожного движения. В каждом 7-м дорожно-транспортном происшествии пострадали дети. За 1-е полугодие 2009 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года наблюдается снижение ДТП с участием детей по количеству ДТП на 26,9%, по количеству пострадавших на 25%, в

2009 году произошло 19 ДТП с участием детей, в которых пострадал 21 ребенок. Более половины дорожно-транспортных происшествий произошло по вине водителей.

Чаще всего дети попадают в дорожно-транспортные происшествия в качестве пешеходов. Это — 79% от всех пострадавших детей. Наиболее распространенными нарушениями Правил дорожного движения детьми являются: переход проезжей части вне установленного места; неожиданное появление на дороге из-за стоящего транспортного средства или какого-либо сооружения. Чаще всего попадают в дорожно-транспортные происшествия дети от 7 до 16 лет (табл. 3).

Таблица 1

Категории пострадавших

	2009 г.	2008 г.
Пешеходы	13	15
Пассажиры	5	9
Водители	0	0
Мотоциклисты	0	0
Водители мотоциклов, мопедов	0	0
Велосипедисты	3	4
По возрасту		
до 7 лет	8	7
С 7 до 16 лет	13	21

Таблица 2

Аварийные участки

В районе остановок общественного тр-та	3
В районе МОУ и ДОУ	-
В районе торговых центров, магазинов	7
Во внутриквартальных проездах	3
Прочие	6

Таблица 3

Основные показатели ДТП с участием детей

	2009 г.	2008 г.
Всего ДТП	19	26
Погибло	0	0
Ранено	21	28
По вине детей	7	10
По вине водителей	12	16

Таблица 4

Структура выполненных вызовов СМП за 2006–2008 гг.

Вызова	2006		2007		2008	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего вызовов	200 456	100	206 903	100	201 031	100
Несчастные случаи	21 514	<u>10,7</u>	21 141	<u>10,2</u>	20 878	<u>10,4</u>
Внезапные заболевания	118 377	9,1	121 432	58,7	114 860	57,1
Роды	3 516	1,7	3 504	1,7	3 575	1,8
Заболевания, не требующие срочной помощи	34 686	17,3	38 464	18,6	38 050	18,9
Перевозка экстренная	22 363	11,2	22 362	10,8	23 668	11,8

Таблица 5

Структура травм на догоспитальном этапе по видам за 2008–2009 гг.

№ п/п	Наименование	Кол-во (%)
1.	Бытовая травма	33,2
2.	Производственная травма	2,0
3.	Спортивная травма	1,4
4.	Уличная травма	16,4
5.	Гололед	0,9
6.	Транспортная травма	7,0
7.	Криминальная травма	14,6
8.	Суицид	3,3
9.	Прочая травма	21,2

Интенсивность дорожного движения в крупном городе, каким является Тольятти, и пролегающая по городской окраине автомагистраль Москва-Челябинск (трасса М-5) предопределили требования к уровню оказания СМП и размещению стационаров для госпитализации пострадавших.

По показателям работы МУЗ ГССМП примерно 1/10 часть вызовов на СМП в г.о. Тольятти составляют несчастные случаи (табл. 4).

Среди травм у населения г.о. Тольятти преобладают бытовые, уличные и криминаль-

ные. Дорожно-транспортный травматизм — на 4 месте (табл. 5).

Наибольшее число травм при ДТП регистрируется в Автозаводском районе.

Преимущественно на случаи ДТП направляются специализированные бригады, в основном — анестезиолого-реанимационные.

В границах города бригады СМП прибывают на место ДТП за 10–11 мин, на трассу М-5 — в пределах 20–30 мин. Оказание помощи на месте, в пути следования и транспортировка пострадавших укладываются в «золотой час» (табл. 6).



Диаграмма 1.

Распределение количества пострадавших в ДТП по районам г.о. Тольятти

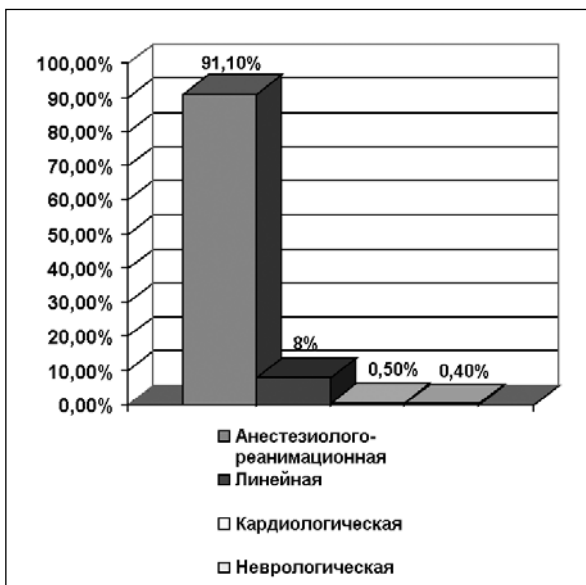


Диаграмма 2.

Профильность направления бригад СМП на ДТП

Таблица 6

Оперативность выезда и выполнения вызовов на ДТП за 2006–2008 гг.

Показатели оперативности	2006	2007	2008
Среднее время доезда	9,15	9,86	10,1
Среднее время ожидания обслуживания	10,0	10,5	10,7
Среднее время, затраченное на вызов	59,8	57,7	56,6

Таблица 7

Доставлено на госпитализацию пострадавших в ДТП в 2008–2009 гг.

	Центральный район	Автозаводский район	Комсомольский район	Трасса М-5	Всего
Городская клиническая б-ца № 1	2	2			4
Городская больница № 2	386	2	174	20	582
Городская больница № 4	2	1	21	3	27
Клиническая больница № 5	30	780	2	-	812
Городская детская больница	60	59	20	2	141

Преимущественная госпитализация пострадавших в ДТП на территории г.о. Тольятти производится в ГКБ № 5 и ГБ № 2, с трассы М-5 — в ГБ № 2 (80%) (табл. 7). Протяженность зоны ответственности Тольяттинской ССМП на автомагистрали Москва-Челябинск (М-5) составляет от 9 до 31 км.

Важнейшее значение для соблюдения «золотого часа» имеет расположение стационаров, которые в своем составе имеют отделения

травматологического, хирургического и реанимационного профиля для быстреего комплексного обследования и экстренной помощи пострадавшим, учитывая особенности повреждений при ДТП. Кроме того, важен уровень помощи, которую могут оказать в больнице.

Практика показала, что этим требованиям в г.о. Тольятти отвечают 2 стационара, из которых городская больница № 5 (медгородок) более предпочтителен.

ОСОБЕННОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

И.Д. Алексеев, Е.А. Петрик, О.Ю. Аристархова,
Е.В. Адонина, Д.З. Долаберидзе
ГОУ ВПО МГМСУ

FEATURES OF BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATE GLAND WITH ACUTE URINARY DIFFICULTY IN PATIENTS WITH COMORBID STATE BACKGROUND

I.D. Alekseev, E.A. Petrik, O.U. Aristarhova,
E.V. Adonina, D.Z. Dolaberidze

Резюме

Рассматриваются клиническая картина доброкачественной гиперплазии предстательной железы, осложненной острой задержкой мочеиспускания у пациентов на фоне коморбидных состояний.

Ключевые слова: предстательная железа, доброкачественная гиперплазия, острая задержка мочеиспускания.

Resume

Clinical course and features of benign hyperplasia of prostate gland with acute urinary difficulty in patients with comorbid state background is analysed.

Key words: prostate gland, benign hyperplasia, acute urinary difficulty.

По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы (О.В. Зайратьянц, 2009) сохраняется стабильность показателей летальности от болезней сердечно-сосудистой и мочеполовой систем в лечебно-профилактических учреждениях за последние пять лет. Так, стационарная летальность от этих заболеваний в 2004 году составила 52,3% и 2,3%, а в 2008 —

58,1% и 2,3%, соответственно, а у умерших на дому — в аналогичные годы — 67,8% и 70,9% и 1,8% и 1,2%. При этом сохраняется также заметная тенденция к росту заболеваемости мочеполовой системы у мужчин, сопоставимая с увеличением частоты болезней сердца и сосудов (Мосгорстат, 2005). По результатам специальной программы по выявлению заболеваемости в одном из округов Москвы выявлено, что за период 2005–2007 гг. прирост кардиоваскулярных заболеваний составил 1,6 тысяч, а патологии предстательной железы — 6,4 (И.В. Галкин, 2008).

Одним из распространенных заболеваний мочеполовой системы является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Проведенные ранее в нашей стране эпидемиологические исследования, указывают на прогредиентный рост частоты ДГПЖ по мере старения мужчин: с 11,3% в возрасте 40–49 лет до 81,4% — в возрасте 80 лет (Н.А. Лопаткин и соавт., 2004). В США из 27 млн мужчин белой расы число обращений за медицинской помощью в связи с ДГПЖ составило 8 млн, в том числе 6,5 млн — в возрасте 50–79 лет (Wei J.T. et al., 2005).

Смертность от ДГПЖ в мире широко варьирует и зависит от эффективности медицин-

ской помощи при важнейших ее осложнениях: острой задержке мочеиспускания (ОЗМ), хронической почечной недостаточности (ХПН) и воспалительных заболеваний мочевых путей.

По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) примерно 200 000 больных в РФ ежегодно обращаются по поводу ОЗМ за неотложной помощью.

Наиболее высокая смертность от осложнений ДГПЖ регистрируется в Венгрии (24 на 100 000 населения), более низкая — в Японии (5 на 100 000 населения). В Москве ежегодно от осложнений ДГПЖ умирает 1,1 на 100 000 населения, что составляет 0,1% от общего числа смертей (Зайратьянц О.В. и соавт., 2005).

Большинство исследователей считают, что определенную роль в прогрессировании и развитии тяжелых осложнений ДГПЖ, а также в высоком уровне смертности данной категории пациентов играет одновременное наличие соматических заболеваний. В наблюдениях Shah M, Butler M. (2006) около 40% мужчин с ДГПЖ имеют сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе 2/3 из них с никтурией имеют высокий уровень артериального давления (АД), особенно в ночные часы, чем пациенты с нормальными размерами предстательной железы (Turgut F. et al, 2007). На больных с сочетанием ДГПЖ и ССЗ тратится на 44% больше денежных средств.

Итак, рост распространенности ДГПЖ, высокая смертность от ее осложнений диктует необходимость совершенствования раннего выявления и медикаментозного лечения этого заболевания. В то же время высокая коморбидность (коморбидность — сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная классификация) или заболеваний (транснозологическая классификация) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени) у больных с ДГПЖ требуют применения единого мультидисциплинарного подхода при выборе стратегии и тактики их ведения. Это будет несомненно способствовать реализации концепции «successful aging», оформившейся в начале XXI века и нацеленной на предотвращение преждевременной возрастной инволюции для сохранения высокой творческой и социальной активности людей.

На первом этапе исследования был проведен анализ обращаемости на скорую медицинскую помощь (СМП) по поводу острой задержки мочи в городах: Москва, Тюмень, Сатка, Омск, Челябинск. Далее в трех из них (Москва, Сатка, Тюмень) были отобраны 1500 пациентов (1,3% от всех обращений) в возрасте $64,5 \pm 4,7$ лет, направленных в стационар, у которых ретроспективно оценивались сопроводительные талоны, карты вызовов СМП и стационарные истории болезни (исключались пациенты, имеющие органические поражения ЦНС, злокачественные новообразования и отравления). Во всех документах оценивалась коморбидная патология, причина развития ОЗМ, объем медицинской помощи на всех этапах ее оказания. После выписки во всех случаях проведено телефонное анкетирование пациентов с уточнением наличия ночной поллакиурии до вызова СМП, а также результаты наблюдения специалистов (в случае обращаемости пациентов к врачам), осуществлявших их наблюдение до госпитализации.

Специально для данного исследования была модифицирована методика выявления индекса коморбидности (методика вычисления индекса коморбидности Чарльсона). Данная методика не является стандартизованной, валидной шкалой, но представляет достаточную клиническую информацию о течении заболеваний.

Предлагаемая методика расчета индекса коморбидности (табл. 1) предназначена исключительно для акцентирования внимания практического врача на большое медицинское значение сопутствующей патологии, лучшей мотивации для скрининга заболеваний, прямо или косвенно влияющих на продолжительность жизни, а также синдромов, ассоциированных с высоким риском смерти. Последние представлены андрогенным дефицитом и хроническим болевым синдромом. В недавних исследованиях нашей кафедры (Моргунов Л.Ю., 2008), а также в международных (Vermeulen A., 1991; Simod D., 1992), показана роль андрогенного дефицита, как фактора риска более тяжелого течения сердечно-сосудистых заболеваний, ХОБЛ, сахарного диабета, а следовательно и нарастания частоты тяжелых осложнений последних. У пациентов с хроническим болевым синдромом на фоне соматической патологии в течение пяти лет летальность выше на 30% (Sokka T., Pincus T., 2005).

Таблица 1

Методика расчета индекса коморбидности

Основная патология для учета	Рейтинговый процент
Кардиоваскулярные заболевания, в т.ч. хронические формы цереброваскулярных болезней	10
Анамнестические указания на острые формы ИБС, перенесенные инсульты	5
Онкологические заболевания	5
Алкогольная висцеропатия	10
Сахарный диабет типа 1 и 2	5
Осложнения сахарного диабета	5
Заболевания дыхательной системы	5
Заболевания ЖКТ	5
Септические состояния	5
Поражения почек	5
Заболевания, косвенно влияющие на продолжительность жизни	
ДГПЖ	5
Остеопороз (1 и более факторов риска)	5
Остеоартроз	5
Синдромы, ассоциированные с высоким риском смерти	
Андрогенный дефицит	5
Хронический болевой синдром	5
Обстоятельства особого внимания	
Возраст старше 65 лет	2,5
Вредные привычки	2,5

Полученный в результате суммации процент отражает степень прогностической значимости коморбидности у конкретного пациента и определен нами, как индекс коморбидности. Чем больше количество патологических состояний — тем, естественно, и выше степень коморбидности. Для удобства расчетов мы в произвольной форме определили, что индекс коморбидности 40% и более определяет крайне высокую IV степень коморбидности или наивысший риск летального исхода, 20% и более — соответствует III степени коморбидности, от 10 до 20% — II и менее 10% — I.

Сложившаяся в стране реальная практика свидетельствует о том, что во время аутопсии патологоанатом проводит вскрытие предстательной железы только в случае указаний на ее заболевания в заключительном клиническом диагнозе. Поэтому приводимые в различной литературе сведения о распространенности ДГПЖ и ее морфологических особенностях отражают только тенденцию, а не реальные статистические данные. С другой стороны по данным Центра патологоанатомических исследований ДЗ Москвы в течение

последних 10 лет сохраняется стабильный и высокий процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, как у умерших в стационаре, так и на дому.

Поэтому в следующей части работы для объективизации структуры коморбидного фона у больных ДГПЖ были проанализированы протоколы 1 521 патологоанатомического вскрытия мужчин, умерших (возраст в момент смерти составил $62,7 \pm 16,4$ года) в многопрофильном стационаре за 2003–2006 гг. Из них подавляющее большинство (85,7%) скончались в отделениях терапевтического профиля. У этих лиц, подобно общероссийским демографическим показателям, большую часть составили ССЗ и новообразования, соответственно, в 53,0 и 15,1%.

В заключительной части исследования с целью уточнения влияния коморбидного фона на тяжесть течения ДГПЖ мы провели проспективный анализ 140 пациентов (I группа) с сочетанием ДГПЖ и соматической патологией в сравнении с группой контроля, представленной пациентами с ДГПЖ без коморбидного фона (II группа). Средний возраст пациентов в группах достоверно не отличался

Таблица 2

Структура соматической патологии у больных ДГПЖ

Нозологии	I группа, n=140	II группа, n=30
Средний возраст, лет	67,4±9,6	68,2±8,7
ИБС	62 (44,3%)	-
Артериальная гипертензия	87 (62,1%)	26 (86,7%)
Сосудистая энцефалопатия/перенесенный инсульт	48 (34,3%)	-
ХОБЛ	41 (29,3%)	-
Алкогольная висцеропатия	17 (12,1%)	-

ся. Уровень простатспецифического антигена, составил $1,6 \pm 0,4$ нг/мл в I группе и $1,3 \pm 0,2$ — во II, $p > 0,05$.

Среди соматических заболеваний в I группе было 62 (44,3%) больных с ИБС, 87 (62,1%) — с артериальной гипертонией (АГ), сосудистую энцефалопатию и/или перенесенный инсульт имели 48 (34,3%), у трети была диагностирована ХОБЛ и у 17 (12,1%) — алкогольная висцеропатия. Во II группе соматическая патология была представлена только АГ 26 (86,7%).

Сведения о пациентах заносились в специально разработанную для данного исследования клиническую карту.

Наличие симптомов ДГПЖ оценивалось в соответствии с валидизированной анкетой IPSS (International Prostate Symptom Scale), которая по величине итогового балла позволяет оценить и формализовать субъективную тяжесть симптомов нижних мочевых путей для больного. Визуализация ДГПЖ осуществлялась с помощью УЗИ с использованием трансректального датчика.

Анализ обращаемости на СМП в 5 городах РФ за 2005–2007 г.г. по поводу ОЗМ установил: среди мужчин в возрасте от 60 до 74 лет она составляет 3–5 обращений в год (на 1000 населения); в возрасте от 75 до 89 лет — 8–10 обращений в год (на 1000 населения). При этом в городе с населением 300 000 число обращений составляет — 233–250 в год, а в многомиллионной Москве — 99 616 в год.

В среднем, по всем приведенным городам, число вызовов СМП по поводу ОЗМ составляет 0,4% в год.

Следует особо обратить внимание, что средний возраст пациентов, обратившихся на СМП по поводу ОЗМ не превышает 70 лет (рис. 1).

На основании ретроспективного анализа 1500 стационарных историй болезни и карт вызовов СМП в трех городах выявлено, что в большинстве случаев ($n=1087$) причиной ОЗМ явилось ДГПЖ, верифицированная в стационаре (рис. 2).

Также было установлено, что из 1 087 пациентов с ДГПЖ, в 956 (87,9%) случаев эпизод ОЗМ был отмечен впервые в жизни. При этом из 756 больных с ДГПЖ (69,5%) этот диагноз был впервые установлен в стационаре, а 2/3 (834, 76,7%) пациентов, как следовало из телефонного опроса до обращения на СМП и последующей госпитализации имели ночную поллакиурию. При этом только 237 из 1087 (21,8%) обращались хотя бы раз к урологу, другие, а их было подавляющее большинство (857, 78,8%) — неоднократно осуществляли визиты к участковому терапевту. Ретроспективная методика исследования, конечно, не позволяет установить причины, по которым не была диагностирована ДГПЖ ранее, поскольку большинство опрошенных по телефону не могли уточнить сообщали они или нет своим лечащим врачам информацию о нарушении мочеиспускания. Но тем не менее с определенной долей вероятности можно утверждать об отсутствии должной нацеленности в плане выявления ДГПЖ у участковых врачей.

Таким образом, наиболее частой причиной обращения пациентов с впервые возникшей ОЗМ за неотложной медицинской помощью является ДГПЖ. У большинства из них это заболевание не было распознано ранее, что отражает низкий уровень диагностики этой патологии в общемедицинской практике. Из выбранной популяции лишь только каждый пятый пациент с ДГПЖ до появления

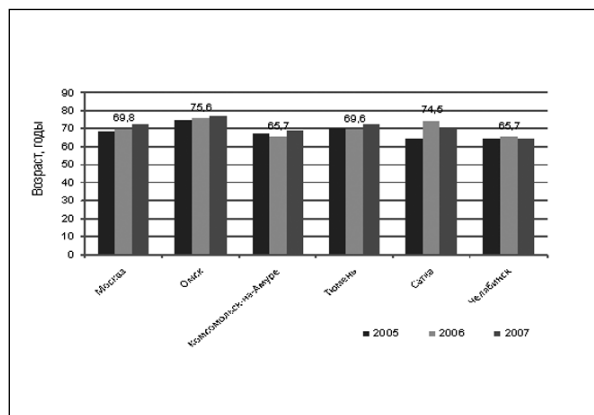


Рис. 1. Средний возраст пациентов, обратившихся на СМП по поводу ОЗМ

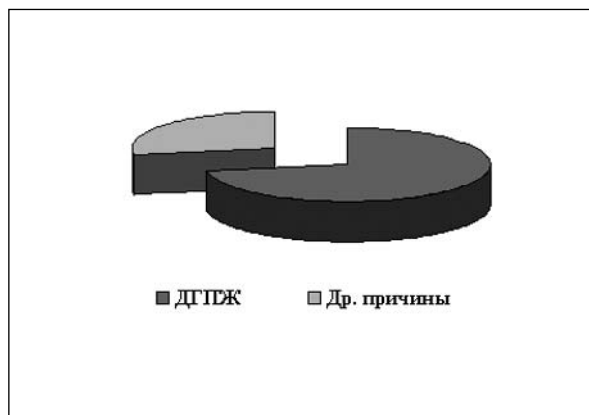


Рис. 2. Структура причин ОЗМ у пациентов, обратившихся на СМП

ОЗМ обращался к урологу, в то время как к врачам терапевтических специальностей осуществляли визиты 80% пациентов.

Ретроспективный анализ карт вызовов СМП пациентов с ОЗМ в результате ДГПЖ, выявил высокую распространенность коморбидности. Так, практически все из них (97,3%) имели хронические неинфекционные заболевания (рис. 3). Среди них лидируют различные формы ИБС и алкогольная висцеропатия.

При ретроспективном анализа стационарных историй болезни и результатов телефонных опросов позволило детализировать характер соматической патологии и оценить индекс коморбидности у больных ДГПЖ, осложненной ОЗМ (табл. 3).

Как следует из табл. 3 контингент больных, в основном, был представлен пациентами старше 65 лет, половина из которых имели вредные привычки.

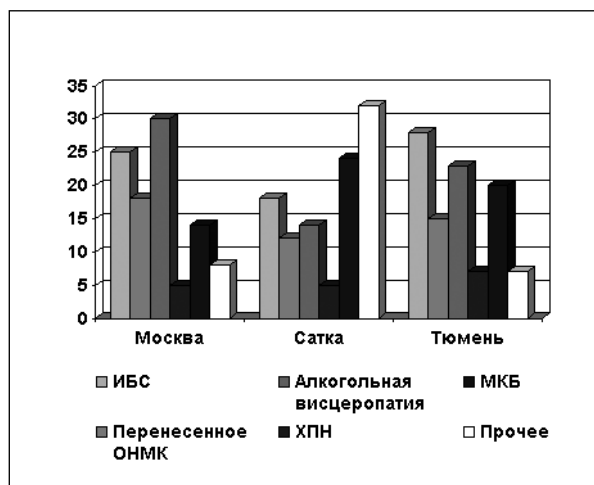


Рис. 3. Соматическая патология у больных ДГПЖ, осложненной ОЗМ, диагностированная на этапе СМП

Наиболее частой основной коморбидной патологией была сердечно-сосудистая (65,5%), в том числе в трети наблюдений с анамнестическими указаниями на перенесенные инфаркты миокарда и мозга. У 387 больных был СД, у 256 — ХОБЛ и у 154 — хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. Алкогольная висцеропатия диагностирована у каждого пятого. Более чем в 63% случаев выявлены клинические симптомы андрогенного дефицита. Более половины мужчин имели хронический болевой синдром. Сахарный диабет (суммарно типа 1 и типа 2) был у 35,6% больных.

Среднее количество заболеваний и синдромов, ассоциированных с высоким риском смерти на одного пациента, из расчета на всю выборку больных, составило — 2,4.

Среднее значение индекса коморбидности составило 27,4%, что соответствует III степени коморбидности. Максимальное значение индекса коморбидности в группе было 62,5%; минимальное — 12,5%.

Таким образом, у пациентов с острой задержкой мочи на фоне ДГПЖ, в среднем выявляется 2,4 коморбидных патологий. В большинстве случаев это лица старше 65 лет, имеющих вредные привычки, хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с перенесенными инфарктами миокарда и мозга, алкогольную висцеропатию и сахарный диабет. Более чем у 60% пациентов имеются клинические симптомы андрогенного дефицита и почти в 40% — факторы риска остеопороза. Значение индекса коморбидности составляет 27,4%, что соответствует III степени коморбидности.

Полученные результаты свидетельствуют, что у больных ДГПЖ имеется обширная тера-

Таблица 3

Частота коморбидных состояний у пациентов с ДГПЖ, осложненной ОЗМ

Основная патология для учета	Встречаемость (n=1087), абс. (%)
Кардиоваскулярные заболевания, в т.ч. хронические формы цереброваскулярных болезней	712 (65,5)
Анамнестические указания на острые формы ИБС, перенесенные инсульты	319 (29,3)
Онкологические заболевания	118 (10,9)
Алкогольная висцеропатия	214 (19,7)
Сахарный диабет типа 1 и 2	387 (35,6)
Осложнения сахарного диабета	Не уточнялось
Заболевания дыхательной системы	256 (23,6)
Заболевания ЖКТ	154 (14,2)
Септические состояния	Не уточнялось
Поражения почек	Не достоверные сведения
Заболевания, косвенно влияющие на продолжительность жизни	
ДГПЖ	1087 (100)
Остеопороз (1 и более факторов риска)	418 (38,5)
Остеоартроз	Не уточнялось
Синдромы, ассоциированные с высоким риском смерти	
Андрогенный дефицит (наличие клинических симптомов)	689 (63,4)
Хронический болевой синдром	567 (52,2)
Обстоятельства особого внимания	
Возраст старше 65 лет	856 (78,7)
Вредные привычки	524 (48,2)

пептическая патология, представленная заболеваниями и синдромами, требующие как можно более ранней диагностики. Это позволяет считать ДГПЖ маркером, свидетельствующим о наличии у пациента соматической патологии. Это следует иметь в виду специалистам урологам, на приеме у которых концентрируется большое количество пациентов с ДГПЖ, ведение которых необходимо осуществлять совместно с терапевтов. С другой стороны типичная картина нарушений мочеиспускания у пациентов с ДГПЖ требует как можно более ранней их диагностики и привлечения к наблюдению пациентов с соматической патологией терапевтов специалистов урологов. При этом оценка индекса коморбидности позволит более аргументировано планировать и мониторировать комплексную терапию.

Ретроспективный анализ медицинских документов был дополнен результатами аутопсий пациентов, умерших в соматических отделениях многопрофильного стационара. Как видно из рис. 4, из 1 521 больных, скончавшихся в многопрофильном стационаре, ДГПЖ на аутопсии была выявлена в 597

(39,3%) случаев. При этом в заключительном клиническом диагнозе, указания на ДГПЖ имели место лишь в 107 (17,9%) наблюдениях, что свидетельствует о низкой преморбидной диагностики данного заболевания. Преимущественно при жизни ДГПЖ была диагностирована на основании УЗИ, выполненного в стационаре среди прочих стандартных процедур.

Это, в какой-то мере, доказывается отсутствием в историях болезни в соответствующую

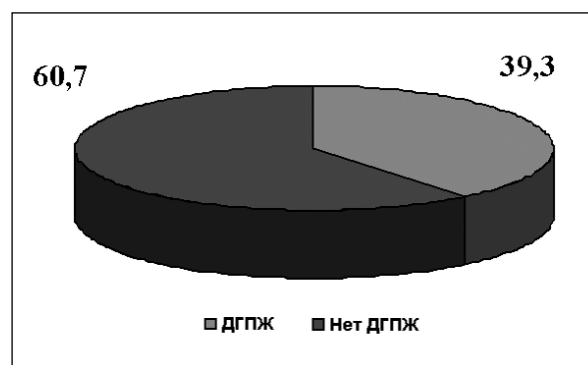


Рис. 4. Встречаемость ДГПЖ по данным патологоанатомических вскрытий у пациентов, умерших от соматической патологии

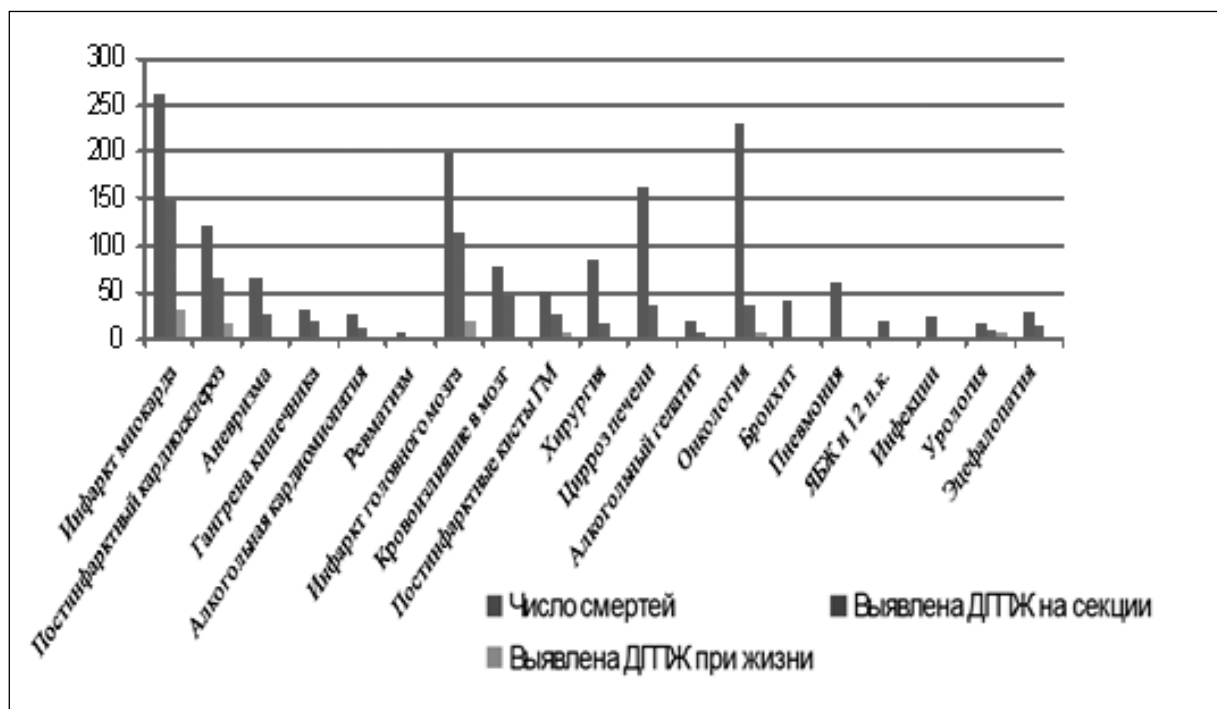


Рис. 5. Частота выявления ДТПЖ при соматической патологии на секции и при жизни

щих разделах информации о жалобах больных на нарушения мочеиспускания, формализованных и трафаретных записях, касательно осмотра поясничной области, наличии симптомов покалывания и др. Это отражает крайне низкую нацеленность врачей терапевтических специальностей на выявление патологии предстательной железы.

Следует акцентировать внимание, что данный анализ также продемонстрировал высокую встречаемость ДТПЖ у больных с ССЗ, цереброваскулярными болезнями, алкоголизмом. К примеру, у пациентов умерших от инфаркта миокарда на секции ДТПЖ была выявлена почти в 6 раз чаще, чем при жизни, соответственно в 56,1% и 12,2%, при постинфарктном кардиосклерозе — в 52,9% и 14,14% и при инсульте — в 57,1% и 9,6% (рис. 5).

Из 597 умерших пациентов с ДТПЖ 30,5% имели 2 соматических заболевания, большинство (46,2%) имели 3 заболевания, 14,7% — 4 заболевания, 3,2% — 5 болезней (рис. 6).

Таким образом, ДТПЖ выявляется у каждого третьего умершего мужчины с соматической патологией, при этом при жизни она диагностируется немногим менее 20% случаев. Вероятно, данная ситуация обусловлена низкой информированностью лечащих

врачей терапевтических специальностей о высокой распространенности ДТПЖ. При этом большинство умерших пациентов имели три и более соматических болезней, чаще всего это были сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания.

В результате проспективной части исследования оказалось, что индекс коморбидности у пациентов ДТПЖ и сопутствующей соматической патологией (I группа) составил $26,4 \pm 5,2\%$, что отражает III степень коморбидности. Индекс коморбидности во II группе, естественно, был значительно ниже и соответствовал I степени коморбидности. При этом согласно опросника IPSS средний балл в I группе соста-

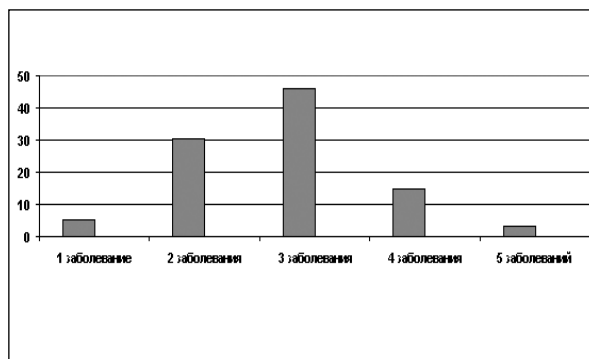


Рис. 6. Количество заболеваний у одного умершего пациента с ДТПЖ



Рис. 7. Тяжесть клинических проявлений ДГПЖ в зависимости от индекса коморбидности

вил — $13,7 \pm 4,6$, а во второй — всего $7,8 \pm 2,3$ ($p < 0,05$), а объем предстательной железы по данным ТРУЗИ соответственно, $51,9 \pm 7,2$ и $38,3 \pm 6,7$ мм³ ($p < 0,05$).

Таким образом, можно констатировать, что при нарастании индекса коморбидности у мужчин нарастает и степень тяжести клинических симптомов ДГПЖ (рис. 7).

При статистической обработке материала с использованием однофакторного анализа ANOVA была установлена достоверная взаимосвязь между количеством соматических заболеваний и объема остаточной мочи (рис. 8).

Так при отсутствии заболеваний это значение составило — $2,9 \pm 1,3$ мл; при наличии одной болезни — $11,2 \pm 2,1$ мл; 2-х — $58,1 \pm 13,3$ мл; 3-х — $117,5 \pm 40,3$ мл (рис. 8), значимость фактора $p = 0,01$.

Таким образом, у пациентов с высоким индексом коморбидности отмечаются более тяжелые клинические проявления ДГПЖ, так в I группе балл по опроснику IPSS составил $13,7$, а объем предстательной железы (по данным ТРУЗИ) $51,9$ мм³, в то время как во II — $7,8$ баллов и $38,3$ мм³, соответственно. Также выявлено, что при нарастании числа соматических заболеваний нарастает и тяжесть клинических проявлений ДГПЖ.

Выводы

1. Число вызовов СМП по поводу острой задержки мочеиспускания в стране составляет в среднем $0,4\%$ в год от числа всех вызовов.

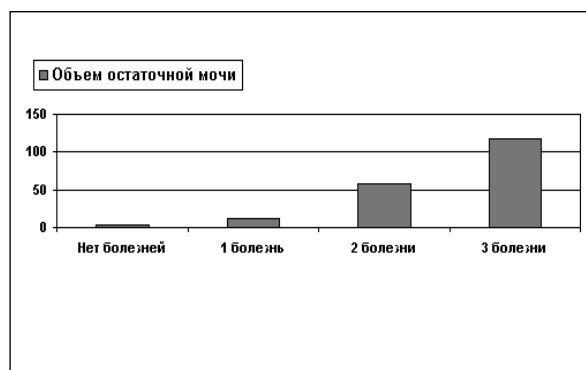


Рис. 8. Объем остаточной мочи в зависимости от количества заболеваний у одного пациента

В большинстве случаев ОЗМ обусловлена ДГПЖ, при этом в $69,5\%$ случаев диагноз верифицирован впервые, несмотря на наличие клинических симптомов заболевания до возникновения острого осложнения у $76,7\%$ пациентов.

2. У пациентов с острой задержкой мочи на фоне ДГПЖ, в среднем выявляется $2,4$ нозологических единиц хронических не инфекционных заболеваний. В большинстве случаев это хронические заболевания сердечно-сосудистой системы ($65,5\%$), анамнестические указания на острые формы последних ($29,3\%$), алкоголизм, сахарный диабет.

3. На основании клинко-морфологического анализа установлено, что ДГПЖ диагностируется у каждого третьего мужчины, умершего от соматической патологии, а прижизненная диагностика на уровне 18% . При этом $64,1\%$ умерших пациентов с ДГПЖ имели три и более соматических болезней, чаще всего это были сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, в сочетании с сахарным диабетом, реже алкоголизм.

4. Достоверно выявлено, что при нарастании числа коморбидных нозологий, и, соответственно, нарастании индекса коморбидности, увеличивается тяжесть клинических симптомов ДГПЖ (нарастает балл опросника IPSS), подтверждаемое результатами инструментальных исследований: объем предстательной железы у пациентов с III степенью коморбидности составляет $51,9 \pm 7,2$ мм³, у пациентов с I степенью — $38,3 \pm 6,7$ мм³, $p < 0,05$.

АМИНОКИСЛОТНЫЙ И МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ТРАВЫ ПОДМАРЕННИКА НАСТОЯЩЕГО

А.А. Малашихин

ФГОУ Пятигорский государственный фармацевтический университет

AMINOACID AND MINERAL CONTENT OF GALIUM VERUM HERB

A.A. Malashihin

Резюме

Исследовался аминокислотный и минеральный состав травы подмаренника настоящего. С помощью аминокислотного анализатора было выявлено 16 аминокислот, включая такие важные как: валин, метионин, изолеоцин, лейцин, фенилаланин, лизин, треонин. Среди выявленных аминокислот самые важные: глутаминовая кислота, аргинин. Общее содержание свободных аминокислот составляет 3,81%. Методом спектрального анализа было выявлено 26 важных макро- и микроэлементов: Cu, Zn, Mo, P, Ni, Ag, V, Cr, Ba, Zr, Y, Co, Mn и другие.

Ключевые слова: лекарственные растения, состав, аминокислоты, микроэлементы, трава подмаренника настоящего.

Resume

The article presents an analysis of aminoacid and mineral content of Galium verum herb. Sixteen aminoacids including 6 indispensable ones: valine, methionine, isoleucine, leucine, phenylalanine, lysine, threonine have been detected in Galium verum herb by means of the aminoacidic analyzer. Among them the most essential ones are: glutamic acid and arginine. The total content of the free aminoacids amounted to 3.81%.

By method of spectral analysis some 26 important macro and micronutrient elements were detected : Cu, Zn, Mo, P, Ni, Ag, V, Cr, Ba, Zr, Y, Co, Mn and other.

Key words: medicinal herb, content, aminoacids, macro- and micronutrient elements, Galium verum herb.

До настоящего времени лекарственные растения не рассматривались как источник легкоусвояемой формы аминокислот и микроэлементов, в том числе с точки зрения использования их в комплексе с другими биологически активными веществами (БАВ). Поэтому аминокислотный и минеральный состав многих лекарственных растений, используемых в традиционной медицине, изучен недостаточно [1].

В растениях, как показали последние исследования отечественных и зарубежных ученых, содержится в свободном или связанном виде около 30% аминокислот (в пересчете на белок). Широкое распространение аминокислот в растениях, а также их высокая биологическая активность способствуют эффективному действию на организм лекарственного сырья и полученных из него препаратов. Так, метионин применяется в качестве гепатопротекторного средства, соли аспарагиновой кислоты — для лечения сердечно-сосудистой системы, глутаминовая кислота — в терапии.

Поэтому изучение качественного и количественного состава аминокислот в лекарственном растительном сырье имеет практическое значение и вызывает научный интерес, так как аминокислоты, как составные части белков, участвуют во всех жизненных процессах наряду с нуклеиновыми кислотами, углеводами и липидами.

Подмаренник настоящий — Galium verum L. из семейства мареновых — Rubiaceae, многолетнее травянистое (до 80 см высоты), растение, с прямым ребристым, четырех-

гранным коротко опушенным слабым стеблем, приподнимающийся из ветвистого корневища. Цветки мелкие, желтые, собраны в длинную густую пирамидальную метелку с характерным запахом меда. Листья по 8–12 в мутовке, узкие, остроконечные снизу серые от опушения, сверху-блестящие, темно-зеленые. *Galium verum* в России разрешен к применению только в гомеопатии.

Цель работы — исследование аминокислотного и минерального состава травы подмаренника настоящего.

Методы исследования

Объект исследования: воздушно — сухая измельченная трава подмаренника настоящего. Сырье было заготовлено в Ставропольском крае. Сырье сушили на воздухе, измельчали, просеивали сквозь сито с диаметром отверстий 1 мм.

Качественное определение свободных аминокислот проводили методом восходящей хроматографии. Для этого по 0,01 мл водных извлечений из травы исследуемого растения хроматографировали на бумаге F4 в системе растворителей n-бутанол-уксусная

кислота-вода (4:1:2), для сравнения — стандартный набор аминокислот (ТУ 6-09-3147-83) в концентрации 0,1%. Хроматограммы высушивали, обрабатывали 0,2% спиртовым раствором нингидрина и помещали в сушильный шкаф на 5 минут при температуре 100–105° С. Аминокислоты идентифицировали по темно — фиолетовому окрашиванию пятен и значению их Rf [4, 5].

С целью детального изучения использовали аминокислотный анализатор марки АА-33. Сырье (навеска 0,2 г) помещали в колбу на 20 мл добавляли 6 капель 96%-ного этилового спирта, прибавляли 10 мл 6н HCl, закрыли пробкой и гидролизовали в автоклаве ровно 3 часа при температуре 137° С при 2 атм. После проведения гидролиза содержимое флакона охлаждали и переносили в фарфоровую чашку для выпаривания d=5см, ополаскивали дважды 5 мл воды очищенной. Выпаривали на водяной бане до консистенции сметаны. Охлаждали и добавляли 10 мл натриево-цитратного буфера (рН=2,2). Через 5–10 мин фильтровали. Гидролизат разбавляли 1:9.

Идентификацию аминокислот определяли по времени удерживания. В качестве

Таблица

Аминокислотный состав белков травы *Galium verum* L .

Аминокислота	Брутто-формула	Содержание, %
Аспарагиновая	C ₄ H ₁₇ O ₄ N	0,23
Треонин*	C ₄ H ₉ O ₂ N	0,32
Серин	C ₃ H ₇ O ₃ N	0,28
Глютаминовая	C ₅ H ₉ O ₄ N	0,62
Глицин	C ₂ H ₅ O ₂ N	0,26
Аланин	C ₃ H ₇ O ₂ N	0,34
Валин*	C ₅ H ₁₁ O ₂ N	0,12
Метионин*	C ₅ H ₁₁ O ₂ NS	0,05
Изолейцин*	C ₆ H ₁₃ O ₂ N	0,1
Лейцин*	C ₆ H ₁₃ O ₂ N	0,13
Тирозин	C ₉ H ₁₁ O ₃ N	0,11
Фенилаланин*	C ₉ H ₁₁ O ₂ N	0,17
Гистидин	C ₆ H ₉ O ₂ N ₃	0,36
Лизин*	C ₆ H ₁₄ O ₂ N ₂	0,24
Аргинин	C ₆ H ₁₄ O ₂ N ₄	0,49
Сумма аминокислот		3,81

внутреннего стандарта использовали стандартную смесь, состоящую из 18 аминокислот. Колориметрическое измерение окрашенных комплексов, образующихся в результате реакции с нингидрином, проводили при длине волны 570 нм. Количественное содержание определяли (автоматически) по площади пиков идентифицированных кислот.

Качественный и количественный составы макро- и микроэлементов в сырье (золе) проводились в Центральной испытательной лаборатории при ФГУП «Кавказгеолсъемка» по методике предприятия МП-4С — полуколичественного спектрального метода анализа минерального сырья из кратера угольного электрода (50 элементов). Образец сырья измельчали и подвергали озолению в муфельной печи при температуре 450-500° С, в отсутствие доступа воздуха в течение 2 ч. Метод основан на полном испарении аналитической навески из кратера угольного электрода (50 элементов) в плазме электрической дуги переменного тока (ДГ-2). Для получения спектра использовали спектрограф ДФС-8-1. Фотометрирование спектрограмм проводили с помощью атласа спектральных линий и спектров-стандартов с погрешностью не более 2% в пересчете назолу [6].

Результаты исследования

Результат хроматографического анализа показал наличие шести свободных аминокислот: треонин, валин, глутаминовая кислота, изолейцин, аргинин и метионин.

Как видно из таблицы посредством аминокислотного анализатора в траве *Galium vegetum* установлено наличие 15 аминокислот, семь из которых являются незаменимыми: треонин, валин, метионин, изолейцин, лейцин, фенилаланин, лизин, а так же гистидин и аргинин (которые не синтезируются в организме ребенка). Суммарное содержание незаменимых аминокислот составляет 1,3% (или 34,1% от общей суммы аминокислот). Основными по содержанию являются глутаминовая кислота (0,62%) и аргинин (0,49%).

Использованная методика анализа минерального состава позволила определить 26 элементов (мг % в пересчете на абсолютно сухое сырье). Кроме натрия (20,0), кальция (10,0), калия (40,0), магния (0,2), кремния (0,5), фосфора (50,0), которые в больших количествах накапливают почти во

всех растениях — это так называемые макроэлементы, в составе травы подмаренника настоящего входят также 15 микроэлементов, которые содержатся в ней в довольно значительных концентрациях: Cu (2,0), Zn (6,0), Ag (0,01), Mo (0,3), Pb (1,0), Co (0,01), Ni (0,1), Ti (6,0), V (0,06), Cr (0,1), Mn (6,0), Ba (0,01), Zr (0,1), Ga (0,5) (спектрограмма 51а). Остальные элементы содержатся в количествах меньше порога обнаружения.

Выявлена следующая закономерность уменьшения содержания эссенциальных и условно эссенциальных элементов-металлов: P>Ba>Mn>Zn>Cu>Cr>Mo>Ni>V>Co. Содержание потенциально токсичных и токсичных металлов снижалось в ряду: Ti>Pb>Ga>Ag. Среднее содержание токсичных металлов не превышало предельно допустимых уровней для овощей и фруктов [7].

Важно учитывать, что медь и цинк оказывают синергическое действие друг на друга. Поэтому при ликвидации дефицита одного из этих микроэлементов следует включать в рацион питания источники другого, в этом отношении трава подмаренника настоящего становится еще более ценной, так как она накапливает комплекс этих элементов в достаточных количествах, что может служить рекомендацией для ее использования при лечении ряда патологий, связанных с нарушением минерального баланса.

Литература

1. Изучение и применение лечебно-профилактических препаратов на основе природных биологически активных веществ / Под ред. В.Г. Беспалова, В.В. Некрасовой. — СПб., 2000.
2. Аминокислоты в медицине / В.И. Западнюк, Л.П. Купраш, М.И. Заика и др. — К.: Здоровья 1982 г. — 200 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Т.1. — М.: Медицина, 1998. — С. 624.
4. Гудвин Т., Мерсер Э. Введение в биохимию растений. В 2-х т. — М.: Мир, 1986. — Т. 1. — 318 с., Т.2. — 320 с.
5. Новые методы анализа аминокислот, пептидов и белков / Под ред. Ю.А. Овчинникова. — М.: Мир, 1974. — 462 с.
6. Калинин С.А. и др. Атлас спектральных линий для кварцевого спектрографа. М., 1959.
7. СанПин 2.3.2. 1078-01.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОДМАРЕННИКА НАСТОЯЩЕГО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

А.А. Малашихин, В.Г. Сбежнева

ФГОУ Пятигорский государственный фармацевтический университет

USE OF GALIUM VERUM HERB IN COMBINATION THERAPY OF PSORIASIS

A.A. Malashihin, V.G. Sbezhneva

Резюме

В статье рассматриваются возможности использования подмаренника настоящего в комплексном лечении псориаза.

Ключевые слова: подмаренник настоящий, комплексное лечение псориаза.

Resume

The article analyses possibilities of use of Galium verum herb in combination therapy of psoriasis.

Key words: Galium verum herb, combination therapy, psoriasis.

Одним из самых распространенных кожных заболеваний является псориаз — длительно протекающий с рецидивами и ремиссиями. Согласно статистическим данным, приводимыми различными авторами, 2% населения земного шара страдает псориазом.

Псориаз характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде узлов (папул) диаметром до 3 мм и более, розово-красного цвета, покрытых рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками.

В течение псориаза различают прогрессирующую, стационарную и регрессирующую стадии.

Для прогрессирующей стадии характерно появление на новых участках кожи большого числа мелких, узелковых высыпаний. Отмечается тенденция к периферическому росту папул.

В стационарной стадии, новые элементы не появляются, имеющиеся на коже папулы не увеличиваются.

Регрессирующая стадия псориаза характеризуется уплотнением псориатических

бляшек, уменьшением шелушения, рассасыванием элементов и образованием депигментированных пятен.

Различают следующие клинические разновидности псориаза: обычный экссудативный, артропатический, псориатическая эритродермия и пустулезный псориаз.

Нарушения иммунной системы при псориазе выявляются как на клеточном, так и гуморальном уровне. Эти изменения обусловлены количественным содержанием иммуноглобулинов основного класса, циркулирующих иммунных комплексов крови, В- и Т-популяций и субпопуляций лимфоцитов а также клеточных киллеров.

Считается, что первичные изменения при псориазе происходят на уровне клеточного дермального слоя, а также эпидермиса. Нарушения регуляции в клетках дермы вызывают избыточную пролиферацию в нормальном эпидермисе. Гиперпролиферация приводит к секреции эйхозаноидов, которые вызывают воспаление. Интерлейкины и интерфероны продуцируемые Т-лимфоцитами сами могут быть медиаторами процессов воспаления и способствуют поддержанию хроничности псориаза [1].

В соответствии с патогенезом псориаза, терапия псориаза должна быть комплексной и сочетать применение как препаратов для местной, так и системной терапии. Применение местных препаратов уменьшает воспалительные явления.

При длительном течении заболевания, во избежание привыкания, рекомендуется чередовать применение наружных противовоспалительных средств.

В настоящее время наиболее перспективным препаратом в лечении псориаза является ацетритин (аналог ретиноевой кислоты). В отличие от существующих препаратов (этретината и др.) данный препарат не кумулируется и не обладает побочными свойствами [2].

Нами разработан комплексный способ лечения псориаза, включающий использование ацетритина и отвара травы подмаренника настоящего.

Подмаренник настоящий (*Galium verum*) сем. Мареновых (*Rubiaceae*) — многолетнее растение достигает в высоту 20–80 см. Граненый, маловетвящийся стебель несет мутовчато расположенные мелкие линейные листья (1,5–2 см в длину и 1–2 мм в ширину). С верхней стороны листья имеют слабое, а с нижней — густое опушение. Золотисто-желтые мелкие цветки в изобилии располагаются на концах побегов. Цветет с июня по сентябрь. Распространен в европейской части СНГ (кроме Карпат и Молдовы), на Кавказе, в Западной и Восточной Сибири, на Дальнем Востоке, в Средней Азии. Растет в степях, светлых лиственных лесах, на суходольных лугах, лесных полянах, опушках, вырубках, степных склонах, известняковых обнажениях, песчаных и галечных берегах рек, озер, преимущественно на песчаной почве, сорное по краям полей, вдоль дорог, на железнодорожных насыпях; группами, рассеянно, часто обильно.

В лекарственных целях используют корневища, траву и цветки подмаренника настоящего. Траву собирают во время цветения растения, срезая только верхние цветущие части. Растение обладает противовоспалительным, антисептическим, обезболивающим, желчегонным, мочегонным, слабительным, потогонным, общеукрепляющим, эстрогенным, кровоостанавливающим, седативным действием, способствует заживлению ран. В практической медицине (в составе сборов) подмаренник применяют при диффузном гломерулонефрите, как диуретическое средство, при гастроэнтерите, скрофулезе; сок (местно) — примочки; настой (внутрь) — при дерматозах и дерматитах с болевым синдромом. Его используют в чистом виде, но мало; изредка он также служит составной частью кровоочистительных чаев. Надземная часть растения содержит гликозид асперулозид, дубильные и флавоновые веще-

ства, иридоидные гликозиды, кумарины, лимонную, эллаговую и галловую кислоты, каротиноиды, витамин С. Иридоиды 0,44%: асперулозид. Стероиды. Сапонины. Флавоноиды 2,19%. Антрахиноны 0,52% Эфирное масло. Иридоиды: монотропеин, асперулозид, дафиллозид, дезацетиласперулозид. Сапонины стероидные. Витамины: С. Фенолкарбоновые кислоты и их производные; хлорогеновая. Флавоноиды: 3-рутинозид кверцетина (3-рамнозилгликозид кверцетина, рутин), 3-рутинозид кемпферола, 7-гликозид апигенина (космосин), палюстронозид, изоройфоллин, изорутин, цинарозид, 7-арабинозилгликозид лютеолина, гиперозид. Антрахиноны. Листья. Флавоноиды: кверцетин [3].

Проведенные нами исследования показали, что кумарины, антрахиноны, иридоиды и флавоноиды являются основными действующими веществами, которые и обуславливают противопсориазный эффект. Одновременно пациенты принимали ацетритин, который является действующим началом неотигонона по 20 мг 3 раза в день, курс лечения 8 недель.

Лечение проходили пациенты с псориазом волосистой части головы, псориазом артрите и поражением ногтевых пластинок. Все пациенты женского пола, возраст 35–40 лет.

Проведенные исследования показали, что на 7–8 день у всех пациентов, которые получали комплексное лечение, исчезло шелушение, высыпания сглаживаются и уплощаются. К концу 8 недели наблюдается полное исчезновение высыпаний, атрофии, сняты отеки коленных суставов, восстановились на 1/3 ногтевые пластинки на руках.

Параллельно проводили лечение неотигононом (ацетритином) шести пациентов с аналогичными симптомами женского пола возраст — 36–41 год. Для получения эффекта потребовалось проведение 3-х курсов по 2 месяца.

В первом случае рецидивы не наблюдались в течение 2-х лет, во втором — в течение 1 года.

Предварительно у испытуемых была взята проба на анализ на содержание ионов кальция в крови. Определение проводили трилонометрическим методом в присутствии хромогена.

После проведенного лечения неотигононом и комплексного лечения с использовани-

Таблица

**Результаты количественного определения ионов кальция
в крови пациентов, больных псориазом**

№ п/п	ФИО	Возраст год	Содержание кальция в %		
			до лечения	лечение неотигазоном	комплексное лечение
1	Иванова В.П.	36	1,62	1,83	2,08
2	Аргашок К.П.	39	1,70	1,87	2,10
3	Мухина О.В.	37	1,58	1,75	1,93
4	Павлюк В.И.	38	1,66	1,79	2,10
5	Охнова Т.В.	40	1,59	1,91	2,05
6	Форте П.О.	40	1,62	1,90	2,10

ем подмаренника настоящего, кровь у пациентов исследовалась на содержание ионов кальция. Результаты количественного определения ионов кальция в крови пациентов до лечения и после лечения неотигазоном и комплексного лечения препаратом с использованием подмаренника настоящего приведены в таблице.

Как видно из данных таблицы, до лечения количественное содержание ионов кальция в крови у всех пациентов варьировало от 1,62 до 1,7%. После лечения неотигазоном, в крови пациентов, больных псориазом, было обнаружено более высокое содержание ионов кальция и оно составило от 1,75 до 1,90%.

При использовании подмаренника настоящего и неотигазона в лечении пациентов, больных псориазом, после проведенного курса лечения, содержание кальция в крови восстановилось до нормы и составило от 1,93 до 2,10%.

В литературе известно, что применение подмаренника настоящего способствует лучшему усвоению ионов кальция. Мы предполагаем, что сумма биологически активных веществ (кумарины, флавоноиды, иридоиды, антрохиноны) данного растения способствуют усвоению кальция, поэтому применение

отвара травы подмаренника настоящего в лечении псориаза, позволило восстановить ионы кальция в крови до нормы.

Таким образом, наши исследования показали, что у пациентов с диагнозом псориаз нарушено всасывание ионов кальция и для восстановления его в крови необходимо использование травы подмаренника настоящего. Также установлено, что наилучшие результаты лечения псориаза (уменьшение количества рецидивов) возможны при условии комплексного использования препарата неотигазон (ацетритин) и травы подмаренника настоящего.

Литература

1. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т. / АМН СССР. Гл. ред. Б.В. Петровский. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия. — Т. 21. — С. 371–375.
2. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учеб./ под ред. В.Г. Кукеса, А.К. Стародубцева. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 476–477.
3. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейства Caprifoliaceae-Plantaginaceae. — Л.: Наука, 1990. — С. 80–82.

ФИЗИОТЕРАПЕВТ

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

ФИЗИОТЕРАПЕВТ



Научно-практический журнал для врачей-физиотерапевтов

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация работы в физиотерапии

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

Оригинальные статьи

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

Новые технологии

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

Официальный отдел

- приказы, информационные письма, положения и методические рекомендации по

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

Обзоры и диссертации

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

Последипломное образование

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

Лекции

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

Как подписаться на журнал «Физиотерапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84881.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 13534.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

На правах рекламы

ХИРУРГ

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



Научно-практический рецензируемый журнал для врачей хирургического профиля

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

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

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация хирургической помощи

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

Проблемы общей хирургии

- предоперационная подготовка;
- современные методы хирургического лечения.

Проблемы лимфатической системы

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

Коррекция психического статуса хирургических больных

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

Эндоскопическая хирургия

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

Травматология

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

Анестезиология и реаниматология

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

Клинический опыт

- нестандартные клинические наблюдения;
- оригинальные операции.

Как подписаться на журнал «Хирург»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84811.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12371.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

ДОКЛАД

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

REPORT

on progress of implementation of «Programme of state guarantees of rendering of free medical aid to citizens of Russian Federation in 2008»

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее — территориальные программы) во всех субъектах Российской Федерации осуществлялось в 2008 году в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год (далее — Программа), утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286.

Правительством Российской Федерации на 2008 год установлен подушевой норматив финансирования Программы в целом, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), в размере 4 503 рубля и 2 207,1 рубля соответственно.

Подушевой норматив финансирования Программы рассчитан исходя из установленных нормативов объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на одного человека в год и нормативов финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи. Установленный норматив стоимости единицы объема медицинской помощи в рамках Программы по каждому виду включал все виды финансовых затрат медицинских организаций.

Установленный подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования (2 207,1 рубля) включал расходы

медицинских организаций на оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование и не включал расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств.

Установленный Правительством Российской Федерации подушевой норматив финансирования Программы за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (2 295,9 рубля) включал расходы местных бюджетов и бюджетов субъектов Российской Федерации на финансирование скорой медицинской помощи, в том числе специализированной санитарно-авиационной, специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств).

Кроме того, из этих же средств финансировались медицинские и иные услуги, предоставляемые лепрозориями, трахоматоз-

ными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом), центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профессиональной патологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, хосписами, больницами сестринского ухода, бюро судебно-медицинской, судебно-психиатрической и патологоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями (отделениями, кабинетами) переливания крови, центрами планирования семьи и репродукции человека, а также осуществлялись расходы на дополнительные меры по оказанию медицинской помощи, лекарственному обеспечению и протезированию (зубному, главному, ушному) отдельных категорий граждан.

Установленные финансовые нормативы являлись минимальными и не учитывали районные коэффициенты.

В соответствии с п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным фондом ОМС (далее — ФФОМС) были подготовлены и направлены руководителям органов управления здравоохранением и исполнительным директорам территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации информационные письма «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год» от 20 июня 2007 г. № 4888-ВС, а также от 6 августа 2007 г. № 5922-ВС и от 6 августа 2007 г. № 5874/20-и, согласованное с Министерством финансов Российской Федерации (письмо от 27 июля 2007 г. № 12-03-08).

Отличительными особенностями реализации Программы в 2008 году являлись: продолжение выполнения основных мероприятий Приоритетного национального проекта «Здоровье», завершение реализации в 19 субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2007 г. № 816), обеспечение лекарственными средствами,

предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, ведение медицинскими организациями раздельного учета расходов финансовых затрат по видам медицинской помощи и условиям ее оказания.

В целях повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, начиная с отчета за 2008 год, постановлением Федеральной службы государственной статистики от 21 ноября 2007 г. № 90 утверждена годовая форма федерального государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению».

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях обеспечения унифицированного подхода к формированию и своевременному предоставлению сведений статистического наблюдения за 2008 год по форме федерального государственного статистического наблюдения № 62 подготовлены и направлены в субъекты Российской Федерации разъяснения по вопросам формирования и предоставления сведений об оказании и финансировании медицинской помощи населению (информационное письмо от 12 декабря 2008 г. № 9762-ТГ), а также проведено совещание с участием руководителей планово-финансовых служб органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, специалистов медицинских информационно-аналитических центров и бюро медицинской статистики. Основные показатели, представленные в Докладе, рассчитаны на основе сводного годового отчета по Российской Федерации по данной форме за 2008 год (*приложение 1*).

Кроме того, при подготовке Доклада использованы информационные материалы, представленные Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации Федеральным казначейством, Российской Академией медицинских наук, ФФОМС, Фондом социального страхования Российской Федерации, Федеральным медико-биологическим агентством, а также территориальными органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ

Нарушение порядка представления статистической информации, а равно представление недостоверной статистической информации влечет ответственность, установленную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ, а также статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.92 № 2761-1 «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности»

Представляют:	Сроки представления	Форма № 62
юридические лица, оказывающие медицинскую помощь населению, не работающие в системе ОМС: — органу управления здравоохранением по подчиненности; — вышестоящей организации (ведомству) по подчиненности	1 февраля после отчетного периода	Утверждена постановлением Росстата от 21.11.2007 № 90
юридические лица, оказывающие медицинскую помощь населению, работающие в системе ОМС: — территориальному фонду ОМС (разделы I, II и VII); — органу управления здравоохранением по подчиненности; — вышестоящей организации (ведомству) по подчиненности	1 февраля после отчетного периода	Годовая
юридические лица — федеральные учреждения здравоохранения: — Росздраву, ФМБА, Федеральному агентству по ВМП и РАМН по подчиненности	1 февраля после отчетного периода	Российская Федерация (без учета данных по федеральным медицинским организациям и г. Байконур)
органы управления здравоохранением муниципального образования: — органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации	1 марта после отчетного периода	
территориальные фонды ОМС (разделы I, II и VII): — органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации;	1 марта после отчетного периода	
— Федеральному фонду ОМС		
органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (сводный отчет по субъекту Российской Федерации, согласованный с территориальным фондом ОМС разделы I, II и VII): — Минздравсоцразвития России;	25 марта после отчетного периода	
— территориальному органу Росстата в субъекте Российской Федерации по установленному им адресу	15 апреля после отчетного периода	
Росздрав, ФМБА, Федеральное агентство по ВМП и РАМН сводные отчеты: — Минздравсоцразвития России	1 апреля после отчетного периода	
Федеральный фонд ОМС сводный отчет (разделы I, II и VII) по России и субъектам Российской Федерации: — Минздравсоцразвития России	15 апреля после отчетного периода	
Минздравсоцразвития России в целом по Российской Федерации и субъектам Российской Федерации: — Росстату (по согласованной программе)	1 мая после отчетного периода	

Наименование отчитывающейся организации Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации								
Почтовый адрес _____								
Код	Код							
формы по ОКУД	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКТМО	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОККОГУ	организационно-правовой формы по ОККОПФ	формы собственности по ОКФС	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
0609385								

Справочно:

(29) Расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающих граждан 813 583 021 794 (руб.) (1), расходы бюджетов муниципальных образований 248 096 920 974 (2) и расходы бюджета субъекта Российской Федерации 565 486 100 820 (3) (код по ОКЕИ: рубль — 383).

(30) Расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами 18 908 569 746 (руб.) в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890) (код по ОКЕИ: рубль — 383).

(31) Расходы федерального бюджета Российской Федерации на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами 46 779 319 158 (руб.) (1) в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ и расходы бюджета субъекта Российской Федерации на дополнительное финансирование обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами 6 302 113 933 (2), в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ. (код по ОКЕИ: рубль — 383).

В Докладе представлены результаты комплексной экспертной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ на основе фактически выполненных объемов медицинской помощи по видам и расходам с определением размера дефицита финансового обеспечения медицинской помощи гражданам из государственных источников. Дефицит финансового обеспечения территориальной программы в целом, в том числе территориальной программы ОМС, определялся как разница фактически выполненных финансовых показателей (годовой отчет по статистической форме № 62 за 2008 год) и потребности в финансовых средствах, рассчитанной на основе подушевых нормативов, установленных постановлением Правительством Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 на 2008 год, с учетом районных коэффициентов, умноженных на численность населения региона.

Для оценки эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации использованы и приводятся в Докладе показатели, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Впервые в 2008 году постановлением Правительства Российской Федерации от 14 июля 2008 г. № 515 утверждена новая методика распределения средств нормированного запаса ФФОМС для увеличения дотаций, направляемых в бюджеты территориальных фондов ОМС на выполнение территориаль-

ных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС. Кроме того, по результатам комплексной оценки эффективности реализации территориальных программ в 2007 году осуществлялось распределение средств нормированного страхового запаса ФФОМС для стимулирования эффективности реализации территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС.

Результаты комплексной оценки эффективности реализации территориальных программ за 2008 год в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28 января 2009 г. № 69 будут учтены при распределении средств нормированного страхового запаса ФФОМС для стимулирования эффективности реализации территориальных программ в 2009 году.

1. Фактическое выполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году

В 2008 году в Российской Федерации в государственных субъектах Российской Федерации и муниципальных учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях в рамках Программы бесплатно получили стационарную медицинскую помощь 31,5 млн человек, медицинскую помощь в дневных стационарах — 6,2 млн человек. Общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью, составило 49 млн, число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и на дому — около 490 млн. Кроме того, федеральными учреждениями здравоохранения стационарная медицинская помощь оказана 971,4 тыс. чело-

Таблица 1

**Фактическое финансирование Программы за период с 2006 по 2008 гг.
(по источникам финансирования; млрд рублей)**

Источники финансирования	2006 год		2007 год		2008 год	
	абс. данные	%	абс. данные	%	абс. данные	%
А	1	2	3	4	5	6
1.Федеральный бюджет	117,4	17,0	162,5	18,1	288,6*)	24,4
2.Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	317,2	45,9	406,6	45,3	483,7	40,8
3.Средства системы ОМС	256,1	37,1	328,2	36,6	412,8	34,8
Итого	690,7	100,0	897,3	100,0	1 185,1	100,0
в % ВВП	2,6	-	2,9	-	2,8	-

* — расходы на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, а также лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом (46,8 млрд рублей), денежные выплаты участковым и др. врачам и медицинским сестрам на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи (21,0 млрд рублей), дополнительную диспансеризацию работающих граждан (5,7 млрд рублей), диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот (0,5 млрд рублей), реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (3,4 млрд рублей), а также на медицинскую помощь в федеральных медицинских организациях (180,4 млрд рублей), в том числе на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (24,2 млрд рублей), профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С (8,0 млрд рублей), дополнительную иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок (5,0 млрд рублей), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (8,1 млрд рублей), оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (2,0 млрд рублей), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными условиями (7,7 млрд рублей).

век, медицинская помощь в условиях дневных стационаров — 33,7 тыс. человек, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений составило 15,6 млн.

Высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь в федеральных учреждениях здравоохранения получили 190,6 тысяч человек, в государственных и муниципальных учреждениях субъектов Российской Федерации — свыше 24 тыс. человек.

Расходы государственных источников финансирования на Программу в 2008 году составили 1 185,1 млрд руб. и возросли в текущих ценах на 71,6% по сравнению с 2006 годом (табл. 1). Программа финансировалась в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (65,2%) и средств системы ОМС (34,8%). Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на Программу увеличились с 2006 года на 52,5% и составили в 2008 году 483,7 млрд рублей (40,8% всех расходов).

Расходы системы обязательного медицинского страхования (как источника финан-

сирования территориальных программ ОМС) возросли за три года на 61,2% и составили в 2008 году 412,8 млрд рублей (34,8% всех расходов). В 2008 году в территориальные фонды ОМС поступило средств за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения 178,9 млрд рублей, единого социального налога и иных налоговых поступлений 162,1 млрд рублей, дотаций из бюджета ФФОМС, направляемых на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС 71,8 млрд рублей.

Наиболее существенно (в 2,5 раз) за период 2006–2008 гг. увеличились расходы федерального бюджета на финансирование Программы, которые составили в 2008 году 288,6 млрд рублей (24,4% всех расходов).

Расходы федерального бюджета включали не только затраты на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях (180,4 млрд рублей), в том числе высокотехнологичной специализированной медицинской помощи (24,2 млрд рублей), но и

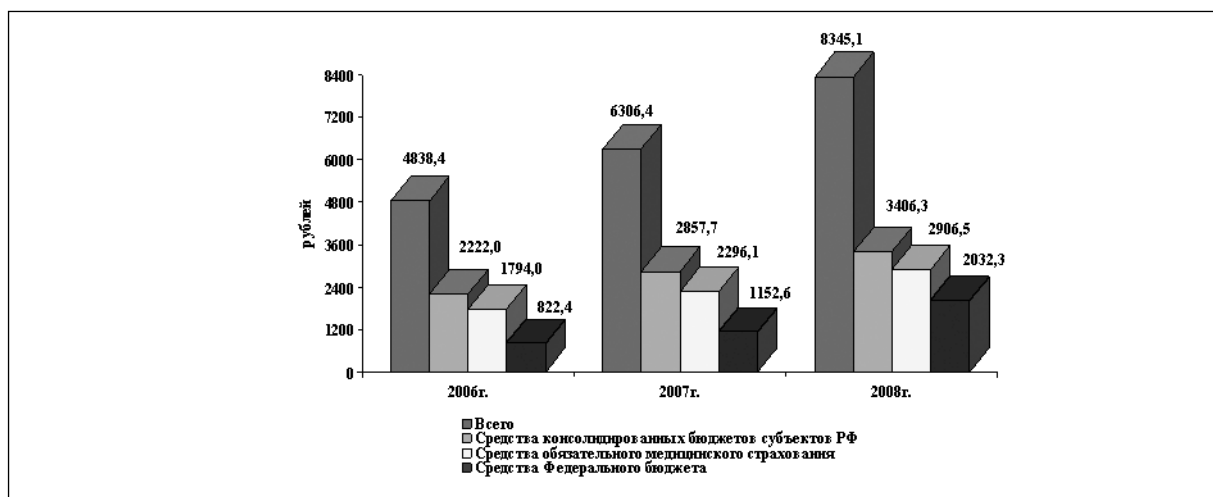


Рис. 1. Финансовое обеспечение Программы за период с 2006 по 2008 гг.
(рублей в расчете на душу населения)

расходы на профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С (8,0 млрд рублей), дополнительную иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок (5,0 млрд рублей), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (8,1 млрд рублей), расходы на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, а также лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом (46,8 млрд рублей), денежные выплаты участковым и другим врачам и медицинским сестрам на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи (21,0 млрд рублей), дополнительную диспансеризацию работающих граждан (5,7 млрд рублей), диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот (0,5 млрд рублей), реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (3,4 млрд рублей), а также оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (2,0 млрд рублей), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными

производственными условиями (7,7 млрд рублей).

Доля финансирования Программы в валовом внутреннем продукте составила в 2008 году 2,8% (в 2006 году — 2,6%, в 2007 году — 2,9%).

Подушевые показатели финансового обеспечения Программы за счет различных источников представлены на рис. 1. Так, в отчетном году показатель подушевого финансового обеспечения Программы в целом (включая средства федерального бюджета) составил 8 345,1 рубля и за период с 2006 по 2008 гг. в текущих ценах увеличился на 72,5 %.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ в 2008 году позволил установить дефицит их финансового обеспечения в 49 субъектах Российской Федерации, который составил 42,8 млрд рублей (приложение 2). Наиболее дефицитными в 2008 году были территориальные программы в субъектах Российской Федерации Южного федерального округа: республиках Ингушетия (56,5%), Дагестан (32,2%), Кабардино-Балкарской (32,0%), Чеченской (23,1%) и Ставропольском крае (24,8%). Значительный дефицит финансового обеспечения территориальных программ установлен также в Приморском крае (26,6%), Республике Хакасия (26,1%), Курганской (25,2%) и Томской (24,2%) областях.

Дефицит финансового обеспечения территориальных программ ОМС в 48 субъектах Российской Федерации составлял 11,7 млрд рублей.

Дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2008 году

Субъект Российской Федерации	Потребность (установленный подушевой норматив — 4503,1 х численность населения х районный коэффициент; рублей)	Фактические расходы на территориальные программы (рублей)	Дефицит (гр.1 — гр.2)	Процент дефицита
Брянская область	5 892 211 784,9	5 154 232 209,0	-737 979 575,9	-12,5
Владимирская область	6 527 130 872,5	6 182 307 888,0	-344 822 984,5	-5,3
Воронежская область	10 268 896 258,6	9 758 492 868,0	-510 403 390,6	-5,0
Ивановская область	4 861 569 275,5	4 174 394 887,0	-687 174 388,5	-14,1
Костромская область	3 138 854 333,3	2 848 247 032,0	-290 607 301,3	-9,3
Курская область	5 234 741 172,5	4 604 865 113,0	-629 876 059,5	-12,0
Орловская область	3 701 250 995,4	3 022 358 375,0	-678 892 620,4	-18,3
Рязанская область	5 243 995 043,0	4 623 159 562,0	-620 835 481,0	-11,8
Смоленская область	4 427 569 503,7	3 994 069 995,0	-433 499 508,7	-9,8
Тамбовская область	4 980 586 208,5	3 857 348 849,0	-1 123 237 359,5	-22,6
Тверская область	6 212 215 580,2	5 884 263 357,0	-327 952 223,2	-5,3
Республика Карелия	5 467 519 803,7	5 008 154 868,0	-459 364 935,7	-8,4
Республика Коми	8 204 157 430,6	7 983 134 525,0	-221 022 905,6	-2,7
Архангельская область	10 067 662 734,5	8 063 308 429,0	-2 004 354 305,5	-19,9
Калининградская область	4 221 223 952,4	3 352 710 750,0	-868 513 202,4	-20,6
Мурманская область	8 439 196 799,9	8 233 390 708,0	-205 806 091,9	-2,4
Республика Адыгея	1 986 659 645,6	1 757 511 674,0	-229 147 971,6	-11,5
Республика Дагестан	12 317 763 751,3	8 355 875 642,0	-3 961 888 109,3	-32,2
Республика Ингушетия	2 249 307 456,2	978 566 614,0	-1 270 740 842,2	-56,5
Кабардино-Балкарская Республика	4 106 101 183,2	2 793 063 502,0	-1 313 037 681,2	-32,0
Республика Калмыкия	1 375 184 144,7	1 166 703 983,0	-208 480 161,7	-15,2
Карачаево-Черкесская Республика	1 924 705 995,8	1 712 848 593,0	-211 857 402,8	-11,0
Республика Северная Осетия — Алания	3 248 004 167,2	2 511 847 668,0	-736 156 499,2	-22,7
Чеченская Республика	5 444 428 024,0	4 188 784 117,0	-1 255 643 907,0	-23,1
Ставропольский край	12 232 348 194,0	9 195 760 766,0	-3 036 587 428,0	-24,8
Астраханская область	4 580 500 391,5	4 429 207 105,0	-151 293 286,5	-3,3
Ростовская область	19 228 968 113,0	18 843 002 948,0	-385 965 165,0	-2,0
Республика Башкортостан	21 089 530 087,6	18 582 323 724,0	-2 507 206 363,6	-11,9
Республика Марий Эл	3 166 669 982,0	2 668 348 365,0	-498 321 617,0	-15,7
Республика Татарстан	16 944 305 207,9	16 457 624 126,0	-486 681 081,9	-2,9
Чувашская Республика	5 775 527 457,7	5 320 298 180,0	-455 229 277,7	-7,9
Кировская область	6 927 254 924,0	5 876 589 364,0	-1 050 665 560,0	-15,2
Нижегородская область	15 324 759 107,4	15 196 052 104,0	-128 707 003,4	-0,8
Пензенская область	6 388 531 146,9	189 765 120,0	-1 198 766 026,9	-18,8
Саратовская область	11 646 780 950,6	11 304 294 722,0	-342 486 228,6	-2,9
Курганская область	4 973 545 611,7	3 721 894 894,0	-1 251 650 717,7	-25,2
Республика Алтай	1 431 214 459,5	1 312 095 677,0	-119 118 782,5	-8,3
Республика Бурятия	6 616 002 681,6	5 800 522 788,0	-815 479 893,6	-12,3
Республика Тыва	2 698 031 695,4	2 321 192 166,0	-376 839 529,4	-14,0
Республика Хакасия	3 870 720 660,8	2 860 372 482,0	-1 010 348 178,8	-26,1
Алтайский край	13 679 367 938,3	11 122 689 324,0	-2 556 678 614,3	-18,7
Красноярский край	21 400 142 786,8	21 390 510 461,0	-9 632 325,8	0,0
Иркутская область	17 846 375 883,4	17 354 865 977,0	-491 509 906,4	-2,8
Новосибирская область	14 242 271 388,2	13 751 240 971,0	-491 030 417,2	-3,4
Томская область	7 338 179 181,3	5 563 285 609,0	-1 774 893 572,3	-24,2
Агинский Бурятский АО	515 940 431,0	497 589 480,0	-18 350 951,0	-3,6
Приморский край	13 766 919 335,7	10 103 363 133,0	-3 663 556 202,7	-26,6
Хабаровский край	10 367 795 242,9	10 215 275 590,0	-152 519 652,9	-1,5
Амурская область	6 254 982 575,1	5 949 299 774,0	-305 682 801,1	-4,9
Еврейская автономная область	1 303 102 302,5	1 066 895 208,0	-236 207 094,5	-18,1
Итого по 49 субъектам Российской Федерации			42,8 млрд рублей	

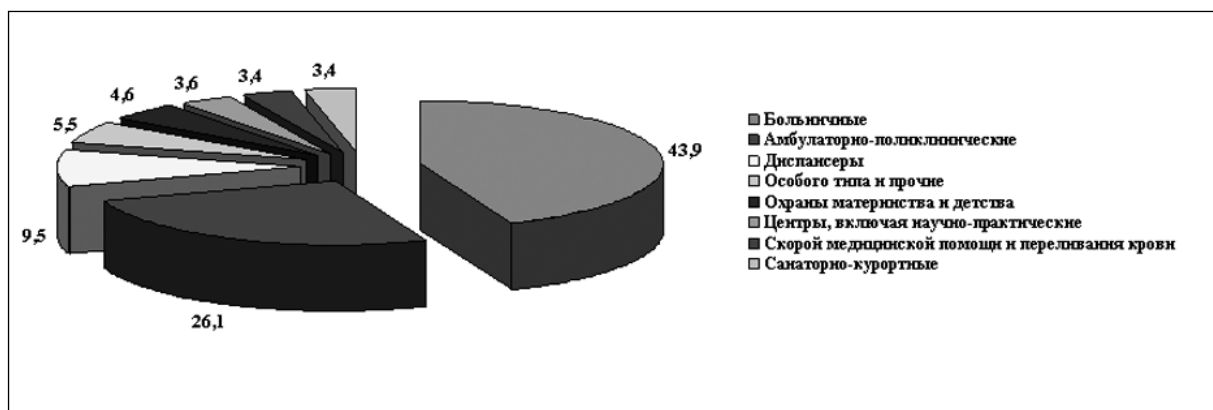


Рис. 2. Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2008 году по типам (в % к итогу; по данным статистической формы № 62)

2. Характеристика медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году

В реализации территориальных программ в 2008 году приняли участие 11,6 тыс. медицинских организаций различных типов и уровней подчиненности (в 2007 году — 12,3 тыс., в 2006 году — 12,4 тыс.).

Больничные учреждения составили около половины общего числа медицинских организаций (43,9%), амбулаторно-поликлинические учреждения — 26,1%, диспансеры — 9,5%, учреждения особого типа и прочие — 5,5%, учреждения охраны материнства и детства — 4,6%, центры — 3,6%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови и санаторно-курортные учреждения по 3,4%, (рис. 2).

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации территориальных программ, преобладали муниципальные медицинские учреждения, которые составили 55,8% общего числа организаций (6 490), медицинские учреждения субъекта Российской Федерации — 35,3% (4 113), федеральные медицинские организации, подведомственные агентствам, Российской академии медицинских наук (далее — РАМН), другим министерствам и ведомствам — 4,8% (552), медицинские организации частной формы собственности — 4,1% (483) (рис. 3).

В 2008 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса медицинских организаций федеральной собственности (с 6,5 до 4,8%) и увеличение удель-

ного веса медицинских организаций частной формы собственности (с 2,1 до 4,1%).

В отчетном году в системе обязательного медицинского страхования работали 69,2% медицинских учреждений и организаций, реализующих территориальные программы (в 2007 году — 66%). Большинство муниципальных медицинских учреждений работали в системе ОМС (84,7%), среди сельских муниципальных медицинских учреждений этот показатель составил 78,6%. Доля медицинских учреждений субъекта Российской Федерации, работающих в системе ОМС, была ниже (38,4%). Все медицинские организации частной формы собственности работали в системе ОМС.

3. Анализ реализации территориальных программ по видам и условиям предоставления медицинской помощи

В 2008 году первичная медико-санитарная помощь предоставлялась в амбулаторных условиях (число посещений — 1,1 млрд на сумму 194,0 млрд рублей), в условиях больничных учреждений (число койко-дней — 219,8 млн на сумму 211,5 млрд рублей), а также в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней — 54,7 млн на сумму 15,1 млрд рублей). По неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях выполнено 40,9 млн посещений на сумму 4,2 млрд рублей.

Специализированная медицинская помощь предоставлялась в амбулаторных условиях (число посещений — 149,2 млн на сумму 47,8 млрд рублей), в условиях больничных учреждений (число койко-дней — 188,8 млн на сумму 246,1 млрд рублей), а также в условиях

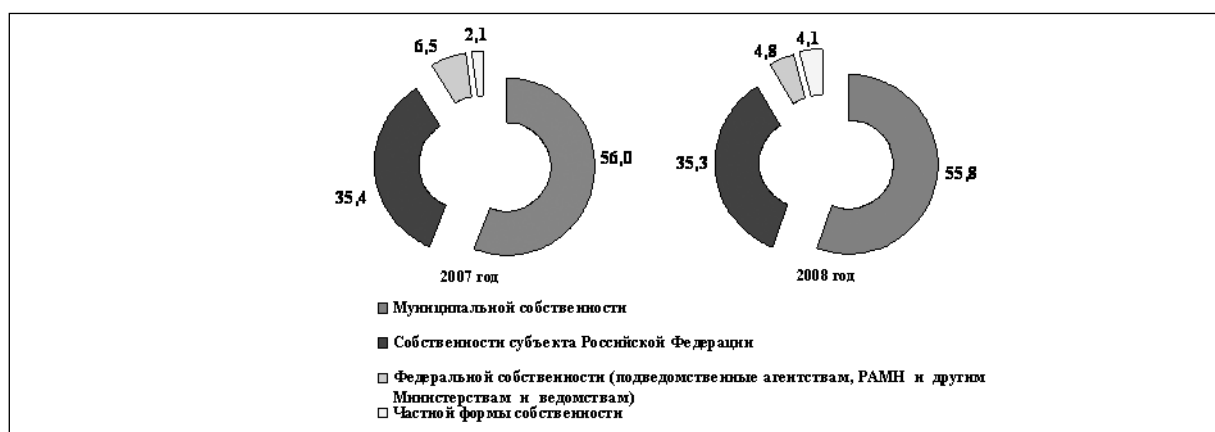


Рис. 3. Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2007 и 2008 гг. по формам собственности (в % к итогу; по данным статистической формы № 62)

дневных стационаров (число пациенто-дней — 15,8 млн на сумму 5,8 млрд рублей).

Фактические объемы медицинской помощи, оказываемой населению по условиям ее оказания в рамках территориальных программ по Российской Федерации в целом за период 2006–2008 гг., представлены в табл. 2.

Отмечена позитивная тенденция дальнейшего увеличения числа посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного жителя (с 8,527 в 2006 году до 9,126 в 2008 году), а также сокращение числа койко-дней, проведенных больными в стационарных медицинских учреждениях, в расчете на одного жителя (с 3,002 в 2006 году до 2,878 в 2008 году). Возросли объемы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, с 0,456 пациенто-дней на 1 жителя в 2006 году до 0,496 пациенто-дней на 1 жителя в 2008 году. Объемы скорой медицинской помощи увеличивались в 2007 году по сравнению с 2006 годом, однако в 2008 году отмечено их сокращение до 0,343 вызова на 1 жителя.

Вместе с тем, в 2008 году объем медицинской помощи, оказанной в дневных стациона-

рах, ниже норматива на 14,0%, объем амбулаторной медицинской помощи — на 0,8%. В тоже время, фактически выполненные объемы по наиболее затратным скорой и стационарной медицинской помощи превышали нормативы на 7,9% и 2,3% соответственно.

Несмотря на то, что фактические среднероссийские показатели объема медицинской помощи по условиям ее предоставления в 2008 году приблизились к нормативам, установленным Программой, в субъектах Российской Федерации сохранялась их существенная дифференциация. Число посещений на одного жителя в год варьировало от 4,581 в Республике Ингушетия до 13,646 в г. Москве, число койко-дней на одного жителя в год — от 1,173 в Республике Ингушетия до 5,104 в Чукотском автономном округе.

Для оценки реализации программно-целевого метода планирования медицинской помощи, представленной в рамках территориальных программ, проведено сравнение утвержденных нормативов объемов медицинской помощи и фактически выполненных показателей.

Таблица 2

Нормативы объемов медицинской помощи по условиям ее предоставления и их фактическая реализация в рамках Программы за период с 2006 по 2008 гг. (на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)

Условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Норматив по РФ на 2008 г.	Фактически выполнено в		
			2006 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3	4	5
1. Скорая медицинская помощь	вызов	0,318	0,342	0,345	0,343
2. Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,198	8,527	8,736	9,126
3. Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,812	3,002	2,911	2,878
4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,577	0,456	0,479	0,496

Утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий по объемам и видам медицинской помощи в 2008 году (по статистической форме № 62)

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Утвержденный объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя			
		вызовов скорой медицинской помощи	посещений АПУ	койко-дней в больницах	пациенто-дней в дневных стационарах
1	Белгородская область	0,317	9,510	2,608	0,865
2	Брянская область	0,358	9,245	3,285	0,595
3	Владимирская область	0,338	9,699	2,554	0,487
4	Воронежская область	0,320	9,243	2,772	0,538
5	Ивановская область	0,341	8,499	3,184	0,706
6	Калужская область	0,343	7,647	2,728	0,558
7	Костромская область	0,296	8,323	3,169	0,794
8	Курская область	0,320	8,994	2,813	0,580
9	Липецкая область	0,319	9,750	3,814	0,611
10	Московская область	0,314	8,382	2,637	0,326
11	Орловская область	0,324	7,951	2,934	0,532
12	Рязанская область	0,358	9,375	3,280	0,496
13	Смоленская область	0,399	8,405	3,332	0,514
14	Тамбовская область	0,313	7,189	3,173	0,525
15	Тверская область	0,365	7,720	2,921	0,525
16	Тульская область	0,317	9,175	3,086	0,576
17	Ярославская область	0,333	9,152	3,327	0,476
18	г. Москва	0,279	13,136	3,264	0,668
19	Республика Карелия	0,325	8,758	3,018	0,690
20	Республика Коми	0,332	9,241	3,047	0,698
21	Архангельская область	0,324	9,196	2,909	0,623
22	Вологодская область	0,347	9,468	3,212	0,713
23	Калининградская область	0,318	7,223	2,501	0,348
24	Ленинградская область	0,305	6,365	2,319	0,397
25	Мурманская область	0,350	8,562	2,920	0,500
26	Новгородская область	0,388	9,150	2,943	0,755
27	Псковская область	0,316	9,388	2,878	0,533
28	г. Санкт-Петербург	0,358	8,729	2,541	0,559
29	Ненецкий автономный округ	0,357	9,496	3,060	0,228
30	Республика Адыгея	0,361	9,159	3,205	0,546
31	Республика Дагестан	0,225	7,919	2,336	0,049
32	Республика Ингушетия	0,232	5,114	1,368	0,000
33	Кабардино-Балкарская Республика	0,303	6,545	3,317	0,125
34	Республика Калмыкия	0,320	9,929	2,909	0,674
35	Карачаево-Черкесская Республика	0,415	6,176	2,945	0,181
36	Республика Северная Осетия - Алания	0,318	8,294	2,683	0,407
37	Чеченская республика	0,250	5,400	2,242	0,200
38	Краснодарский край	0,373	8,815	2,749	0,592
39	Ставропольский край	0,320	6,822	2,601	0,385
40	Астраханская область	0,366	9,869	2,873	0,541
41	Волгоградская область	0,320	8,831	2,766	0,519
42	Ростовская область	0,379	9,268	2,718	0,513
43	Республика Башкортостан	0,318	9,726	2,693	0,524
44	Республика Марий Эл	0,320	9,244	2,826	0,580
45	Республика Мордовия	0,321	10,185	2,869	0,563
46	Республика Татарстан	0,302	8,032	2,583	0,529
47	Республика Удмуртия	0,357	9,431	3,343	0,549
48	Республика Чувашия	0,250	9,241	2,844	0,565
49	Пермский край	0,319	9,255	2,889	0,602
50	Кировская область	0,359	7,901	3,875	0,681

№ п/п	Субъект Российской Федерации	Утвержденный объем медицинской помощи в расчете на 1-го жителя			
		вызовов скорой медицинской помощи	посещений АПУ	койко-дней в больницах	пациенто-дней в дневных стационарах
51	Нижегородская область	0,344	8,440	3,064	0,628
52	Оренбургская область	0,316	9,135	2,890	0,582
53	Пензенская область	0,309	9,559	3,028	0,591
54	Самарская область	0,267	9,412	2,743	0,600
55	Саратовская область	0,318	9,239	3,166	0,587
56	Ульяновская область	0,321	9,227	3,041	0,569
57	Курганская область	0,321	9,300	2,858	0,568
58	Свердловская область	0,319	8,863	2,864	0,594
59	Тюменская область	0,338	8,741	2,566	0,583
60	Челябинская область	0,322	9,212	3,069	0,578
61	Ханты-Мансийский автономный округ	0,323	10,269	2,957	0,456
62	Ямало-Ненецкий автономный округ	0,368	9,303	3,079	0,575
63	Республика Алтай	0,321	13,722	2,870	0,672
64	Республика Бурятия	0,301	8,170	2,834	0,641
65	Республика Тыва	0,314	8,119	4,210	0,673
66	Республика Хакасия	0,325	9,654	2,809	0,754
67	Алтайский край	0,320	9,252	2,829	0,580
68	Красноярский край	0,334	9,301	2,915	0,429
69	Иркутская область	0,366	10,326	3,399	0,611
70	Кемеровская область	0,312	9,692	2,817	0,774
71	Новосибирская область	0,462	9,432	2,918	0,589
72	Омская область	0,317	9,459	3,289	0,762
73	Томская область	0,350	8,875	2,823	0,608
74	Читинская область	0,319	9,213	2,929	0,599
75	Агинский Бурятский автономный округ	0,216	8,947	3,027	0,383
76	Республика Саха (Якутия)	0,318	9,480	3,846	0,601
77	Приморский край	0,321	8,476	2,752	0,488
78	Хабаровский край	0,388	9,042	2,825	0,552
79	Амурская область	0,330	8,951	2,751	0,666
80	Камчатский край	0,422	7,769	3,222	0,612
81	Магаданская область	0,377	9,889	4,574	1,019
82	Сахалинская область	0,500	9,268	2,861	0,562
83	Еврейская автономная область	0,426	9,189	2,838	0,614
84	Чукотский автономный округ	0,397	10,810	3,100	0,636

Фактические объемы по скорой медицинской помощи были в большинстве субъектов Российской Федерации выше по сравнению с утвержденными (в 67 субъектах Российской Федерации), а по медицинской помощи в условиях дневных стационаров — ниже по сравнению с утвержденными (в 53 субъектах Российской Федерации (приложение 3)).

Установлено, что отклонения фактических объемов медицинской помощи от утвержденных ниже 10%-го уровня выявлены: по скорой медицинской помощи в 63 субъектах Российской Федерации, по стационарной — в 75, по амбулаторной — в 61, по медицинской помощи в условиях дневных стационаров — в 47.

Отклонения фактических объемов медицинской помощи от утвержденных на уровне от 10 до 20% выявлены: по скорой медицинской помощи — в 13 субъектах Российской

Федерации, по стационарной — в 8, по амбулаторной — в 18, по медицинской помощи в условиях дневных стационаров — в 21.

Наибольший размер отклонений фактических объемов медицинской помощи от утвержденных — более 20% — наблюдался по медицинской помощи в условиях дневных стационаров — в 16 субъектах Российской Федерации, по другим видам медицинской помощи утвержденные показатели заметно отличались от фактических по скорой медицинской помощи в 8 субъектах Российской Федерации, по амбулаторной медицинской помощи — в 5 и по стационарной — в 1.

В целом разработка территориальных программ в части планирования объемов медицинской помощи осуществлялась в соответствии с потребностями населения в

20 субъектах Российской Федерации, где зафиксированы наименьшие отклонения утвержденных объемов от фактическим по всем видам медицинской помощи (в республиках Башкортостан, Ингушетия, Удмуртия, Пермском, Приморском, Ставропольском краях, Архангельской, Брянской, Владимирской, Ивановской, Камчатской, Кировской, Курской, Мурманской, Ростовской, Саратовской, Смоленской, Тульской областях, Еврейской автономной области и Ямало-Ненецком автономном округе).

Фактические и приведенные (без учета районных коэффициентов) подушевые показатели финансового обеспечения медицинской помощи по условиям предоставления представлены в табл. 3.

В 2008 г. фактический и приведенный показатели финансового обеспечения Программы

в расчете на 1 жителя увеличились по сравнению с предыдущим годом на 22,6% и составили 6312,8 руб. и 5273,8 руб. соответственно.

Наиболее значительно увеличилось подушевое финансовое обеспечение стационарной помощи (на 28,6%). Подушевые расходы на медицинскую помощь в дневных стационарах возросли на 27,6%, на амбулаторную медицинскую помощь — на 26,7%, на скорую медицинскую помощь — на 24,3%. Показатель подушевого финансового обеспечения прочих медицинских и иных услуг, несмотря на увеличение индекса потребительских цен в 2008 г., сократился на 2,3% по сравнению с предыдущим годом.

Фактические и приведенные показатели стоимости единиц объемов медицинской помощи увеличились в 2008 году по всем видам, однако, по скорой медицинской помощи

Таблица 3

**Подушевое финансовое обеспечение Программы в 2007 и 2008 гг.
по условиям предоставления медицинской помощи
(рублей на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)**

Условия предоставления медицинской помощи	2007 год		2008 год	
	Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
А	1	2	3	4
1. Скорая медицинская	306,5	256,1	381,1	318,4
2. Амбулаторная медицинская помощь	1 343,6	1 122,5	1 702,9	1 422,6
3. Стационарная	2 505,2	2 092,9	3 221,9	2 691,6
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	115,2	96,2	147,0	122,8
5. Медицинская помощь в условиях иных учреждений здравоохранения	879,9	735,1	859,9	718,4
6. Итого	5 150,4	4 302,8	6 312,8	5 273,8

Примечание: * — без учета влияния районных коэффициентов.

Таблица 4

**Финансовое обеспечение Программы в 2007 и 2008 гг.
по условиям предоставления медицинской помощи
(в расчете на единицу объема медицинской помощи; по данным статистической формы № 62)**

Условия предоставления медицинской помощи	2007 год		2008 год	
	Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
А	1	2	3	4
1. Скорая медицинская	888,3	742,1	1 109,9	927,2
2. Амбулаторная медицинская помощь	153,8	128,5	186,6	155,9
3. Стационарная	860,6	719,0	1 119,6	935,3
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	240,6	201,0	296,2	247,5

Примечание: * — без учета влияния районных коэффициентов.

и по медицинской помощи в дневных стационарах всех типов не достигли установленных финансовых нормативов (табл. 4).

Приведенный показатель стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в 2008 году составил лишь 927,2 рубля при нормативе 1213,3 рубля (76,4%), одного пациента-дня лечения в дневных стационарах — 247,5 рублей при нормативе 268,5 рублей (92,2%).

Сохраняется существенная дифференциация подушевых показателей финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий от 1 959,1 рубля в Республике Ингушетия до 10 739,1 рублей в Чукотском автономном округе (без учета районных коэффициентов).

В 2008 году объемы скорой медицинской помощи сократились по сравнению с 2007 годом, и составили 48,8 млн вызовов, число (табл. 5). Снизилась дифференциация показателей объема скорой медицинской помощи по субъектам Российской Федерации, при этом число вызовов в расчете на 1 жителя по-прежнему наиболее высоко в регионах Дальневосточного федерального округа (Еврейской автономной области — 0,456, Сахалинской области — 0,455, Амурской области — 0,443), а также в некоторых регионах Южного федерального округа (Астраханской области — 0,452, Республике Северная Осетия-Алания — 0,429, Карачаево-Черкесской Республике — 0,419).

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации в основном оказывалась на муниципальном уровне — 41,3 млн вызовов (84,6% общего числа вызовов).

На скорую медицинскую помощь в 2008 году израсходовано 54,1 млрд рублей, из них

38,1 млрд рублей составляли средства местных бюджетов (70,4%).

Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2008 году составила 1 109,9 рубля (в 2007 году — 888,3 рубля). Стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2008 году за счет местных бюджетов составила в среднем 922,2 рубля, а за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации — 2 718,7 рублей.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ, число посещений в 2008 году составило 1 296,0 млн, что на 4,3% больше по сравнению с 2007 годом (табл. 6).

Амбулаторная медицинская помощь гражданам Российской Федерации в основном оказывалась в рамках территориальных программ ОМС — 1 087,1 млн посещений (83,9% всех посещений).

Анализ фактически выполненных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по субъектам Российской Федерации позволил установить наиболее высокие показатели числа посещений в расчете на 1 жителя в г. Москве (13,6), Республике Алтай (11,7), Оренбургской области (11,3), а также Ханты-Мансийском автономном округе и Омской области (по 10,6) и Рязанской области (10,4).

В 2008 году впервые проанализировано число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения, которое включало все посещения по определенному заболеванию. Общее количество обращений в связи с заболеваниями составило 489,6 млн., в том числе,

Таблица 5

**Оказание и финансирование скорой медицинской помощи
гражданам Российской Федерации
в рамках Программы в 2007 и 2008 гг. (по данным статистической формы № 62)**

Показатели		Источники финансирования							
		Местные бюджеты		Бюджеты субъектов РФ		Средства ОМС и конс. бюджетов субъектов на ТП ОМС		Всего	
		2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число вызовов за год	млн	42,9	41,3	5,3	5,3	1,0	2,2	49,2	48,8
	%	87,2	84,6	10,8	10,9	2,0	4,5	100,0	100,0
Число обслуженных лиц за год	млн	42,9	41,5	6,0	5,4	1,4	2,1	50,3	49,0
	%	85,3	84,7	11,9	11,0	2,8	4,3	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	33,1	38,1	10,0	14,4	0,6	1,6	43,7	54,1
	%	75,7	70,4	22,9	26,6	1,4	3,0	100,0	100,0
Средняя стоимость одного вызова (руб.)		771,6	922,2	1 876,3	2 718,7	653,0	745,9	888,3	1 109,9

Таблица 6

**Оказание и финансирование амбулаторной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках Программы в 2007 и 2008 гг.
(по данным статистической формы № 62)**

Показатели		Источники финансирования							
		Местные бюджеты		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и конс. бюджетов субъектов на ТП ОМС		Всего	
		2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число посещений за год	млн	108,1	126,3	82,4	82,6	1 052,4	1 087,1	1 242,9	1 296,0
	%	8,7	9,7	6,6	6,4	84,7	83,9	100,0	100,0
Число обращений за год*	млн	...	38,7	...	30,1	...	420,8	...	489,6
	%	...	7,9	...	6,2	...	85,9	...	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	17,3	21,7	19,0	25,5	154,9	194,6	191,2	241,8
	%	9,1	9,0	9,9	10,5	81,0	80,5	100,0	100,0
Средняя стоимость одного посещения (руб.)		159,9	171,7	230,2	308,7	147,2	179,1	153,8	186,6
Средняя стоимость одного обращения (руб.)*		...	559,7	...	845,6	...	462,6	...	439,9

Примечание: * — данные с отчета за 2008 год.

в рамках территориальных программ ОМС — 420,8 млн (85,9%).

Кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составила 2,6.

На оказание медицинской помощи в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений в 2008 году израсходовано 241,8 млрд рублей, из них 194,6 млрд рублей — средства ОМС (80,5% всех средств).

Средняя стоимость одного посещения составила 186,6 рублей (в 2007 г. — 153,8 рублей). Стоимость одного посещения медицинского учреждения субъекта Российской Федерации составила в среднем 308,7 рублей, а посещения муниципального медицинского учреждения — 171,7 рублей.

Средняя стоимость одного обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения составила 439,9 рублей. В муниципальных медицинских учреждениях средняя стоимость одного обращения составила 559,7 рублей, в медицинских учреждениях субъекта Российской Федерации — 845,6 рубля.

В 2008 году число больных в стационарах незначительно снизилось по сравнению с предыдущим годом и составило 31,5 млн. человек, из них 27,4 млн больных (87,0%) получили медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС (табл. 7).

На лечение больных в стационарах израсходовано 457,5 млрд рублей, в том числе 334,0 млрд рублей (73,0%) за счет средств ОМС. Стоимость лечения одного больного составила в среднем 14 531,4 рубля, что выше соответствующего показателя 2007 года на 28,6%. Самым затратным было лечение

одного больного в медицинских организациях субъектов Российской Федерации — в среднем 39 341,3 рубля.

В 2008 году в стационарах больными проведено 408,7 млн койко-дней, что на 1,3% меньше по сравнению с предыдущим годом (414,2 млн койко-дней). Наиболее существенно этот показатель снизился в муниципальных больничных учреждениях (22,1 млн в 2007 году до 19,8 млн в 2008 году).

Значительное число койко-дней на 1 жителя отмечено в Чукотском автономном округе (5,1), Магаданской области (4,7), Республике Тыва (4,3), Сахалинской (4,3) и Кировской областях (4,0).

Средние сроки лечения одного больного в стационарах в 2008 году составили 13,0 дней (в 2007 году — 13,1 дня). Средняя стоимость одного койко-дня составила 1 119,6 рублей (в 2007 году — 860,6 рублей).

В 2008 году в дневных стационарах пролечено 6,2 млн больных, что на 5,1% больше по сравнению с предыдущим годом (5,9 млн). Большинство пациентов проходило лечение в дневных стационарах в рамках территориальных программ ОМС — 5,6 млн больных (90,3% всех больных) (табл. 8).

Расходы на лечение больных в дневных стационарах составили 20,9 млрд руб., из них 17,3 млрд руб. — средства ОМС (82,8% всех средств) и 2,8 млрд руб. — средства бюджетов субъектов Российской Федерации (13,4%). Средняя стоимость лечения одного больного в дневном стационаре в 2008 году составила 3355,8 руб. (в 2007 году — 2761,4 руб.).

Таблица 7

**Оказание и финансирование стационарной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках Программы в 2007 и 2008 гг.
(по данным статистической формы № 62)**

Показатели		Источники финансирования							
		Местные бюджеты		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и конс. бюджетов субъектов на ТП ОМС		Всего	
		2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число больных	млн	1,6	1,5	2,6	2,6	27,4	27,4	31,6	31,5
	%	5,1	4,8	8,2	8,2	86,7	87,0	100,0	100,0
Число койко-дней	млн	22,1	19,8	88,5	88,8	303,6	300,1	414,2	408,7
	%	5,3	4,9	21,4	21,7	73,3	73,4	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	19,0	22,0	83,0	101,5	254,5	334,0	356,5	457,5
	%	5,3	4,8	23,3	22,2	71,4	73,0	100,0	100,0
Средняя стоимость лечения одного больного (руб.)		11 767,4	14 440,8	32 111,1	39 341,3	9 306,7	12 198,1	11 298,7	14 531,4
Средняя стоимость одного койко-дня (рублей)		857,9	1 107,8	937,6	1 144,1	838,5	1 113,2	860,6	1 119,6
Средние сроки лечения (дней)		13,7	13,0	34,2	34,4	11,1	11,0	13,1	13,0

Таблица 8

**Оказание и финансирование медицинской помощи в дневных стационарах гражданам Российской Федерации в рамках Программы в 2007 и 2008 гг.
(по данным статистической формы № 62)**

Показатели		Источники финансирования							
		Местные бюджеты		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и конс. бюджетов субъектов на ТП ОМС		Всего	
		2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число больных	млн	0,2	0,2	0,3	0,4	5,4	5,6	5,9	6,2
	%	3,4	3,2	5,1	6,5	91,5	90,3	100,0	100,0
Число пациенто-дней	млн	3,1	3,1	8,0	8,3	57,0	59,1	68,1	70,5
	%	4,6	4,4	11,7	11,8	83,7	83,8	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	0,8	0,8	2,3	2,8	13,3	17,3	16,4	20,9
	%	4,9	3,8	14,0	13,4	81,1	82,8	100,0	100,0
Средняя стоимость лечения одного больного (руб.)		3 419,0	3 244,6	6 650,7	7 348,4	2 487,0	3 085,7	2 761,4	3 355,8
Средняя стоимость одного пациенто-дня (руб.)		259,1	258,1	279,9	341,9	234,1	292,0	240,6	296,2
Средние сроки лечения (дней)		13,2	12,7	23,8	21,5	10,6	10,6	11,5	11,3

В 2008 году в дневных стационарах больными проведено 70,5 млн пациенто-дней (в 2007 году 68,1 млн). Средняя длительность лечения одного больного в дневных стационарах составила 11,3 дня, причем в муниципальных медицинских учреждениях этот показатель ниже, чем в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации — 12,7 и 21,5 дней соответственно. Средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре составила 296,2 рубля (в 2007 году — 240,6 рубля).

Структура финансовых расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы в динамике за три года представлена в табл. 9.

Проведен анализ расходов из различных источников финансирования по видам затрат и видам медицинской помощи.

В структуре всех государственных расходов на медицинскую помощь в 2008 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (58,5%). Прочие расходы составили 16,7%, расходы на медикаменты и перевязочные материалы — 10,8%, на транспортные средства — 3,2%, на коммунальные услуги — 2,5%, на приобретение оборудования — 2,2%, на аренду помещений — 1,8%, на информационные технологии — 1,5%, на прочие услуги — 1,2%, на содержание имущества — 0,8%, на прочие расходы — 0,7%.

Таблица 9

Структура расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы за период с 2006 по 2008 г. (в процентах к итогу)

Виды медицинской помощи	2006 г.	2007 г.	2008 г.
А	1	2	3
1. Скорая медицинская	6,9	7,2	7,0
2. Амбулаторная медицинская	29,9	31,5	31,2
3. Стационарная	60,4	58,6	59,1
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	2,8	2,7	2,7
Итого	100,0	100,0	100,0

зочные средства — 11,8%, капитальные вложения в основные фонды — 4,5%, оплату коммунальных услуг — 3,8%, продукты питания — 3,5%, оплату горюче-смазочных материалов — 0,9% и мягкий инвентарь и обмундирование — 0,3%. По сравнению с предыдущим годом незначительно возросла доля расходов на медикаменты и перевязочные средства (с 11,3 до 11,8%) и на оплату труда с начислениями (с 57 до 58,5%).

В структуре государственных расходов на скорую медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 70,3%, прочие расходы, включая транспортные, — 18,2%, горюче-смазочные материалы — 6,0%, оплата коммунальных услуг — 2,1%, медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы — 2,3%, капитальные вложения в основные фонды — 0,9%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,2%. По сравнению с 2007 годом возрос удельный вес расходов на оплату труда с начислениями (с 68,4 до 70,3%) и на горюче-смазочные материалы (с 5,8 до 6,0%), незначительно снизилась доля расходов на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы (с 2,4 до 2,3%).

В структуре государственных расходов на амбулаторную медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 71,8%, прочие расходы — 14,9%, медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы — 6,4%, оплата коммунальных услуг — 3,5%, капитальные вложения в основные фонды — 2,6%, горюче-смазочные материалы — 0,6%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,2%. По сравнению с 2007 годом возрос удельный вес расходов на оплату труда с начислениями (с 70,4 до 71,8%), отмечено незначительное снижение удельного веса расходов на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы (с 6,6 до 6,4%).

В структуре государственных расходов на стационарную медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 55,9%, прочие расходы — 13,5%, медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы — 15,4%, продукты питания — 5,5%, оплата коммунальных услуг — 4,5%, капитальные вложения в основные фонды — 4,2%, горюче-смазочные материалы — 0,5%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,5%. По сравнению с предыдущим годом возрос удельный вес расходов на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы (с 13,7 до 15,4%) и на оплату труда с начислениями (с 55,5 до 55,9%), незначительно снизилась доля расходов на продукты питания (с 5,6 до 5,5%).

В структуре государственных расходов на медицинскую помощь в дневных стационарах затраты на оплату труда с начислениями составили 57,0%, медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы — 22,1%, прочие расходы — 11,3%, оплата коммунальных услуг — 5,2%, продукты питания — 1,7%, капитальные вложения в основные фонды — 1,7%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,6%, горюче-смазочные материалы — 0,4%. По сравнению с 2007 годом снизился удельный вес расходов на оплату труда с начислениями (с 58,3 до 57%), возросли расходы на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы (с 20,7 до 22,1%), сократились расходы на продукты питания (с 2,1 до 1,7%) и на мягкий инвентарь и обмундирование (с 0,7 до 0,6%).

В 2008 году завершилась реализация пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (далее — Проекта), в котором приняли участие 19 субъектов Российской Федерации. В 2007 и 2008 гг. из бюджета ФФОМС на реали-

зацию Проекта были направлены средства в размере 5,4 млрд рублей.

Субъекты Российской Федерации осуществляли одно или несколько направлений реализации Проекта, в зависимости от объемов его софинансирования или их отсутствия. В реализации Проекта участвовали около 600 медицинских организаций.

В ходе реализации основных направлений пилотного проекта достигнуты:

— сокращение объемов скорой медицинской помощи.

Так за период 2006–2008 гг. по пилотным территориям подушевые показатели объема скорой медицинской помощи сократились с 0,360 в 2006 году до 0,344 вызовов в 2008 году (на 4,4%). Наибольшее сокращение произошло в Краснодарском крае (на 15,6%) и Томской области (на 11,5%).

— увеличение объемов амбулаторной медицинской помощи, как наиболее приоритетного вида медицинской помощи.

По пилотным регионам территориальные подушевые показатели объема амбулаторной медицинской помощи увеличились с 8,029 посещений в 2006 году до 8,590 посещений в 2008 году (на 7,0 %).

— сокращение объемов стационарной медицинской помощи.

В пилотных территориях произошло снижение территориальных нормативов объема медицинской помощи, оказываемой в стационарах: с 2,804 койко-дня в 2006 году до 2,684 койко-дня в 2008 году (на 4,3%).

Необходимо отметить, что в большинстве пилотных территорий отмечена сбалансированность территориальных программ государственных гарантий по видам и объемам медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно.

Направление по переходу к преимущественно одноканальному финансированию учреждений здравоохранения реализовывалось в 12 субъектах Российской Федерации: Республике Татарстан и Чувашской Республике, Краснодарском, Пермском и Хабаровском краях, Белгородской,

Владимирской, Вологодской, Калининградской, Калужской, Ленинградской и Томской областях. Из них в Краснодарском и Хабаровском краях, Белгородской, Вологодской, Калининградской, Ленинградской и Томской областях — путем увеличения объемов финансового обеспечения медицинской помощи в системе ОМС за счет

увеличения размера платежа на ОМС неработающего населения из бюджета субъекта Российской Федерации, в Республике Татарстан — путем передачи средств местных бюджетов бюджету субъекта Российской Федерации.

Доля средств ОМС в общем объеме финансового обеспечения территориальных программ увеличилась и в 2008 году составила в Республике Татарстан — 89%, Тюменской — 79%; Томской — 67%, Владимирской — 66%, Калининградской — 62%, Ростовской и Вологодской — 57% областях, Республике Чувашия — 55%.

— снижение дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий.

Так в 2007 году 8 из 19 пилотных территорий (в 2008 году — 10) реализовали территориальные программы без дефицита (в 2007 и 2008 гг. — Пермский и Краснодарский края, Вологодская, Ленинградская, Самарская, Свердловская, Тюменская области, Ханты-Мансийский автономный округ, в 2008 г. — Калужская и Белгородская области). Отсутствие дефицита территориальных программ ОМС в 2007 году отмечено в 12 пилотных территориях (в 2008 году — в 13).

К критериям оценки эффективности реализации Проекта относятся: положительная динамика показателей смертности населения, включая смертность в трудоспособном возрасте, стойкое снижение уровня младенческой смертности, показатели заболеваемости населения социально значимыми болезнями, а также показатели инвалидности. Динамика снижения показателей смертности и инвалидности отмечалась во всех пилотных территориях (кроме Владимирской и Ленинградской областях по младенческой смертности). Наибольшее снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями наблюдалось в Вологодской области (на 6,3%), туберкулезом — в Тюменской области (на 20,6%). Запущенность случаев с впервые установленным диагнозом злокачественными новообразованиями снизилась в Хабаровском крае (с 31,5 до 28,9%), с диагнозом туберкулез — в Астраханской области (с 34,9 до 28,6%). Наиболее заметные положительные тенденции по большинству анализируемых показателей наблюдались в Республике Татарстан, Томской, Калужской областях и Пермском крае (приложения 4, 5).

Приложение 4

**Показатели смертности и инвалидности населения субъектов Российской Федерации,
принимавших участие в реализации пилотного проекта в здравоохранении
(показатели 2008 года — предварительные)**

Субъект Российской Федерации	Смертность населения (число умерших на 1000 человек населения)			Смертность населения в трудоспособном возрасте* (число умерших на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)			Младенческая смертность (число умерших на 1000 родившихся живыми)			Численность лиц в возрасте 18 лет и старше впервые признанных инвалидами (на 10 тыс. человек населения)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Белгородская область	15,3	14,8	14,8	577,0	537,0	539,4	8,6	4,9	6,3	178,0	75,3	59,3
Владимирская область	9,3	8,7	18,9	957,3	909,8	871,7	7,8	7,1	9,4	131,9	102,7	94,3
Калужская область	17,6	17,3	17,4	834,9	808,7	805,6	10,8	8,7	7,5	84,7	69,8	70,3
Тверская область	21,8	20,6	20,8	1 092,8	1 006,9	936,4	10,5	9,8	7,8	130,4	94,8	73,6
Вологодская область	17,1	15,9	16,4	873,8	755,4	784,5	8,6	9,0	7,9	102,1	81,3	79,8
Калининградская область	16,5	15,4	15,5	942,7	833,7	774,9	7,1	7,6	5,9	134,2	83,1	71,5
Ленинградская область	19,3	18,2	18,1	1 056,6	945,2	883,0	7,9	7,6	8,1	101,7	104,1	85,6
Краснодарский край	14,8	14,4	14,3	613,6	591,7	565,4	8,2	7,7	7,2	105,0	75,0	68,7
Астраханская область	14,7	14,1	13,6	747,6	688,4	635,3	10,7	9,8	8,5	65,1	51,1	52,6
Ростовская область	15,5	15,0	15,1	650,9	629,2	601,5	13,2	12,5	10,0	43,8	39,1	40,3
Республика Татарстан	13,1	13,0	13,1	604,5	585,9	557,4	8,2	7,8	6,0	108,2	75,0	66,5
Республика Чувашия	14,7	14,5	14,4	703,1	700,0	671,6	9,1	6,5	5,8	72,6	45,6	46,8
Пермский край	16,5	15,7	15,6	916,4	831,5	779,5	11,6	11,3	10,1	118,4	93,2	76,4
Самарская область	15,7	15,3	15,3	762,5	720,8	695,5	7,3	6,9	6,8	72,3	62,5	59,9
Свердловская область	15,3	14,7	14,8	752,8	690,5	668,8	8,7	7,8	7,5	87,0	62,0	56,1
Тюменская область	9,3	9,0	9,1	594,7	576,5	559,8	8,4	7,4	7,0	49,8	36,4	35,7
Ханты-Мансийский автономный округ	6,8	6,7	6,8	533,2	524,4	511,7	7,5	5,6	5,1	34,9	29,4	28,5
Томская область	13,5	12,8	13,0	676,4	620,6	623,5	13,8	11,1	10,9	72,6	55,1	51,0
Хабаровский край	14,9	14,2	14,0	932,4	839,4	812,5	12,3	11,9	11,7	76,8	58,5	56,6

Примечание: * — Мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 года.

Приложение 5

**Показатели заболеваемости населения субъектов Российской Федерации,
принимавших участие в реализации пилотного проекта в здравоохранении**

Субъект Российской Федерации	Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 тыс. человек населения)			Запушенность случаев с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (в процентах)			Заболеваемость населения активным туберкулезом с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100 тыс. человек населения)			Запушенность случаев с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза (в процентах)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Белгородская область	364,0	369,6	357,8	23,7	23,4	26,6	62,3	58,0	63,1	35,8	35,5	34,0
Владимирская область	329,7	329,7	316,1	27,2	27,2	25,3	81,1	79,8	80,8	34,6	34,1	37,4
Калужская область	388,7	406,9	403,2	33,9	33,7	32,1	73,2	71,6	73,2	46,5	51,1	36,8
Тверская область	392,4	412,4	398,3	27,9	28,9	30,0	81,4	79,7	79,5	31,1	31,0	38,1
Вологодская область	342,2	336,4	320,5	27,3	32,9	29,5	45,8	46,9	49,8	34,8	31,5	32,1
Калининградская область	308,0	313,2	300,5	28,8	30,4	30,2	134,8	134,0	117,9	32,2	29,3	37,4
Ленинградская область	300,8	303,1	316,0	29,0	28,3	29,1	73,6	69,3	79,7	26,5	22,6	28,2
Краснодарский край	369,8	380,9	389,3	26,1	25,4	26,0	60,9	71,9	71,2	21,8	27,1	25,4
Астраханская область	328,4	355,8	335,2	25,1	26,7	26,3	88,0	87,4	94,4	34,9	36,4	28,6
Ростовская область	353,1	363,5	371,4	30,2	28,9	29,7	72,8	76,2	74,7	29,4	27,1	29,2
Республика Татарстан	293,4	300,3	307,5	33,8	33,9	33,4	61,1	58,7	59,0	25,0	26,1	22,9
Республика Чувашия	235,7	240,7	257,3	33,1	31,3	30,9	81,6	77,4	84,9	48,6	51,0	48,3
Пермский край	305,6	304,2	318,0	25,6	27,0	26,3	116,8	103,8	108,8	29,0	29,5	23,1
Самарская область	399,8	404,9	406,1	18,4	18,3	22,2	79,6	79,3	83,4	25,6	26,5	26,5
Свердловская область	345,7	350,3	358,3	35,5	34,2	34,1	104,9	111,7	119,9	24,3	22,0	21,2
Тюменская область	223,0	227,3	230,7	27,0	27,6	28,1	118,4	101,3	94,0	18,9	20,9	24,0
Ханты-Мансийский автономный округ	196,6	206,4	204,9	29,3	31,4	29,9	95,9	86,8	86,1	19,7	21,9	23,8
Томская область	375,3	385,2	360,9	33,7	33,3	32,6	107,9	102,4	101,3	42,4	43,8	39,0
Хабаровский край	335,1	319,9	330,5	31,5	29,7	28,9	122,2	128,6	138,8	27,4	31,3	32,0

Таблица 10

**Распределение субъектов Российской Федерации в соответствии
с комплексной оценкой уровня реализации территориальных программ
государственных гарантий в 2006 - 2008 гг.**

Группа	Соответствие показателей нормативам, %	2006 год		2007 год		2008 год	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
A	1	2	3	4	5	6	7
I	70-100	10	11,1	9	10,3	9	10,7
II	50-69	27	30,0	20	23,0	35	41,7
III	40-49	34	37,8	34	39,1	29	34,5
IV	менее 40	19	21,1	24	27,6	11	13,1
Итого	-	90 ^{*)}	100,0	87 ^{*)}	100,0	84	100,0

^{*)} включая Байконур

Таким образом, реализация Проекта в 2007 и 2008 гг. позволила начать внедрение модели эффективного использования ресурсов в региональном здравоохранении, продолжить дальнейшие структурные преобразования в организации медицинской помощи населению, целью которых является повышение удовлетворенности населения доступной и качественной медицинской помощью.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации по результатам изучения и комплексной оценки итогов реализации Проекта в пилотных территориях рассматривает дальнейшее внедрение результатов и в других субъектах Российской Федерации при условии отсутствия дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, в том числе территориальных программ ОМС. При этом важнейшим индикатором эффективности реализации пилотного проекта в регионах должно стать повышение уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 в 2008 году определены показатели эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения.

По результатам комплексной экспертной оценки уровня реализации территориальных программ в 2008 году все субъекты Российской Федерации распределены на четыре группы (табл. 10).

К первой группе, с высоким уровнем реализации территориальных программ государственных

гарантий, в 2008 году отнесены 9 субъектов, что составило 10,7% общего числа субъектов — Белгородская, Липецкая, Московская области, Республики Татарстан и Чувашия, Пермский край, Самарская, Свердловская области и Ханты-Мансийский автономный округ

Доля территорий с низким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий в 2008 году по сравнению с 2007 годом существенно сократилась с 27,6 до 13,1%. К таким территориям отнесены Курская, Архангельская, Калининградская, Кировская, Курганская, Камчатская области, Республики Ингушетия и Кабардино-Балкарская, Северная Осетия-Алания, Алтайский и Красноярский края.

С 2009 года для оценки эффективности реализации территориальных программ будут учитываться критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению, на основе оценки уровня и динамики показателей здоровья населения.

Одним из основных направлений реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В оказании высокотехнологичной медицинской помощи по государственному заданию принимали участие 305 федеральных медицинских учреждений, из них 151 подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 38 — подведомственных Российской академии медицинских наук, и 116 — подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА).

В 2008 году на оказание высокотехнологичной медицинской помощи израсходовано 24,2 млрд рублей (в 2007 году — 15,2 млрд рублей), в том числе, федеральными медицинскими учреждениями Российской академии медицинских наук — 6,1 млрд рублей, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации — 13,9 млрд рублей, ФМБА — 1,1 млрд рублей и медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации — 3,1 млрд рублей.

В отчетном году получили высокотехнологичную медицинскую помощь 214 622 больных, в том числе, в учреждениях, подведомственных Минздравсоцразвития России — 135 083 (63,0%), РАМН — 45 139 больных (21,0%), ФМБА — 10 373 больных (4,8%), а также находящихся в ведении субъектов Российской Федерации — 24 027 (11,2%).

Выводы

1. Анализ хода реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году показал, что все субъекты Российской Федерации реализовывали территориальные программы в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286.

2. В 2008 году в Российской Федерации в медицинских организациях различных форм собственности в рамках Программы бесплатно получили стационарную медицинскую помощь свыше 31,5 млн человек, медицинскую помощь в дневных стационарах — более 6 млн человек. Общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью, составило 49 млн, число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и на дому — около 490 млн. Высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь в федеральных медицинских учреждениях получили 190,6 тыс. человек, в государственных и муниципальных учреждениях субъектов Российской Федерации — свыше 24 тыс. человек.

3. В 2008 году отмечено значительное увеличение расходов федерального бюджета на реализацию Программы до 288,6 млрд рублей. В рамках Программы за счет средств федерального бюджета профинансированы обеспечение

отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, а также лекарственными средствами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по санаторно-курортному лечению, включая проезд к месту лечения и обратно, высокотехнологичные виды медицинской помощи, отдельные направления приоритетного национального проекта «Здоровье».

4. В 2008 году в целом по Российской Федерации и в большинстве субъектов Российской Федерации отмечены позитивные тенденции увеличения объемов амбулаторной медицинской помощи, сокращения объемов стационарной медицинской и скорой медицинской помощи, а также увеличения объемов высокотехнологичной специализированной медицинской помощи.

5. Основными проблемами реализации Программы в 2008 году являлись:

— дефицит финансового обеспечения Программы, который составил в 49 субъектах Российской Федерации 42,8 млрд рублей, при этом остатки финансовых средств на начало 2009 года на счетах страховых медицинских организаций составили свыше 19 млрд рублей;

— недофинансирование стоимости единиц объемов скорой медицинской помощи и медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров в большинстве субъектов Российской Федерации;

— значительные расхождения в значениях утвержденных и фактически выполненных показателей объемов медицинской помощи по видам в расчете на одного жителя, что указывает на недостатки в программно-целевом планировании медицинской помощи в большинстве субъектов РФ.

Предложения

1. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации рекомендуется:

— обоснованно планировать объемы медицинской помощи по видам, предоставляемой гражданам в рамках территориальных программ с учетом потребности населения, реструктуризации и оптимизации действующей сети

учреждений здравоохранения, эффективного использования государственных ресурсов и современных медицинских технологий;

— обеспечивать своевременное утверждение и выполнение нормативов финансового обеспечения, устанавливаемых Правительством Российской Федерации;

— не допускать сокращения расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС на территориальные программы, для чего осуществлять мониторинг выполнения государственных и муниципальных заданий учреждениями и организациями здравоохранения;

— для оценки эффективности реализации территориальных программ наряду с показателями объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения необходимо учитывать основные критерии здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ и устанавливать их целевые значения.

2. Руководителям территориальных фондов ОМС проводить текущую оценку использования финансовых средств страховыми медицинскими организациями и не допускать наличия остатков финансовых средств на их счетах на конец года в условиях дефицитности финансового обеспечения территориальных программ ОМС

3. Органам управления здравоохранением и территориальным фондам ОМС субъектов Российской Федерации ввести единую программу сбора, обработки фактических данных по форме федерального государственного статистического наблюдения № 62 в медицинских организациях, реализующих территориальные программы, с использованием шаблонов, рекомендуемых Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации для представления сводного годового отчета в Федеральную службу государственной статистики по установленной программе.

Флек В.О. 627 27 83

НОВОСТИ

Министр здравоохранения назвала слагаемые смертности россиян

Министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова назвала в интервью радио «Эхо Москвы» основные факторы, вносящие вклад в общую смертность жителей России. По данным министра, табак вносит вклад в общую смертность на 17,1%, несбалансированное питание на 12,9%, избыточный вес на 12,5%, и алкоголь на 11,9%.

Естественная убыль населения страны (превышение числа умерших над числом родившихся граждан) в период с января по июль 2008 г. оказалась на 32% меньше, чем за первые семь месяцев в прошлом году. В частности, на 5% уменьшилось количество смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, на 12,7% стало меньше жертв дорожно-транспортных происшествий.

По словам Голиковой, сейчас силы Минздрава сфокусированы на профилактике алкоголизма и табакокурения. Со следующего года министерство приступит к борьбе за здоровое питание. Эта работа будет проводиться на базе так называемых «центров здоровья», которые предполагается открыть по всей стране. Голикова заявила, что создание таких центров требует строительства, не требует создания чего-то нового». Министр ожидает, что субъекты российской федерации выделят на работу центров «около 350 миллионов рублей» в этом году, такими же будут ассигнования и в следующем году. При этом субъекты федерации «удваивают и утраивают эту сумму при наличии соответствующей поддержки из федерального бюджета», — сказала Голикова.

Министр считает, что россияне должны решительно и самостоятельно позаботиться о своем здоровье. Собственное здоровье «должно быть их главной ценностью, а не ценностью кого-то, ценностью государства, хотя конечно для государства человеческая жизнь сохраненная дополнительная — это очень важно», — сказала Голикова.

Говоря о медицинском образовании, Голикова заявила, что «у нас достаточно медицинских кадров». При этом она признала, что в стране существует «большой недостаток онкологов». Медицинских вузов, по словам Голиковой, «вполне достаточно в нашей системе», при этом министерство сейчас «очень плотно работает вместе с Минобрнауки... по пересмотру образовательных стандартов».

В заключение руководитель Минздрава рекомендовала всем пить побольше простой воды, употреблять в пищу оливковое или растительное масло и «стараться как-то себя настраивать на то, что нужно каждое утро делать зарядку».

medportal.ru

НЕКОТОРЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ ПРОЕКТА ЗАКОНА «О СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТАТУСЕ ЕЕ СОТРУДНИКОВ», ОПУБЛИКОВАННОГО

В ЖУРНАЛЕ «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» №3, 2009

В. Белокрыницкий, врач-методист, канд. мед. наук
МУЗ «Станция скорой медицинской помощи им. В.Ф. Капиноса»,
г. Екатеринбург

COMMENTS TO LAW BILL «ABOUT EMERGENCY MEDICAL AID SERVICE AND STATUS OF ITS EMPLOYEES»

V. Belokrinitckij

В 1-й главе, статья 1-я, приводится термин «Минимально необходимые лечебно-диагностические мероприятия» (стр. 4). Это выражение представляется неудачным, так как дает возможность недобросовестному медицинскому работнику сузить объем необходимых лечебно-диагностических мероприятий, ссылаясь при этом на положение закона, тем более, что в проекте не оговаривается, что означает «минимально-необходимые», что является критерием? Гораздо правильнее использовать понятие «оптимальные, необходимые в соответствии с протоколом», тем более, что в определении протоколов (стр. 6), употребляется именно этот термин: «необходимые лечебно-диагностические мероприятия», что не вызывает возражения.

Далее, что касается понятий **1. «Скорая медицинская помощь»** и **2. «Неотложная (отсроченная) медицинская помощь»**.

1. Скорая медицинская помощь — комплекс лечебно-диагностических и тактических мероприятий при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ст. 39 ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

2. Неотложная (отсроченная) медицинская помощь — комплекс лечебно-диагностических и тактических мероприятий при состояниях, не требующих (выделено нами) срочного медицинского вмешательства.

Авторы «Проекта», (которые пожелали остаться неизвестными), предлагают четко определить понятия «Станция скорой медицинской помощи» и «Станция скорой и неотложной медицинской помощи» (стр. 4).

Удалось ли это авторам? В семантическом (смысловом) плане понятия «скорая» и «неотложная» — синонимы, так как неотложная помощь, это помощь, которую (как следует из названия) нельзя откладывать, ее нужно оказывать неотложно, экстренно, скоро!

А теперь посмотрим, как авторы «Проекта» определяют понятие «неотложное состояние». На стр. 5 читаем: «Неотложное состояние — внезапно возникшее патологическое изменение функций организма человека, угрожающее его жизни, здоровью или окружающим его лицам» (выделено нами). Но ведь только что, на предыдущей, 4-й странице авторы отождествляли слово «неотложная» со словом «отсроченная». Так можно ли отсрочить оказание помощи при состоянии человека, угрожающем его жизни? Думается, путаница возникла из-за того, что у самих авторов нет ясности в этих определениях. Под термином «Неотложная помощь» они, очевидно, имели в виду службу продленного приема при поликлиниках, врачи которых должны оказывать помощь при повышении температуры, ухудшении течения гипертензивной болезни, других нежизнеопасных обострениях хронических заболеваний.

За этой службой издавна укрепилось название «Неотложка», что не соответствует истине (В.А. Фиалко, Терминологический словарь, Екатеринбург, 2003. 30 с.). Она является структурой поликлиники и никакого отношения к скорой помощи не имеет. Единственная связь названной структуры со скорой помощью заключается в том, что чем лучше работает Пункт Продленной Помощи на Дому

(ППНД), тем меньше необоснованных (непрофильных) вызовов будет поступать на скорую помощь.

Так может быть не стоит (который раз!) «изобретать велосипед», «наступать на грабли», а следовать зарекомендовавшим себя классическим канонам: скорая помощь (как структурная единица) оказывала, оказывает и будет оказывать скорую, неотложную, экстренную помощь, (имея в виду, что все эти слова — синонимы). А помощь, которую, действительно, можно отсрочить, будет оказывать служба продленной помощи при поликлинике. Кстати, как и скорая помощь, она должна иметь свои «Правила вызова», так как всякая солидная организация должна работать в соответствии с утвержденным регламентом. И не будет путаницы в умах и каждый будет заниматься своим делом. А называть службу «Скорая и неотложная медицинская помощь» — это равносильно термину «Скорая медицинская помощь», так как уже упоминалось о том, что скорая и неотложная — синонимы. То, что принято называть «неотложной помощью», правильнее — «продленная (по времени, после окончания дневного приема вызовов в поликлинике), помощь на дому» — эта служба должна работать при поликлинике. Почему эти две службы должны быть разделены? Во-первых. Вызовы к больным, не нуждающимся в оказании экстренной помощи, число которых из-за недостаточной работы поликлиник все возрастает — создают дополнительную, неоправданную нагрузку на скорую помощь, что при недостаточном количестве бригад, в условиях ухудшающейся транспортной доступности — приводит к увеличению времени «доезда» или попросту — к опозданиям к тем больным, которые в экстренной помощи действительно нуждаются. Во-вторых. Такое «смещение жанров» таит еще одну опасность. Попадая не раз и не два к больному, которому нужен не врач скорой помощи, а участковый врач или даже сестра, врач скорой помощи приходит к выводу, что спешка, связанный с ней риск — не оправданы. Он отвлекает от работы в экстремальных условиях, он перестает быть врачом скорой помощи, и это страшно, так как от этого когда-нибудь пострадает именно больной, нуждающийся в экстренной, скорой помощи! (Вспомните старую притчу о пастушке, который прибежал в деревню с криками «Волки!»).

В последнее время иногда приходится слышать, что «врачи скорой помощи не торо-

пятся на вызов». Не есть ли это результат той самой психологической деформации?

Глава 1, ст. 3

Идет перечисление основных принципов деятельности скорой помощи, с пункта 1-го по пункт 5-й. Затем нумерация вновь начинается с цифры 1 до цифры 5, причем некоторые пункты (п. 4) повторяются без какого-либо различия. Пункт 2 из первых пяти признаков по сути аналогичен п. 3 второй «пятерки». Пункт 1 из первой группы аналогичен п. 5 второй «пятерки». Создается впечатление, что поместили два варианта одного текста без критического осмысления.

Глава 2, ст. 5

В пункте №4 в одном предложении неоправданно дважды повторяются слова «постоянно».

Глава 5, ст. 15, п. 3

В соответствии с этим пунктом на станции СМП может работать врач со стажем не менее трех лет, окончивший интернатуру, либо ординатуру, или прошедший первичную подготовку. Из этого следует, что окончивший Медакадемию выпускник работать на скорой помощи не может (даже после прохождения интернатуры), как не имеющий этого трехлетнего стажа. В то же время, предыдущий опыт работы по другой специальности не только ничего не дает для работы в скорой помощи, а наоборот мешает, так как скорая помощь имеет свои особенности, и это следует знать законодателям. Станция скорой помощи г. Екатеринбурга имеет опыт пятидесятилетней давности: привлечение на станцию участковых врачей, врачей других специальностей показало несостоятельность подобной практики, от которой пришлось отказаться. Один из главных врачей станции скорой помощи г. Перми как-то сказал: «Что такое опыт? Это мешок старых ошибок». А ведь в чем-то он прав! Авторам «Проекта» неплохо бы ознакомиться с историей и этого вопроса, наш опыт опубликован.

Похоже, что создавая «Проект», авторы планировали внести ясность в умы тех, кому он предназначен. Однако этого не случилось. Когда речь идет об оценке работы скорой помощи, учитывается не только быстрота, но и качество. К сожалению, знакомство с данным разделом проекта такого впечатления не оставило!

Далее. «**Правила вызова скорой медицинской помощи**».

Сама по себе перспектива появления общероссийских правил заслуживает одобрения, так как позволит унифицировать порядок приема вызовов, поможет (хочется на это надеяться) отсеять хотя бы часть непрофильных вызовов, будет способствовать воспитанию населения. Сейчас иногда на замечание врача скорой помощи о том, что здесь нужен был врач из поликлиники, а не скорая помощь, можно услышать в ответ: «А вы что, разве не врач»? Как известно, непрофильные вызовы — одна из существенных проблем скорой помощи в нашей стране. Так например, в Екатеринбурге в 2008 году они составили 28%.

Однако к «Проекту» есть ряд замечаний.

П. 2. При угрожающих жизни состояниях.

Но все перечисленные выше состояния и есть состояния, угрожающие жизни. Поэтому, на наш взгляд, п. 2 следовало бы формулировать так:

П.2. К угрожающим жизни состояниям также относятся: (далее по тексту).

П.3. Без изменений.

Затем. Рекомендации для населения:

«Допускается вызов СМП через диспетчеров подстанции при многократных безуспешных попытках сообщить о вызове по телефону 03». Не желая дозваниваться по телефону, вызывающий может сообщить, что не может дозвониться, или получив отказ в приеме вызова (необоснован вызов, повышение температуры и т. д.) обратится на подстанцию. В этом же пункте: При угрожающих жизни больному состояниях. Но все вызовы скорой помощи и обусловлены угрожающими для жизни состояниями. Поэтому данный пункт следовало бы убрать, как не содержащий полезной информации.

П.19. Реализация его при всей кажущейся заманчивости представляется проблематичной.

В целом же, появление единых «Правил», утвержденных на высоком уровне, следует приветствовать, так как их принятие и доведение до сведения населения помимо того, о чем было сказано вначале, избавит местные органы здравоохранения от необходимости «пробивать» дорогу этому важному документу, и не всегда успешно, как это имело место в Екатеринбурге.

НОВОСТИ

Диабет повышает риск аритмии у женщин

Диабет на 26% повышает риск развития аритмии, сердечной недостаточности и хронической усталости у женщин.

Исследование охватило данные по 35 тысячам пациентов за семилетний период.

Мерцательная аритмия — наиболее распространенный вид нарушения сердечных сокращений, приводящий к образованию тромбов.

В исследовании использовались данные по 17 372 пациентов, и в начале у 3,6% диабетиков была диагностирована аритмия по сравнению с 2,5% среди группы без диабета. Разница составляла 44%. За семь лет у диабетиков чаще происходили приступы мерцательной аритмии, и риск повышался на 26% среди женщин.

medstream.ru

Профессиональные праздники и памятные даты!

1 ноября

• Международный день вегетарианства.

4 ноября



День народного единства. День Казанской иконы Божией Матери с 2005 г. отмечается как «День народного единства». 4 ноября 1612 г. воины народного ополчения под предводительством Кузьмы Минина и Дмитрия Пожарского освободили Москву от польских интервентов. Впервые российский праздник введен в 1649 г. указом царя Алексея Михайловича, а с 16 декабря 2004 г. Госдума РФ вернула старую традицию и фактически перенесла выходной день с 7 ноября (День согласия и примирения) на 4 ноября.

5 ноября



День военного разведчика. В 1918 г. в составе Полевого штаба Красной Армии приказом Реввоенсовета было образовано Регистрационное управление для координации усилий всех разведорганов армии. С этого дня ведет свою историю Главное разведывательное управление Генштаба ВС РФ. День военного разведчика установлен приказом Министра обороны РФ от 12 октября 2000 г.

6 ноября

• Международный день предотвращения эксплуатации окружающей среды во время войны и вооруженных конфликтов



День судебного пристава. 6 ноября 1997 г. были приняты и вступили в силу два Федеральных закона — «О судебных приставах» и «Об исполнительном производстве». Впервые после 1917 г. в российском государстве приняты специальные законы, регулирующие правоотношения в сфере принудительного исполнения решений судов. Институт судебных приставов был создан в 1864 г. благодаря судебной реформе Александра II.

7 ноября



День воинской славы России (День проведения военного парада на Красной площади в городе Москве в 1941 г.). Проведение в самые трудные дни войны военного парада на Красной площади в честь годовщины Октябрьской революции имело огромное военно-политическое значение. Парад продемонстрировал миру несгибаемый дух и волю советского народа к победе.



Всемирный день мужчин. Отмечается в первую субботу ноября по инициативе бывшего президента СССР Михаила Горбачева, которого поддержал ряд международных организаций.

8 ноября



Международный день КВН. Идея праздника была предложена президентом Международного клуба Александром Масляковым. Именно 8 ноября 1961 г. в эфир советского телевидения вышла первая игра клуба веселых и находчивых.

9 ноября

• Международный день борьбы против фашизма, расизма и антисемитизма.

10 ноября



Всемирный день молодежи. 10 ноября 1945 г. на Всемирной конференции молодежи в Лондоне основана Всемирная федерация демократической молодежи (ВФДМ).



День российской милиции. История праздника берет свое начало с 1715 г. Именно тогда Петр I создал в России службу охраны общественного порядка. А 10 ноября 1917 г. постановлением Народного комиссариата внутренних дел РСФСР «для охраны революционного общественного порядка» была создана рабочая милиция. День милиции отмечается в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 1 октября 1980 г.

11 ноября



День памяти (окончание Первой мировой войны). 11 ноября 1918 г. Компьенским перемирием, означавшим капитуляцию Германии, окончилась Первая мировая война. Она продолжалась четыре года и три месяца, в ее огне погибло более 10 миллионов человек.

12 ноября



Всемирный день качества. Ежегодно отмечается каждый второй четверг ноября. Инициатором учреждения дня является Европейская организация качества (ЕОК) при поддержке ООН.



День работников Сбербанка России. 30 октября (12 ноября по новому стилю) 1841 г. император Николай I издал Указ об учреждении в России сберегательных касс. Профессиональный праздник работника Сбербанка отмечается в РФ с 1998 г.



День специалиста по безопасности. Это межотраслевой праздник, объединяющий всех участников рынка и профессионалов сферы безопасности. Его инициатором выступил крупнейший российский интернет-портал по безопасности www.sec.ru.

13 ноября



Международный день слепых. 13 ноября 1745 г. во Франции родился Валентин Гаюи — известный педагог, основавший в Париже и Петербурге школы и предприятия для слепых. По решению Всемирной организации здравоохранения именно эта дата отмечается как День слепых.



День войск радиационной, химической и биологической защиты. В этот день в 1918 г. приказом Революционного военного совета республики были образованы первые органы и подразделения химической защиты в действующей армии. В августе 1992 г. химические войска получили современное название.

14 ноября



Всемирный день борьбы против диабета. В 1922 г. молодой канадский ученый Фредерик Бантинг впервые в истории спас жизнь, сделав инъекцию инсулина 14-летнему мальчику, страдавшему тяжелой формой сахарного диабета.



День социолога. 14 ноября 1901 г. в Париже была открыта Русская высшая школа общественных наук, которая считается первым в истории мировой науки прообразом социологического факультета. С 1994 г. этот день регулярно отмечается на факультете социологии Санкт-Петербургского университета, где зарождалась уже собственно российская академическая социология.

Поздравим друзей и нужных людей!

15 ноября

- **Всемирный день географических информационных систем**
- **Всемирный день памяти жертв дорожных аварий**



День создания подразделений по борьбе с организованной преступностью. 15 ноября 1988 г. приказом МВД СССР было организовано 6-е управление МВД СССР, которое в 1991 г. было преобразовано в Главное управление по борьбе с наиболее опасными преступлениями, организованной преступностью, коррупцией и наркобизнесом.



Всероссийский день призванного. Этот день отмечается ежегодно с 1992 г. В Москве призванные собираются на Поклонной горе, где рота почетного караула и бойцы разведроты устраивают показательные выступления. Экскурсоводы и ветераны рассказывают новобранцам об истории российских Вооруженных сил.

16 ноября



Международный день, посвященный терпимости. 16 ноября 1995 г. государства-члены ЮНЕСКО приняли Декларацию принципов терпимости. Цель проводимых мероприятий — пропаганда плюрализма, взаимного уважения и мирного сосуществования.

17 ноября



Международный день студентов. Установлен в 1946 г. на Всемирном конгрессе студентов, состоявшемся в Праге. Памятная дата выбрана в память чешских студентов-патриотов, погибших в 1939 г. от рук гитлеровцев в оккупированной Чехословакии.



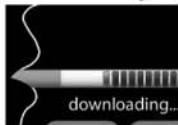
День участкового. 17 ноября 1923 г. Народным комиссариатом внутренних дел РСФСР была утверждена Инструкция участковому надзирателю. Этот нормативный документ положил начало формированию института участковых в российской милиции. День участковых уполномоченных отмечается согласно указу МВД РФ от 6 сентября 2002 г.

18 ноября



День рождения Деда Мороза. 18 ноября на его вотчине в Великом Устюге в свои права вступает русская зима и открывается специальный почтовый ящик, в который можно опускать поздравления.

19 ноября



Международный день отказа от курения. Установлен Американским онкологическим обществом в 1977 г. и отмечается каждый третий четверг ноября. Цель — вовлечение в борьбу против курения всех слоев населения.



Международный день философии. Проводится в третий четверг ноября с 2002 г. по регламенту ЮНЕСКО. Смысл празднования — найти общую платформу обсуждения глобальных общественных проблем и приобщить людей к мировому философскому наследию.



День ракетных войск и артиллерии. Этот день отмечается в ознаменование заслуг артиллерии в разгроме гитлеровцев под Сталинградом, обеспечившей 19 ноября 1942 г. контрнаступление Красной Армии. Праздник появился на основании Указа ПВС СССР от 1 ноября 1988 г. Артиллеристы и ракетчики устраивают показательные учения, стрельбы и парады.



День работника стекольной промышленности. Профессиональный праздник совпадает с днем рождения М.В. Ломоносова. Выдающийся русский ученый был создателем химического производства глазури, стекла и фарфора, а также разработал технологию и рецептуру цветных стекол.

20 ноября



Всемирный день ребенка. В этот день в 1959 г. ООН приняла «Декларацию прав ребенка», а в 1989 г. — «Конвенцию прав ребенка».

21 ноября

Всемирный день телевидения. Провозглашен Генеральной Ассамблеей в 1996 г. в ознаменование даты проведения I Всемирного телевизионного форума в Организации Объединенных Наций.



Всемирный день приветствий. Отмечается ежегодно с 1973 г. Его придумали два брата-американца Майкл и Брайен Маккомак в знак протеста против усиления международной напряженности.

День бухгалтера. Официально данного профессионального праздника в России нет, но бухгалтерские служащие отмечают его с 21 ноября 1996 г., когда Президент Борис Ельцин подписал Закон «О бухгалтерском учете». Сегодня в России трудятся более 3,5 миллионов людей этой профессии.



День работника налоговых органов РФ. Еще при Петре I были образованы четыре коллегии, которые заведовали финансовыми вопросами. В 1802 г. манифестом Александра I было создано соответствующее министерство, а в 1990 г. в составе советского Министерства финансов появились налоговые инспекции. Праздник берет начало от Указа Президента России от 21 ноября 1991 г. об образовании самостоятельной Государственной налоговой службы.

25 ноября

- **Международный день борьбы за ликвидацию насилия в отношении женщин.**

26 ноября

Всемирный день информации. Проводится по инициативе Международной академии информатизации (МАИ).

27 ноября



День морской пехоты. В русской армии специальная команда морской пехоты была сформирована в 1698 г. из экипажа корабля «Орел». А в 1705 г. Петр I создал специальный полк, взят за основу морские команды Балтийского флота. В память об этом указе государя приказом Главкома ВМФ РФ от 19 ноября 1995 г. и учрежден день морских пехотинцев.



День оценщика. В этот день в 1996 г. Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации была утверждена квалификационная характеристика по должности «Оценщик» (эксперт по оценке имущества).

30 ноября



Международный день защиты информации. Объявлен американской ассоциацией компьютерного оборудования в 1988 г. Именно в этот год была зафиксирована первая массовая атака компьютерного вируса.



День матери России. Новый праздник, постепенно приживающийся в стране. Основан Президентом Российской Федерации 30 января 1998 г. и отмечается в последнее воскресенье ноября, воздавая должное материнскому труду ради блага детей.

ТЕРАПЕВТ

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

Терапевт



Научно-практический журнал для врачей терапевтического профиля

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

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Роль терапевта в первичном звене здравоохранения

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

Виртуальные клинико-морфологические сопоставления

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

Клинические рекомендации и стандарты оказания терапевтической помощи

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

Лекарство как юридический и медицинский феномен

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

Неотложные состояния в практике врача-терапевта

- алгоритмы диагностики и лечения urgentных состояний в терапевтической практике.

Возрастная инволюция и соматическая патология

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

Клиническая фармакология средств природного происхождения

- эффективные и безопасные комбинации в конкретных клинических ситуациях.

Как подписаться на журнал «Терапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46106.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12366.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

На правах рекламы

НОВЫЕ ВРЕМЕНА – НОВЫЙ ЖУРНАЛ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

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

В журнале можно прочитать:

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



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

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог агентства «Роспечать» – подписной индекс 46312;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 24209;
- через редакцию – т/ф: (499) 257-01-35.

Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

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

Контактная информация:

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

Контактное лицо: Краснова Анна Яковлевна

На правах рекламы

МЕДСЕСТРА

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



Ежемесячный профессиональный журнал для медсестер и руководителей сестринского медперсонала

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Перспективы развития сестринского дела

- информация о направлениях развития сестринского дела.

Обмен опытом

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

Правовые аспекты

- лицензирование и сертификация в практической деятельности менеджера сестринского дела.

Маркетинг в здравоохранении

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

Межрегиональная лига акушерок

- акушерское дело и проблемы его организации.

Здоровый образ жизни

- сохранение и поддержание здоровья населения страны.

Уход за пациентом

- роль медицинской сестры в организации ухода и реабилитации больных.

Инфекционная безопасность

- дезинфекция, асептики и антисептики.

Страховая медицина

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

Как подписаться на журнал «Медсестра»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46105.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12865.

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

На правах рекламы

САНИТАРНЫЙ ВРАЧ

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



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

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Эпидемиология

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

Гигиена питания

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

Гигиена детей и подростков

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

Оригинальные статьи

- новейшие разработки в области профилактической медицины;

- гигиенические проблемы здоровья населения Российской Федерации.

Коммунальная гигиена

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

Гигиена труда

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

Социально-гигиенический мониторинг

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

Как подписаться на журнал «Санитарный врач»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 82789.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 16631.

Через редакцию: (495) 625-96-11.

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

На правах рекламы

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
Агентства «Роспечать»

ф. СП-1

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

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов:

на 20 <u>10</u> год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА на ^{—сезону—} журнал **46543**
(индекс издания)

ПВ	место	литер
----	-------	-------

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стои- мость	подписки	руб.	коп.	Количество комплектов
	периодики	руб.	коп.	

на 20 <u>10</u> год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
«Почта России»

ф. СП-1

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

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов:

на 20 <u>10</u> год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА на ^{—сезону—} журнал **24216**
(индекс издания)

ПВ	место	литер
----	-------	-------

Врач скорой помощи
(наименование издания)

Стои- мость	подписки	руб.	коп.	Количество комплектов
	периодики	руб.	коп.	

на 20 <u>10</u> год по месяцам:											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Куда (почтовый индекс) (адрес)

Кому (фамилия, инициалы)

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (пересредсовки)

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

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

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (пересредсовки)

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

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

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

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

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

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

Выгодное предложение!

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

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

Почтовый адрес: 125040, Москва, а/я 1

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

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

ПОЛУЧАТЕЛЬ:

ООО Издательство «Профессиональная Литература»

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

БАНК ПОЛУЧАТЕЛЯ:

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

СЧЕТ № 1ЖК2010 от « _____ » _____ 2009

Покупатель:

Расчетный счет №:

Адрес:

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

ВСЕГО К ОПЛАТЕ:

Генеральный директор



К.А. Москаленко

К.А. Москаленко

Главный бухгалтер

Л.В. Москаленко

Л.В. Москаленко

ВНИМАНИЮ БУХГАЛТЕРИИ!

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

НДС НЕ ВЗИМАЕТСЯ (УПРОЩЕННАЯ СИСТЕМА НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ).

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

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

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

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ

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

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

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

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

(495) 922-1768, 211-5418, 749-5483,

тел./факс **(495) 250-7524**

или по **e-mail: podpiska@panor.ru**