

ПОДПИСКА



2010

II ПОЛУГОДИЕ

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

1 ПОДПИСКА НА ПОЧТЕ



ОФОРМЛЯЕТСЯ В ЛЮБОМ ПОЧТОВОМ ОТДЕЛЕНИИ РОССИИ

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

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

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



2 ПОДПИСКА В РЕДАКЦИИ



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

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

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

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПОДПИСКИ

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

Образец платежного поручения

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

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 телефонам (495) 211-5418, 250-7524.

На правах рекламы

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

В редакцию журнала предоставляются:

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

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

Структура текста:

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

– **Название статьи.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

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

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

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



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

профессор *А.Л. Вёрткин* (Москва)

Ответственный редактор:

Ю.С. Полупанова (Москва)

Координаторы по регионам:

С.Н. Морозов (Якутск)

А.С. Багдасарян (Краснодар)

Л.А. Остроумова (Тюмень)

М.М. Зиганшин (Уфа)

Б.И. Барташевич (Воронеж)

О.В. Савельев (Тольятти)

Е.П. Блинова (Сарапул)

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

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)

Ю.А. Шихова (Старый Оскол)

Редактор раздела образовательных программ:

к.м.н. *А.В. Наумов* (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.cito03.ru

факс: (495)-611-22-97,

тел.: (495)-611-05-60,

7-903-123-00-66



ГИЛЬДИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ

Рецензируемый журнал «ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ» № 6/2010

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

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

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

Отдел рекламы:
тел.: 945-32-29;
reklama@panor.ru

Адрес электронной почты издательства:
medizdat@bk.ru

Подписано в печать 09.05.10.
Тираж 3 000 экз.

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

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

Статьи научно-практического характера, посвященные обсуждению проблем неотложной диагностики и терапии на догоспитальном этапе, интересным случаям из практики, направлять в редколлегию в электронном виде. В статьях должны быть ключевые слова, краткое резюме, выводы, список литературы, указаны все авторы (Ф.И.О. полностью), ведущее учреждение, контактный адрес, телефон, электронная почта. Фото авторов обязательно.

ЭКОНОМИСТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

<http://economist.panor.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.

Шеф-редактор – А.И. Вялков, академик РАМН, профессор, директор НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова.

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.
- по Каталогу российской прессы «Почта России»,
полугодовой подписной индекс — 99369.

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

МЕДСЕСТРА

<http://medsestra.panor.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, доцент кафедры организации и управления сестринским делом ММА имени И.М. Сеченова.

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Перспективы развития сестринского дела

- информация о направлениях развития сестринского дела.

Обмен опытом

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

Правовые аспекты

- лицензирование и сертификация в практической деятельности менеджера сестринского дела.

Маркетинг в здравоохранении

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

Межрегиональная лига акушерок

- акушерское дело и проблемы его организации.

Здоровый образ жизни

- сохранение и поддержание здоровья населения страны.

Уход за пациентом

- роль медицинской сестры в организации ухода и реабилитации больных.

Инфекционная безопасность

- дезинфекция, асептики и антисептики.

Страховая медицина

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

Как подписаться на журнал «Медсестра»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 46105.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 12365.

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

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

ТЕМА НОМЕРА*В.С. Филимонов, О.Б. Талибов, А.Л. Вёрткин*Эффективность симуляционной технологии обучения врачей
по ведению пациентов в критических ситуациях 9**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СМП***А.А. Бойков, Е.И. Колчина, А.Е. Попова*

Опыт работы отдела госпитализации скорой помощи Санкт-Петербурга 20

Е.В. Геращенко

Организация службы неотложной медицинской помощи в г. Краснодаре 24

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*Е.Ю. Семенов*Анализ дорожно-транспортного травматизма
на территории городского округа «Город Якутск» 27*Р. Сулейманов*Актуальность детского травматизма,
и меры профилактики на территории города Якутска 29*Л.Е. Белый*

Парафимоз: современные аспекты диагностики и неотложной помощи 34

В.П. Перепечко, А.В. Наумов, С.Д. Арутюнов

Нетрадиционные факторы риска развития соматических заболеваний 37

ЭТО ИНТЕРЕСНО

«Скорую» — в реанимацию.

Минздравсоцразвития РФ начинает модернизировать службу «03» 43

ОБЗОРЫ*А.Н. Киреев, Г.Г. Белозерская*Фармакологическая активность местных гемостатических средств
в эксперименте и у пациентов с наружными посттравматическими
кровотечениями на догоспитальном этапе. Обзор литературы 46

THEME*V.S. Filimonov, O.B. Talibov, A.L. Vertkin*

The efficiency of simulation technology
of training doctors for patients' management in critical situations9

THE ASPECTS OF AMBULANCE WORK ORGANIZATION*A.A. Boykov, E.I. Kolchina, A.E. Popova*

Work experience of ambulance hospitalisation department in Saint Petersburg20

E.V. Gerashchenko

Organization of emergency medical services in Krasnodar24

ORIGINAL RESEARCH*E.Yu. Semenov*

Analysis of road traffic injuries on the territory of «the city of Yakutsk» urban district27

R. Suleymanov

Actuality of child injury rate and prevention in the Yakutsk territory29

L.E. Belyi

Paraphimosis: modern aspects of diagnostic and emergency34

V.P. Perepechko, A.V. Naumov, S.D. Arutyunov

Non-traditional risk factors of somatic morbidity37

THIS IS INTERESTING

«Ambulance» — in intensive care.

Health Ministry of Russia begins to upgrade the service «03»43

REVIEWS*A.N. Kireev, G.G. Belozerskaya*

Pharmacological activity of local haemostatics in experiment and in patients
with external post-traumatic bleeding in pre-hospital stage46

XI ЕЖЕГОДНЫЙ ФОРУМ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ — 2010»

**пройдет в Москве с 24 по 26 ноября 2010 года под эгидой
V Национального Конгресса терапевтов, посвященного 115-летию
со дня рождения выдающегося врача
и ученого Евгения Михайловича Тареева**

На предстоящем Конгрессе, Форуме «СП — 2010» будут освещены самый широкий спектр вопросов, касающихся всех сторон практической деятельности врача первичного звена ЗД, вопросы образования и симуляционного обучения врачей и фельдшеров СМП. Также пройдет конкурс молодых ученых.

Организаторы мероприятий: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Российское научное медицинское общество терапевтов, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, Всероссийское научное общество кардиологов, Всероссийское общество неврологов, Научное общество гастроэнтерологов России, Российский государственный медицинский университет, Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России.

Все вопросы по участию в форуме «Скорая помощь 2010» можно направлять в *Секретариат Конгресса терапевтов:*

117420, Москва, а/я 1, НП «Дирекция «Национального Конгресса терапевтов».
телефон: (495) 518-26-70 (495) 518-26-70, электронная почта: congress@nc-i.ru.

А также непосредственно *организаторам Форума:*

127473, Москва, Делегатская дом 20/1, МГМСУ, кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и СМП, e-mail: kafedrakf@mail.ru, Факс/тел.: +7 (495) 611-22-97, 6110560, тел.: +79031230066.

Для участия в Форуме необходимо: заполнить регистрационную форму (на сайте Конгресса терапевтов — 2010), при участии, подразумевающим публикацию тезисов, оформить в соответствии с требованиями и внести в соответствующую форму тезисы доклада не позднее 1 сентября 2010 года

Требования к оформлению тезисов: тезисы, направленные для участия в Конгрессе/Форуме, не должны быть ранее опубликованы или направлены для публикации в другие издания, в структуре тезисов должны быть отражены цель и задачи работы, материалы и методы ее выполнения, полученные результаты и выводы. К печати не принимаются реферативные сообщения и обзоры литературы, общее количество символов текста (не считая заголовков) не должны превышать 2500 знаков, включая пробелы.

Проживание: размещение участников Форума в гостиницах РАГС (проспект Вернадского, 84) и «Салют» (Ленинский проспект, 158) обеспечивает Официальный партнер форума ОАО ВАО «Интурист» (8 (495) 730-61-18, 8 (495) 730-61-18, +7 (495) 956-89-34, 8 (495) 956-89-34).

Заявку на бронирование вы можете оставить в процессе регистрации до 15 октября 2010 года. Для подтверждения брони с вами свяжется представитель ОАО ВАО «Интурист».

Мы ждем Вас на нашем Форуме «СП — 2010» и надеемся, что он станет важной вехой на пути вашего непрерывного профессионального образования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

В.С. Филимонов, О.Б. Талибов, А.Л. Вёрткин
МГМСУ, НПОСМП, Москва

THE EFFICIENCY OF SIMULATION TECHNOLOGY OF TRAINING DOCTORS FOR PATIENTS* MANAGEMENT IN CRITICAL SITUATIONS

V.S. Filimonov, O.B. Talibov, A.L. Vertkin

Резюме

Поиск оптимальной модели врачебной подготовки привел в конце 90-х годов XX века к признанию необходимости непрерывного медицинского последипломного образования, что выразилось в изменении парадигмы от «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь» (И.Н. Денисов, 2008; А.Г. Чучалин, 2009).

Ключевые слова: ДТП, обучение, критические ситуации, практические навыки, медицинская практика, симуляционное обучение, манекены, СМП, непрерывное обучение, фельдшер.

Summary

Finding an optimal model of medical training has lead in a late 90-ies of XX century in recognizing the need for continuing medical postgraduate education, which resulted in changing the paradigm of «education for life» to «education through life» (Denisov I.N., 2008; Chuchalin A.G., 2009).

Key words: accident, training, emergencies, practical skills, medical practice, simulation training, mannequins, ambulance, lifelong learning, paramedic.

Высокие темпы научно-технического прогресса, интенсивный рост объема новой ин-

формации в медицине, изменение требований к профессиональному уровню врачей, введение новых специальностей, системы сертификации и аттестации медицинских кадров, выдвигают на первый план проблематику совершенствования медицинского образования и, прежде всего, в его наиболее лабильном последипломном звене.

В настоящее время в Российской Федерации, в отличие от большинства развитых стран, нет унифицированной программы подготовки врачей, среднего персонала и парамедиков (курсы Basic Life Support, Advanced Cardiac или Trauma Life Support), планы циклов усовершенствования разнятся от вуза к вузу, а их содержание не всегда соответствует последним общепризнанным рекомендациям (Вёрткин А.Л., 2009). Не будучи реформированной, система образования в России существенно уступает практике подготовки специалистов в передовых странах, в этой связи в нашей стране со всей остротой встала проблема поиска и научного обоснования путей реорганизации и дальнейшего развития системы последипломного образования медицинских кадров, обеспечения ее соответствия потребностям реформируемого здравоохранения в специалистах высокой квалификации.

Повсеместно сохраняется традиционное обучение с использованием лекций и семинаров (Лядов К.В., Преображенский В.Н.

1999, Тараканова Л.И., 1999), что в условиях современного образования явно недостаточно. При подобном подходе не обеспечивается освоение специфических практических навыков, работа в команде и алгоритмизация своих действий. Имеются стандартные ошибки при осуществлении реанимации и ведения пациента в экстренных ситуациях, когда время принятия решения сводится к минимуму, и на первый план выступает отработанность навыков (Стажадзе Л.Л., Абдрахманов В.Р., 2000).

Естественной проблемой обучения является почти полная невозможность проведения обучения на пациентах, так как описанные ситуации относятся к ситуациям критическим, в которых ни обучаемый, ни обучающий не имеют времени и права на ошибки, их обсуждение и исправление.

В настоящее время для получения практических навыков, позволяющих продолжить обучение в ходе медицинской практики, чаще используются варианты обучения на животных и на трупах, что имеет ряд очевидных недостатков. При обучении на животных необходимо содержать и обслуживать виварий, его сотрудников, закупать животных, не иметь временных возможностей для выполнения и контроля за манипуляциями, постоянно решать вопросы использования наркотиков и этические проблемы.

Обучение на трупах, помимо организации специальной службы, требует решения этических проблем, а воспроизведение многих клинических ситуаций по понятным причинам не представляется возможным (О.В. Зайратьянц и соавт., 2008).

Явные и понятные ограничения имеет и обучение на пациенте, которое чревато развитием ятрогенных осложнений, невозможностью многократных повторений большого спектра различных манипуляций и др. По данным Петрова С.В. и Горшкова М.Д. (2004), этот вид получения базовых практических навыков следует считать недопустимым.

В качестве альтернативного варианта базового обучения в отраслях, требующих специфических мануальных навыков, можно рассматривать использование тренажеров и симуляторов. Использование манекенов-симуляторов, имеет ряд несомненных преимуществ: нет текущих финансовых затрат, продолжительность и режим обучения не ограничены по времени, возможно любое ко-

личество повторений упражнения, не требуется постоянное присутствие преподавателя. На данный момент существуют манекены различных поколений: для отработки первичных навыков, для имитации элементарных клинических ситуаций и для отработки действий подготовленной группы. В то же время, при всей привлекательности обучения полностью отсутствует привязка практических навыков к теоретическому материалу (R. Glasenberg, S.Z. Glassenberg, 2004). Кроме того, существует проблема «выживаемости» полученных знаний и навыков, при сохраняющихся противоречивых точках зрения как на методику, так и на сроки проведения повторных занятий (Баркляя В.И., Пиковский В.Ю., 2003).

В последнее время большее значение приобретают симуляционные игры в медицине: практико-ориентированные командные тренинги, воссоздающие типичную среду (цели, задачи и клиническую ситуацию, команда, риски и возможные осложнения, медицинская документация и т. д.) и позволяющие отработать конкретные навыки в имитируемых клинических условиях.

Симуляционные технологии в медицине являются новым для российского здравоохранения форматом обучения с выраженным практическим акцентом, эффективно формирующим в участниках прикладные навыки через погружение в реальность.

Сценарии симуляционных игр предусматривают гибкое изменение хода реализуемых ситуаций в зависимости от решений и действий участников, тем самым позволяя в деталях, на собственном опыте обыграть успехи и ошибки.

С 2008 по 2010 гг. было проведено открытое 2-х этапное рандомизированное исследование в параллельных группах.

Первый этап — пилотный, задачей которого было апробировать новую технологию симуляционного обучения и сравнить результаты со стандартной методикой обучения в контрольной группе. Для этого были созданы опросники оценки исходных знаний, разработаны методики преподавания и составлены симуляционные задачи. В рамках данного этапа проведен тренинг 40 врачей, в том числе 20 — по стандартной методике и 20 — в соответствии с концепцией симуляционного обучения.

Второй этап — основной. Задачей этого этапа явилось дополнение и оптимизация си-

муляционной модели обучения. Было создано 2 модели обучения: классическая симуляционная, и модель, приближенная к клинической практике. Для этого нами были внесены изменения в методику обучения, проведена редакция курса обучения. На этапе основного обучения мы провели тренинг 412 врачей и проанализировали его непосредственные результаты.

Через 6 месяцев было проведено повторное тестирование 174 врачей из 412, прошедших обучение ранее, в котором были изучены остаточные навыки по оказанию сердечно-легочной реанимации.

С целью возможности сопоставления результатов на первом этапе, нами было проведено обучение врачей по тематике «Сердечно-легочная реанимация» в соответствии с рекомендациями Европейского Общества Реаниматологов (Jerry P. Nolan, Charles D. Deakin, Jasmeet Soar, Bernd W. Boottiger, Gary Smith, European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation, 2005) в объеме 12 часов.

Стандартная методика состояла из лекционного материала и практических аудиторных занятий, по 4 и 8 часов, соответственно. В группе, включающей симуляционные методы, практические занятия проводились в том же объеме, но с использованием специализированных манекенов производства компании «Laerdal» в симуляционном классе.

Учитывая высокую эффективность симуляционной методики, на втором этапе исследования была произведена редакция классической модели симуляционного обучения. Кроме того, на основе опыта кафедры в последипломном образовании врачей, разработана вторая модель, включающая методы развития клинического мышления врача. Ее принципиальным отличием является более полное погружение врачей в вопросы неотложной медицины. В этой группе проводилось обучение на основе фундаментальных знаний прошлого поколения врачей, на клинических примерах реанимационных больных, поступивших по каналу «скорая помощь», которые разбирались с преподавателями кафедры, структуры летальности с использованием патологоанатомического архива и ежедневных клиничко-патологоанатомических конференций с сопоставлением диагнозов на догоспитальном этапе и при аутопсии. В заключение, все необходимые практические навыки отрабатывались на манекенах в симуляционном классе.

В ходе обучения использовалось оборудование симуляционного класса, включающее манекены для проведения базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации, а также все средства для выполнения специализированной реанимации: тренажеры для обучения технике интубации трахеи, пункции центральных и периферических вен, плевральной пункции, коникотомии — Laerdal Medical AS; транспортный аппарат для ИВЛ Osiris 1; помпа для инфузий, шприцевой Aitecs, модель SEP-10S Plus; учебный автоматический дефибриллятор Powerheart AED; дефибриллятор Zoll M-series.

На манекенах «Оживленная Анна» Laerdal Medical A отрабатывался алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации и отдельно «ключевые» навыки: непрямой массаж сердца, искусственное дыхание методом «рот в рот», работа с автоматическим наружным дефибриллятором и профессиональным бифазным дефибриллятором. Посредством специального интерфейса и программного оборудования производилась оценка выполняемых действий, что давало возможность сравнивать результаты симуляционного обучения.

Компьютерной программой манекена «Оживленная Анна» Laerdal Medical A фиксировались следующие показатели: количество проводимых вентиляций в минуту, объем воздуха в каждой вентиляции, попадание воздуха в желудок, соотношение количества компрессий грудной клетки к числу вентиляций легких, точность расположения рук реаниматора на грудной клетке, амплитуда компрессий, частота компрессионных движений, равномерность компрессий и релаксации грудной клетки.

Для лекционного курса были созданы мультимедийные учебно-информационные блоки, включающие видеосюжеты, аудиоматериалы и слайды, в том числе и анимационные. Мультимедийные программы создавались на основе алгоритмов действий при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Разработан опросник, целью которого явилось выявление пробелов в подготовке врачей по вопросам неотложной терапии, оценка теоретических знаний, техник и показаний для манипуляций, а так же собственная субъективная оценка имеющихся знаний.

Разработан теоретический курс, ориентированный на современные рекомендации



График 1. Сравнительная структура методик обучения

ведения пациентов в критических ситуациях и включающий следующие темы: сердечно-легочная реанимация, острый коронарный синдром, нарушения сердечного ритма, острая сердечная недостаточность, тромболизис на догоспитальном этапе, тромбоэмболия легочной артерии, астматический статус и респираторный дистресс синдром.

С целью интенсификации и повышения качества учебного процесса в схему обучения были включены симуляционные задачи. Составлены сценарии симуляционных игр, моделирующих поведение пациента согласно изучаемым ситуациям. Кроме того, разработаны алгоритмы действий оператора имитационного манекена, включающие в себя легенду и реакции в зависимости от действий оказывающего помощь специалиста.

Темами симуляционных задач были: кардиогенный шок, отек легких, желудочковая тахикардия без пульса, клиническая смерть через фибрилляцию с исходом в асистолию либо с восстановлением синусового ритма. Ситуационные задачи, имитирующие клиническую ситуацию, проводились ежедневно после информационного блока. При этом все занятие записывалось на видеокамеру. Слушатели самостоятельно оценивали свои действия со стороны, после чего разбирались ошибки совместно с преподавателем.

Разработаны методики финальной оценки теоретических и практических знаний и умений обучаемого, тесно привязанные к методике определения исходного уровня с целью оценки непосредственных результатов обучения. Для этого был составлен опросник, позволяющий через 6 месяцев после обучения объективно оценить «выживаемость знаний» и выяснить субъективную оценку результатов обучения.

Схема (схема 1, 2) обучения навыкам базовой сердечно-легочной реанимации основывалась на многоуровневом принципе, который заключается в последовательном освоении и многократном повторении алгоритма действий на манекенах («Оживленная Анна» 310015 Laerdal Medical A).

При неверном выполнении «ключевых» навыков, носящих принципиальный и основополагающий характер, преподаватель прекращал работу курсанта и алгоритм действий повторялся с начала, вне зависимости от стадии его выполнения.

Данные проведенных исследований были внесены в индивидуальную карту каждого слушателя для последующей систематизации и статистической обработки.

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ «STASTISTICA 6» (Stat Soft, США).

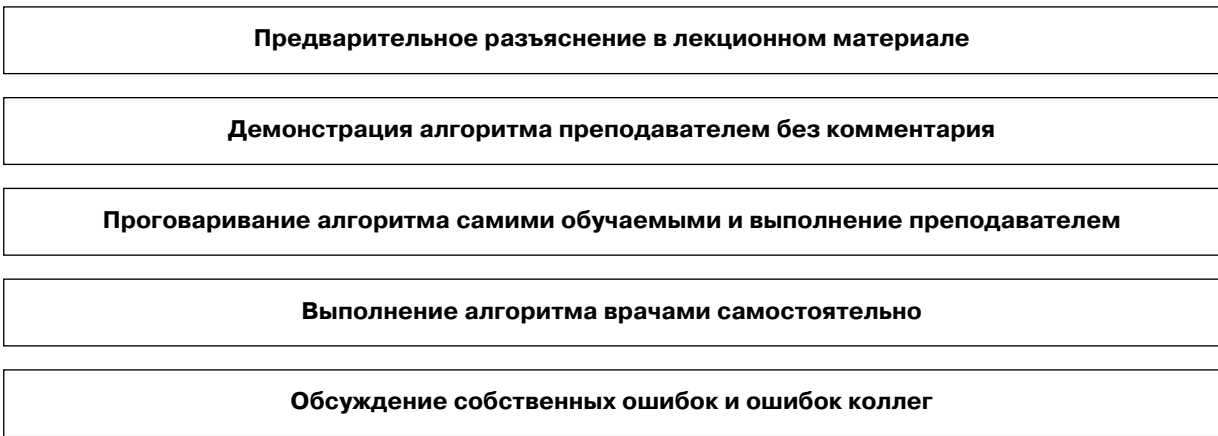


Схема 1. Многоуровневый принцип обучения

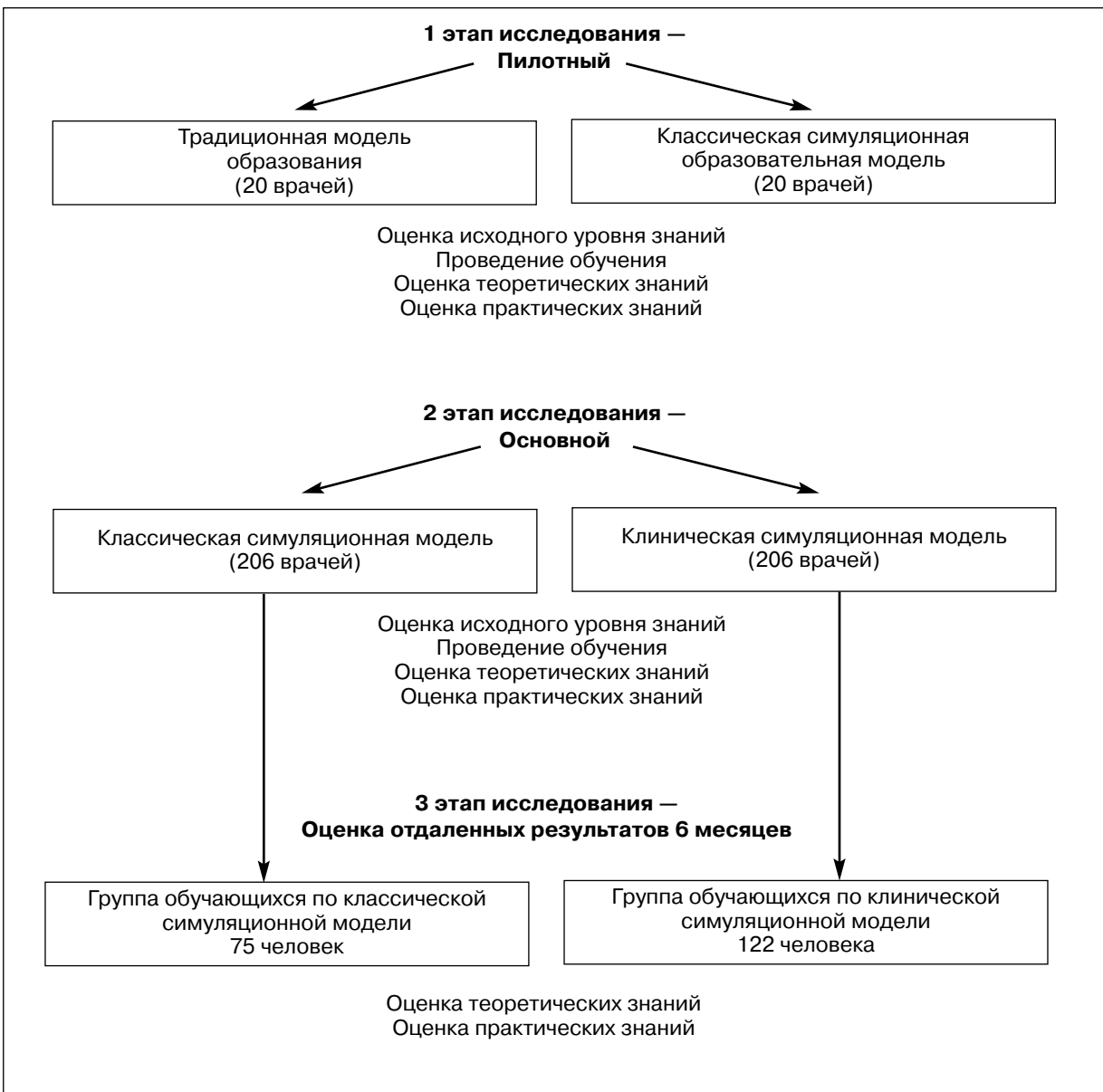


Схема 2. Этапы исследовательской работы

Для описания данных, распределение которых не отличалось от нормального, использовали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD), для выявления статистической значимости различий между группами данных применяли критерий Стьюдента. Данные, распределение которых отличалось от нормального, описывались с помощью медианы (Me), минимального значения (min), максимального значения (max), 25-го квартиля (25%) и 75-го квартиля (75%). Для оценки взаимосвязи количественных признаков использовался метод ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты и их обсуждение

В пилотном проекте приняли участие 40 студентов МГМСУ (25 мужчин и 15 женщин), средний возраст которых составил $\text{Mean} = 22,8 \pm \text{SD} = (20,4694, 25,1306)$ года в первой, и $\text{Mean} = 24,05 \pm \text{SD} = (19,8765, 28,2235)$ — во второй группе. Последнее обучение навыкам сердечно-легочной реанимации проводилось менее 5 лет назад. По результатам тестового контроля средний показатель правильных ответов у слушателей обеих групп был исходно низким — в группе со стандартным обучением $\text{Mean} = 27,4955\% \pm \text{SD} = (17,4736, 37,5174)$ и в группе с симуляционным обучением $\text{Mean} = 26,3295\% \pm \text{SD} = (17,5503, 35,1087)$. По окончании обучения средний показатель правильных ответов достоверно увеличился в обеих

группах до $\text{Mean} = 73,164\% \pm \text{SD} = (65,7114, 80,6166)$ и $\text{Mean} = 82,4965\% \pm \text{SD} = (71,2634, 93,7296)$ соответственно. Это доказывает высокую эффективность методов обучения, при этом мотивация слушателей была выше, а субъективная оценка правильности действий соответствовала реальной ситуации.

При этом во второй группе, обучающейся с использованием методов симуляционного образования, слушатели выполняли алгоритм и пять последующих комплексов сердечно-легочной реанимации в среднем за 143,2 сек, в то время как в группе со стандартной методикой обучения курсанты затратили на проведения реанимации 186,3 сек. Кроме этого, во второй группе слушателями были допущены принципиальные ошибки, что во многом в реальной ситуации не приведет к необходимому результату.

В ходе обучения было определено, что наиболее сложным в овладении навыками базовой сердечно-легочной реанимации является поддержание постоянной частоты компрессий грудной клетки (90–110 в мин). В группе обучающихся на методике симуляционного обучения, такую частоту соблюдали более 85,9%, в то время как в группе обучающихся по стандартной методике этот показатель не превышал 49,7%.

Это позволяет сделать вывод о несомненном преимуществе методов симуляционного обучения в вопросах ургентной патологии, в частности при проведении сердечно-легочной реанимации.

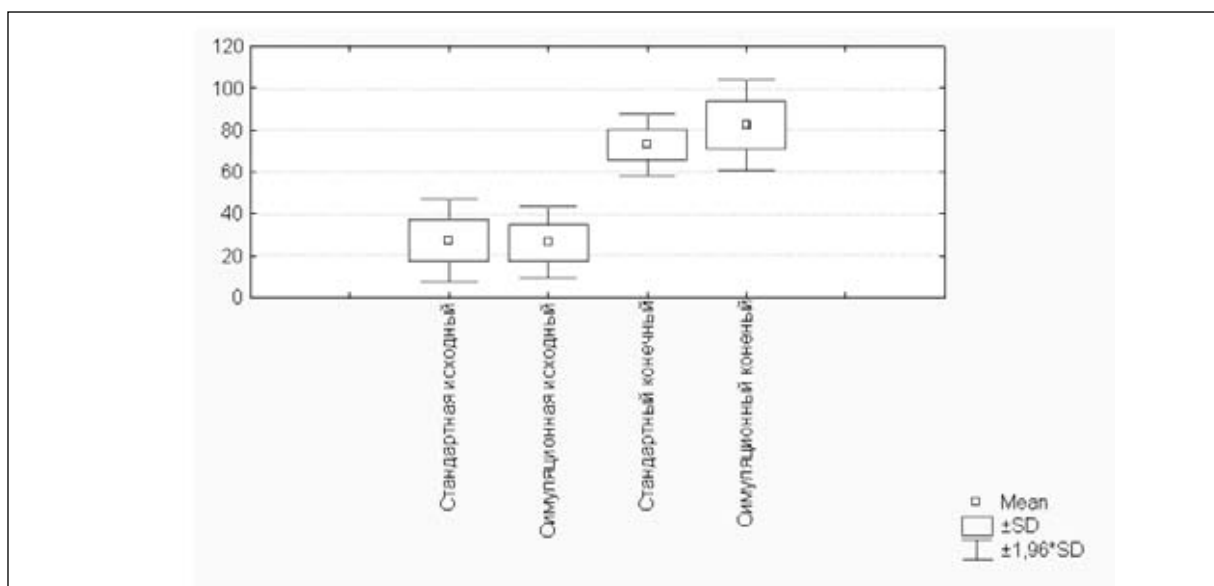


График 2. Тестовый контроль исходных знаний и конечного результата пилотного этапа исследования

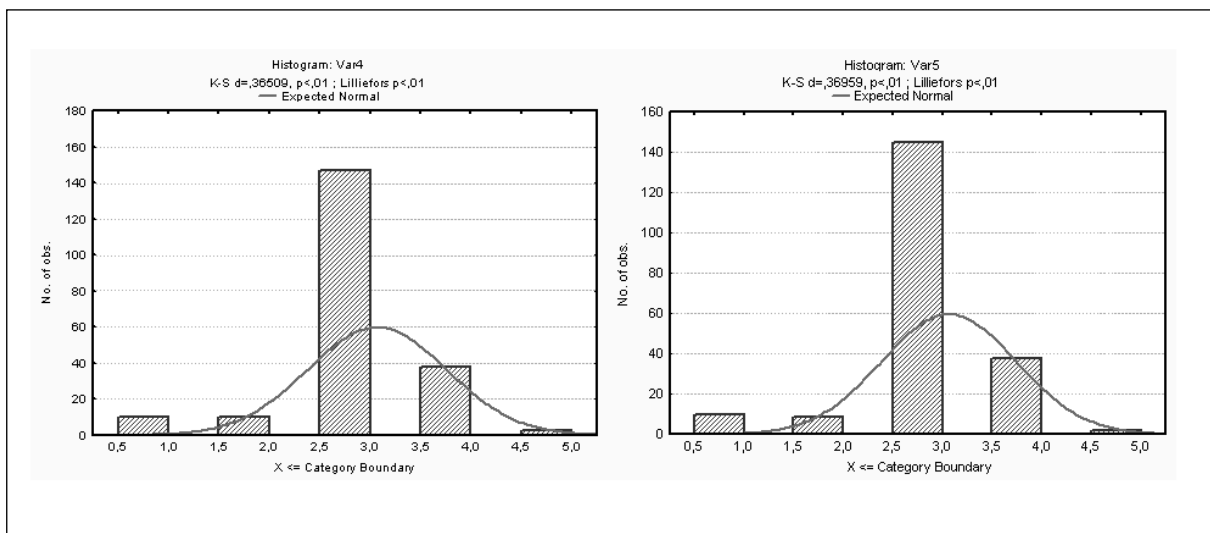


График 3. Гистограмма распределения давности предыдущего обучения неотложной помощи и сердечно-легочная реанимации

Таблица 1

Структура групп

	Классическая методика	Клиническая методика
Количество слушателей	208	204
Средний возраст	27,125	27,4412
Mean SD	±SD = (16,7079, 37,5421)	±SD = (17,7727, 37,1096)
Мужчины/ Женщины	76/ 132	70/134

Результаты исследования показали, что исходный уровень знаний не соответствовал современным требованиям, а уровень лишь теоретической подготовленности не обеспечивает успех реанимации.

На следующем этапе было проведено обучение 412 врачей по двум методикам: классическая симуляционная модель и клиническая симуляционная модель (табл. 1).

Мы обратили внимание на такой важный показатель, как давность предыдущего обучения. По данному показателю исследуемые группы были сопоставимы (график 3). Из чего можно сделать вывод, что большинство слушателей (более 60%) проходили обучение менее 3-х лет назад.

Большинство врачей прошедших обучение были жителями Москвы и Московской области — 333 человека (80,8%) и 79 человека (19,2%) — приезжие из различных регионов РФ.

Среди 412 слушателей ранее проводили реанимационные мероприятия 57 человек (13,8%), и только единицы отмечали положительный результат.

Итоговые знания

По результатам тестового контроля исходных знаний 412 врачей основного этапа исследований, средний показатель правильных ответов у слушателей обеих групп был исходно низким: Mean = 32,212 ±SD = (12,8848, 51,5391) в группе классической симуляционной методики и Mean = 31,6949 ±SD = (10,6818, 52,7079) — в группе обучающихся по клинической методике.

При этом знали о наличии современных рекомендаций 2005 года 155 человек (37,6%) и только 34 человека (8,25%) смогли правильно показать последовательность действий при наступлении клинической смерти. Зачастую слушатели неправильно

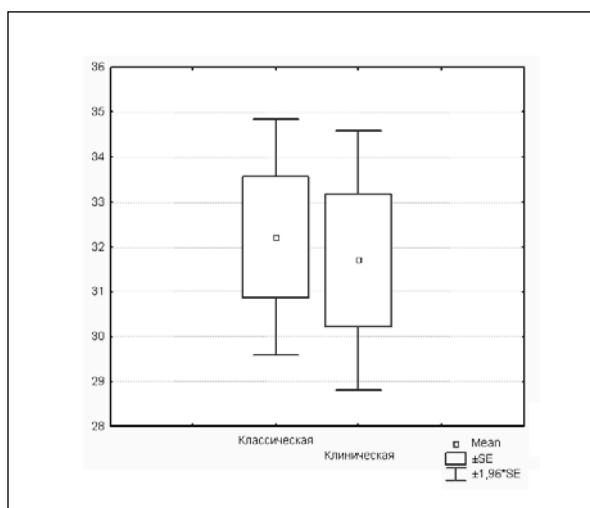


График 4. Тестовый контроль исходных знаний основного этапа исследования

указывали точку компрессии грудной клетки, соотношение компрессий и дыханий, условия выполнения приема Сафара, показания для введения адреналина и атропина, отсутствие логической последовательности алгоритмов действий. 93% слушателя не знали про внутрикостный метод инфузии. 47% предпочитали вводить лекарственные препараты внутрисердечно. 17% провели бы дефибрилляцию при асистолии. Учитывая, что большинство обучаемых проходили последние курсы усовершенствования менее 3-х лет назад, то можно говорить о крайне низких остаточных знаниях.

Мы провели корреляцию в когорте слушателей, которые проводили в своей практике сердечно-легочную реанимацию, и их результаты исходного тестового контроля. Нами было отмечено, что в группе слушателей, которые выполняли комплекс сердечно-легочной реанимации ранее, результаты исходного тестового контроля были ниже, чем в группе слушателей, которые этого не делали.

Этот факт позволяет предположить низкий уровень профессионализма у обучаемых, и в то же время отражает отсутствие качественных методик преподавания вопросов неотложной медицины.

По окончании обучения мы провели повторное тестирование. Средний показатель правильных ответов достоверно увеличился в обеих группах: с использованием классической методики симуляции до Mean = 78,9873 ±SD = (67,5711, 90,4034) и с использованием клинической методики до Mean = 79,8659% ±SD = (70,0182, 89,7135). Различия между группами на II этапе были незначительными — менее 1%.

На итоговом занятии верно справились с предложенной симуляционной задачей 90% слушателей по классической методике и 95% по клинической методике. При этом все слушатели правильно выполнили алгоритм базовой сердечно-легочной реанимации и ключевых ошибок не допустили. При сравнительном анализе выполнения элементов комплекса сердечно-легочной реанимации были получены следующие результаты (табл. 2).

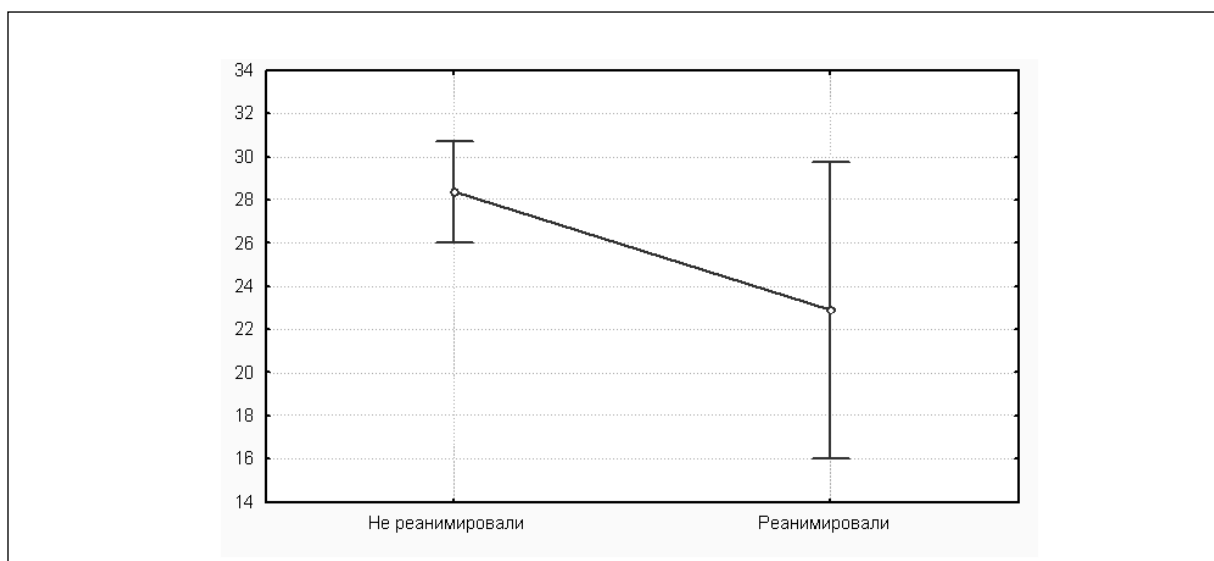


График 5. Кривая корреляции уровня исходного тестового контроля и проведения в своей практике реанимационных мероприятий

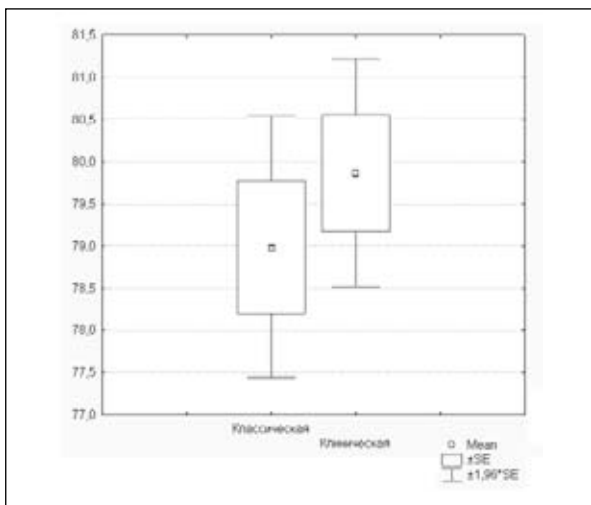


График 6. Результаты тестового контроля после курса обучения

Через 6 месяцев после окончания обучения средний показатель правильных ответов на тестовые задания в обеих подгруппах претерпел достоверные изменения. Так, по сравнению с итоговым тестированием, после обучения в группе с применением классической симуляционной модели правильных ответов стало меньше на 22,5%, и составил Mean = 56,4383% ±SD = (42,0162, 70,8603), тогда как в группе с применением клинической симуляционной модели этот показатель снизился на 17,1%, и составил Mean = 62,7569 ±SD = (51,6321, 73,8816).

Самые важные данные мы получили при анализе оценок практических навыков. В группе проходивших обучение по классической симуляционной программе слушатели несколько лучше выполняли отдельные на-

Таблица 2

Результаты экзаменационного выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на манекене «Оживленная Анна» Laerdal Medical A

Параметры	Классическая методика	Клиническая методика
Глубина компрессий грудной клетки	89,3%	88,7%
Частота компрессий грудной клетки	86,9%	83,2%
Правильная скорость и глубина искусственного дыхания	89,0%	88,2%
Соотношение компрессий/дыхание (30/2)	96,9%	96,6%
Время выполнения 5 циклов	140 с	138,9 с

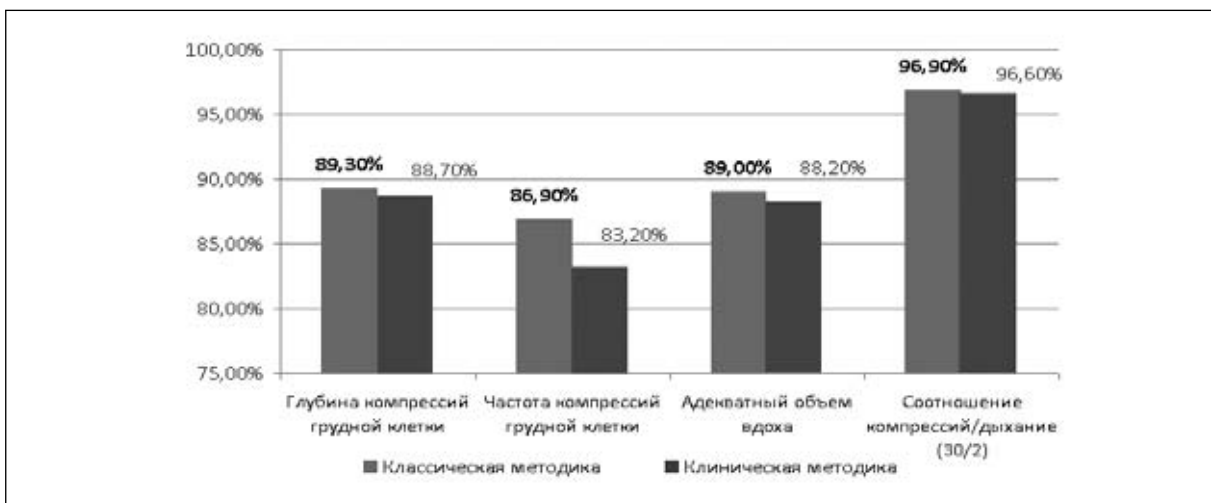
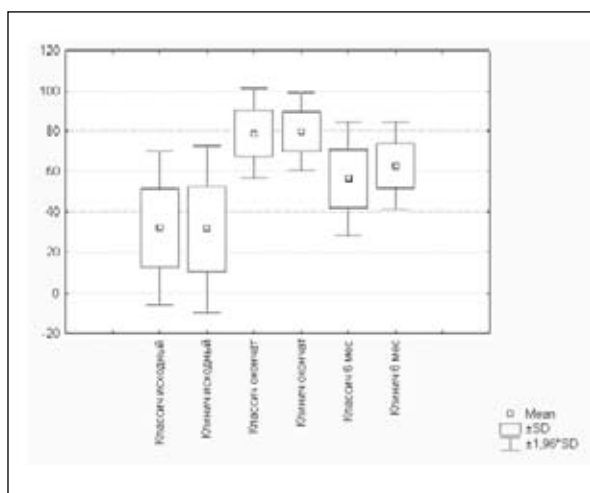


График 7. Результаты экзаменационного выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на манекене «Оживленная Анна» Laerdal Medical A



выки, в то время, как слушатели, прошедшие обучение на основе клинической модели, более быстро ставили диагноз и ориентировались в имитированной ситуации.

Кроме этого, мы субъективно отметили большую вовлеченность слушателей клинической модели в процесс обучения, что проявилось большим процентом слушателей, пришедших на повторное тестирование: 75 (36,0%) в группе классической модели и 112 (59,8%) в группе клинической модели.

Анализ результатов тестирования слушателей дает основание утверждать о достоверной разнице между отсроченными результатами обучения в группах. Кроме этого,

Таблица 3

Результаты выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на манекене «Оживленная Анна» Laerdal Medical A через 6 месяцев

	Классическая методика	Клиническая методика
Глубина компрессий грудной клетки	55,04%	53,9%
Частота компрессий грудной клетки	52,1%	56,8%
Правильная скорость и глубина искусственного дыхания	52,06%	52,12%
Соотношение компрессий/дыхание (30/2)	93,86%	92,88%
Время выполнения 5 циклов	151,9 с	145,45 с

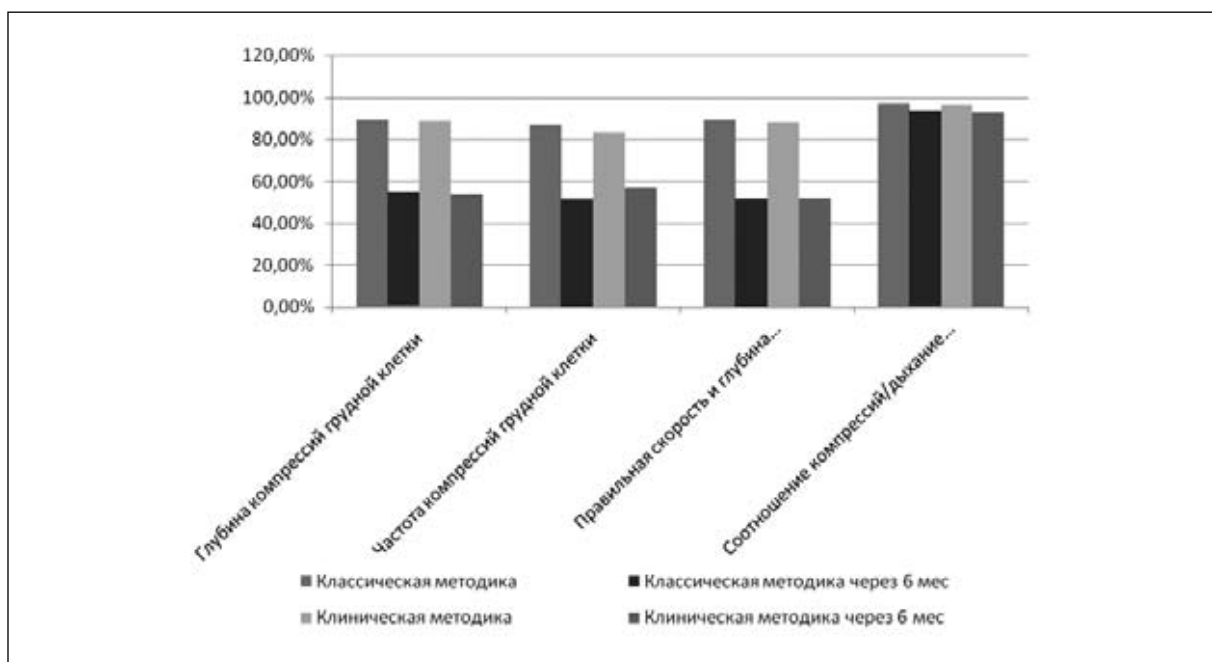


График 8. Результаты выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на манекене «Оживленная Анна» Laerdal Medical A через 6 месяцев

результаты выполнения реанимационного комплекса показывают высокую эффективность методик симуляционного обучения.

В результате выполнения ситуационной задачи, мы отмечаем успешное выполнение лишь у 63,2% в группе классического обучения и 65% в группе клинического обучения, однако во второй группе на выполнение задачи потребовалось на 5 секунд меньше, у 78% был поставлен правильный диагноз. Снижение эффективности мы выявили в результате нечеткого выполнения ключевых навыков, в то время как в группе классического симуляционного обучения координальные ошибки были допущены при постановке диагноза выполнения и алгоритма действий, с чем справились 68,9% (60 чел).

Анализируя полученные результаты, мы можем сделать вывод, что методы классической симуляции и клинической симуляции одинаково высоко эффективны и имеют положительные отсроченные результаты. Однако существуют характерологические отличия. Так, по нашему мнению, метод клинической симуляции применим для опытных врачей, имеющих базовые знания. В то время как метод клинической симуляции эффективен на первых этапах и для повторного экспресс-обучения.

Выводы

1. В ходе обучения нами была выявлена низкая подготовка врачей в области сердечно-легочной реанимации, отсутствие знаний современных рекомендаций и неспособность выполнить алгоритм оказания помощи при внезапной смерти.

2. Разработана и апробирована программа симуляционного обучения на основе клинических знаний, которая включает в себя теоретический курс, отработку практических навыков и моделирование типичных неотложных ситуаций на базе имитационного класса.

3. Применение методов симуляционного обучения значительно повышает эффективность образования, позволяет быстро и качественно достичь эффективного выполнения практических навыков.

4. Отдаленные результаты исследования (через 6 месяцев) доказывают высокий уровень остаточных знаний в группе с применением методов клинической симуляции.

НОВОСТИ

12 марта 2010 года на станции скорой помощи в городе Минск (респ. Беларусь) состоялась международная

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МИНСКА И БЛИЗЛИЖАЙШЕЙ ОБЛ.

Конференция была посвящена 110-годовщине со дня основания скорой помощи в России и организована Минским городским исполнительным комитетом, Комитетом по здравоохранению города, ННПОСМП (Москва), МГМСУ (Москва), станцией СМП города Минска (главный врач станции Э.В. Козырев), при информационной поддержке журнала «Врач скорой помощи».

На конференции присутствовало более 40 врачей и фельдшеров, царил теплая и дружеская обстановка, все слушатели с большим интересом подошли к темам, раскрытых на конференции, а именно сообщения были посвящены вопросам неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, травме, отравлениях. В материалах, представленных на конференции, особое место уделялось новым клиническим рекомендациями по ведению больных с острым коронарным синдромом, гипертоническим кризом, инсультом, вопросы мультимодальной анестезии при тяжелой травме, обеспечением современным технологическим оборудованием, оказание неотложной помощи при травмах на дорогах и знакомство с симуляционным обучением сотрудников станции. Все участники остались очень довольны проведенным мероприятием, и высказали теплые и нежные слова в адрес организаторов конференции.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

А.А. Бойков, Е.И. Колчина, А.Е. Попова
ГУЗ ГССМП, г. Санкт-Петербург

WORK EXPERIENCE OF AMBULANCE HOSPITALISATION DEPARTMENT IN SAINT PETERSBURG

A.A. Boykov, E.I. Kolchina, A.E. Popova

Резюме

Основной задачей службы скорой медицинской помощи является, помимо оказания медицинской помощи на месте, быстрейшая госпитализация больных и пострадавших в ближайшие дежурные многопрофильные стационары для оказания пациентам высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Но, чем крупнее город, тем больше в нем подстанций скорой медицинской помощи и стационаров, выполняющих прием экстренных больных, тем острее встает проблема организации равномерного поступления больных в дежурные стационары и сокращения времени доставки больного в стационар. Для этого необходимо знать общую ситуацию в стационарах города, а следовательно, вести ежесуточный учет госпитализированных по экстренным показаниям, учет свободных коек в стационарах и наличия перегруза по отдельным профилям.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, медицинская помощь, госпитализация, пострадавшие в ДТП, многопрофильные стационары, высококвалифицированная специализированная медицинская помощь, подстанции скорой медицинской помощи.

Summary

The main task of ambulance service is, besides medical care delivery on site, the fastest hospitalization of patients and injured to the nearest multi-call hospitals to provide patients with highly specialized medical care. But, the bigger the city is, the more substations and emergency medical

care and hospitals, performing reception of emergency patients, it has. And there is the growing problem of a uniform organization of admissions in hospitals and reducing the duty time of delivery of a patient in hospital. To do this you need to know the overall situation in the hospitals of the city, and, consequently, to daily accounting hospitalized for emergency indications, the account of free beds in hospitals and the availability of the overload on individual profiles.

Key words: ambulance service, medical care, hospitalization, affected by the accident, multidisciplinary hospitals, highly specialized medical care, substation ambulance.

В небольших городах, где имеются всего 2–3 стационара и несколько станций скорой медицинской помощи, проблем с организацией экстренной госпитализации больных в стационары, как правило, не возникает. В крупных городах дело обстоит иначе.

К 1931 г. в Ленинграде проживало около 2-х млн человек, функционировало 6 подстанций скорой медицинской помощи, на которых было развернуто около 100 выездных бригад, 10 стационаров вели прием экстренных больных.

Для разрешения проблем госпитализации больных главный врач Ленинградской станции скорой медицинской помощи Меер Абрамович Мессель 1 апреля 1933 года (75 лет назад) открыл в структуре Ленинградской станции скорой медицинской помощи первое в России эвако-информационное бюро.

В функции бюро входило:

- обеспечение госпитализации больных и, в первую очередь, в порядке неотложной по-

мощи по заявкам «внебольничной» сети Горздравотдела;

- сбор информации о количестве свободных и занятых коек в стационарах города;
- плановое распределение больничных мест по районам города;
- наблюдение за правильным использованием коечного фонда стационаров города и, по мере надобности, перепрофилирование коек;
- плановая разгрузка стационаров от хронических больных; учет всех госпитализированных больных;
- выдача справок по вопросам госпитализации и амбулаторного лечения больных;
- выдача справок обо всех несчастных случаях и трупах, доставленных в стационары помимо бригад скорой помощи;
- эвакуация больных из стационаров, подлежащих передаче Военно-санитарному ведомству в мобилизационный период.

Заведующим эвако-информационным бюро был назначен врач Муниц Соломон Товьевич, который проработал в этой должности до 1954 года.

С первых месяцев работы бюро доказало необходимость своего существования.

Помимо заведующего бюро, работу выполняли:

- 1 врач дневной,
- 1 диспетчер суточный,
- 1 врач-эвакуатор суточный.

С ростом населения города, расширением его границ, строительством новых ЛПУ и открытием новых подстанций скорой медицинской помощи значительно увеличился объем работы бюро, возникла необходимость передачи ряда функций справочного характера другим отделам ГУЗ ГССМП и наделения бюро дополнительными функциями.

В 1949 г. бюро преобразовано в отделение госпитализации (позднее в отдел госпитализации).

Поочередно отдел госпитализации возглавляли врачи: Бугорчикова Валентина Ивановна — 1954–1955 гг., Новицкая Клавдия Борисовна — 1955–1972 гг., Яснова Вера Михайловна — 1972–1998 гг., Попова Алла Евгеньевна — с 1998 г. по настоящее время.

С 1949 г. изменилась структура отдела госпитализации, расширились его функции и задачи.

Отдел госпитализации, помимо формирования и управления потоками больных, систематически проверял правильность использо-

вания коечного фонда, как в стационарах ЛГЗО, так и в стационарах Министерства здравоохранения. Материалы проверок обобщались и доводились до сведения руководителей ЛПУ города, районов и ЛГЗО через специальный информационный бюллетень. За год издавалось до 7-ми бюллетеней.

В бюллетенях помещались материалы о средней длительности пребывания больных на койках различных профилей, отмечались больницы с высокими и низкими показателями оборота коек, отмечались нарушения правил госпитализации врачами поликлиник, скорой и неотложной помощи, недостатки обследования и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Руководители здравоохранения, имея такую информацию, могли анализировать работу всех ЛПУ города и принимать меры по устранению выявленных недостатков.

В настоящее время население нашего города насчитывает 4,6 млн человек, а с учетом транзитного населения и мигрантов — 5,5 млн. Служба скорой медицинской помощи насчитывает 25 подстанций ГССМП и 58 отделений СМП при поликлиниках. Ежегодно в стационары города доставляются по экстренным показаниям более 620 000 больных и пострадавших. Из них:

- 1) по направлению бригад СМП — 55%;
- 2) по направлению врачей амбулаторной сети — 35% «самотеком» или с нарушением правил госпитализации;
- 3) без регистрации больного в отделе госпитализации — около 10%.

Исключение составляют инфекционные больные, госпитализация которых осуществляется через самостоятельный отдел регистрации и госпитализации инфекционных больных, не входящий в структуру ГССМП.

Из 170 ЛПУ города стационарного типа — 67 принимают пациентов по экстренным показаниям. Помимо этого, в число дежурных стационаров входят и стационары ведомственного и федерального подчинения. График дежурств стационаров ежегодно утверждается Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Так как численность коечного фонда в стационарах разная, то только 8 стационаров (с числом коек от 600 до 1100) несут дежурства ежедневно по всем имеющимся в стационаре профилям и принимают до 70% экстренных больных от числа направленных на госпитализацию.

В настоящее время отдел госпитализации является крупным самостоятельным подразделением Санкт-Петербургской городской станции скорой медицинской помощи, подчинен главному врачу и работает в тесной связи с оперативным отделом Центральной подстанции и приемными отделениями дежурных стационаров. Руководит отделом заместитель главного врача по оперативной работе и госпитализации. Непосредственным руководителем является начальник отдела госпитализации — врач.

При направлении на госпитализацию экстренных больных отдел руководствуется *основными принципами госпитализации по экстренным показаниям*:

- наличие показаний к направлению в стационар (согласно Методическим рекомендациям, разработанным главными специалистами Комитета по здравоохранению и утвержденными Комитетом),
- направление больных в дежурный стационар в соответствии с профилем заболевания,
- доставка больного в стационар, назначенный врачом-эвакуатором отдела госпитализации,
- выбор стационара врачом-эвакуатором по принципу «короткого плеча» — ближайшего его расположения к месту нахождения больного на момент его госпитализации, при наличии возможности, предложение пациенту на выбор 2–3-х ближайших стационаров (в пределах зоны обслуживания).

Для сокращения времени доставки больных в стационар город условно разделен на три зоны (Север, Юг, Центр), в каждой из которых имеются один или несколько многопрофильных стационаров, работающих в режиме стационаров экстренной помощи.

Отдел госпитализации состоит из двух секторов: сектора экстренной госпитализации и сектора плановой госпитализации; сектор инспекторского контроля.

Сектор экстренной госпитализации имеет:

- 2 круглосуточных поста врачей-эвакуаторов;
- 5 круглосуточных постов диспетчеров — средних медработников;
- 2 дневных поста диспетчеров — средних медработников.

Чтобы иметь достоверную картину медицинской обстановки в городе, сектор экстренной госпитализации составляет суточный баланс всего коечного фонда стационаров города и пригородов. Ведет ежедневный учет

количества больных, поступивших по экстренным показаниям и в плановом порядке, отпущенных больных из приемных отделений и контролирует достоверность информации о наличии свободных мест и перегрузов по профилям. Постоянно поддерживает связь со стационарами города по вопросам госпитализации, предупреждает стационар о доставке «тяжелого больного».

Готовит сводные отчеты по вопросам экстренной госпитализации и больничной летальности, корректирует потоки больных в течение суток (перенаправление больных в смежные зоны). Готовит сведения о развертывании резервных коек, в случаях возникновения ЧС.

В случае возникновения ЧС, один из врачей-эвакуаторов выезжает работать непосредственно в очаге ЧС.

Каждый сотрудник отдела госпитализации (особенно врачи-эвакуаторы) должны хорошо знать город, расположение поликлиник, ОСМП, станций скорой медицинской помощи и стационаров, в связи необходимостью соблюдения правил госпитализации экстренных больных по зонам. Исключением госпитализации в другую зону является отсутствие коек ряда профилей в зоне, например: ожоговых и токсикологических, а так же больные, доставляемые в ближайший дежурный стационар по жизненным показаниям.

Через диспетчеров отдела госпитализации запрашивают места на госпитализацию у врача-эвакуатора бригады СМП и врачи амбулаторно-поликлинических отделений. Второй врач-эвакуатор находится в отделе направления (ОЗ) и работает с диспетчерами отдела направления, представляя через них бригадам ГСМП места для госпитализации в стационары. Врачи-эвакуаторы ведут учет всех больных, направленных на госпитализацию за сутки.

Сектор плановой госпитализации имеет:

- 2 поста врачей — дневных;
- 1 пост врача — суточный.

Так как, в основном, госпитализация плановых больных проходит через отборочные комиссии ЛПУ или, напрямую, по договорам амбулаторно-поликлинических учреждений со стационарами, то сектор плановой госпитализации осуществляет плановую госпитализацию в специализированные отделения ряда стационаров (перечень их утвержден распоряжением Комитета по здравоохранению). Занимается госпитализацией в отделения сестринского ухода, и госпитализацией больных и

отделения кардиологической, неврологической, пульмонологической и травматологической реабилитации. Осуществляет переводы больных по медицинским показаниям из стационара в стационар в городе и из стационаров Ленинградской области городских жителей в стационары города. Регистрирует случаи летальных исходов в стационарах и у ОСМП.

Кроме того, сектор плановой госпитализации составляет ежедневные, ежемесячные и годовые отчеты о госпитализации, загруженности коечной сети стационаров и наличии свободных мест, по профилям, летальности и предоставляет их в Комитет по здравоохранению.

Сектор инспекторского контроля имеет:

- 6 врачей-инспекторов с дневным графиком работы.

Сектор инспекторского контроля осуществляет контроль соблюдения установленного порядка госпитализации, правильность оформления соответствующей документации при направлении больных на госпитализацию, обоснованность госпитализации, объем медицинской помощи, оказанной на догоспитальном этапе.

Кроме того, ежемесячно, проверяют непрофильную госпитализацию и анализируют досуточную летальность в основных стационарах города, работающих в режиме больниц скорой помощи. Проводят плановые и внеплановые проверки стационаров города по заданию Комитета по здравоохранению, изучая каналы госпитализации, обоснованность и сроки госпитализации, случаи нарушения правил госпитализации поликлиниками, бригадами ОСМП и СП, эффективность использования коечного фонда.

В последние годы врачи сектора периодически проводят социологический опрос пациентов стационаров с целью изучения оценки пациентами качества и эффективности работы службы скорой медицинской помощи, ОСМП, поликлиник и стационаров. Полученные данные позволяют выявлять недостатки работы служб и принимать меры к их устранению.

Отдел госпитализации СПб ГУЗ ГССМП — единственная структура в городе, которая может круглосуточно, оперативно получать, обрабатывать и анализировать информацию о состоянии госпитализации, проводить контроль и управление потоками госпитализации, влиять на эффективность использования коечного фонда города.

В настоящее время не все удовлетворяет нас в организации работы отдела. Информация о движении больных в стационарах поступает один раз в сутки и не может обеспечить полноценный контроль и управление потоками госпитализации. Отсутствие возможности получения информации в режиме реального времени искажает картину госпитализации в каждом отдельно взятом стационаре.

Развитие новых информационных технологий даст возможность устранить эти недостатки.

Распоряжением №731 от 03.07.2007 г. Правительство Санкт-Петербурга одобрило и приняло «План мероприятий по совершенствованию и развитию материально-технической базы учреждений службы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга на 2007–2011 годы». Планом предусмотрено развитие информационных систем службы скорой медицинской помощи. На их основе в 2008–2009 г. предполагается создание автоматизированной системы управления госпитализацией (АСУЭГ) и создание единой базы данных пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в стационары города.

Согласно плану предусматривается:

- разработка программного обеспечения для создания АСУЭГ и формирования базы данных больных, госпитализированных по экстренным показаниям;

- создание единой информационной системы и системы учета, объединяющих Службу СМП, приемные отделения стационаров, Комитет по здравоохранению и городской медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ);

- прокладка оптоволоконных линий связи к стационарам, городской станции скорой медицинской помощи, Комитету по здравоохранению и МИАЦ;

- оснащение приемных отделений стационаров и отдела госпитализации средствами связи и вычислительной техникой.

Реализация этого проекта позволит получать истинную картину госпитализации в режиме реального времени, рационально управлять потоками госпитализации, влиять на эффективность использования коечного фонда и ресурсов здравоохранения города, оказывать помощь Комитету по здравоохранению в вопросах планирования структуры коечного фонда города.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. КРАСНОДАРЕ

Е.В. Геращенко

МУЗ Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN KRASNODAR

E.V. Gerashchenko

Резюме

Станция скорой медицинской помощи г. Краснодара за 1 полугодие 2009 года выполнила 160 774 вызова. Обращаемость составила 412 вызовов на 1 тыс. населения, что превысило краевой нормативный показатель по территориальной программе государственных гарантий (310,0) на 30%.

Ключевые слова: СМП, неотложные состояния, медицинский персонал, амбулаторно-поликлинические учреждения, здравоохранение, гарантии медицинской помощи, Федеральный закон, доступность.

Summary

Ambulance station in Krasnodar for the 1st half of 2009 executed 160 774 calls. It was made 412 calls to 1 thousand population of requests, which exceeded the statutory marginal rate for territorial program of state guarantees (310.0) by 30%.

Key words: ambulance, emergency cases, medical personnel, out-patient departments, health care, guarantee health care, federal law, accessibility.

При анализе выполненных вызовов по категориям срочности и сложности выявлено, что в 23% случаев бригады скорой медицинской помощи выезжают к больным с состояниями, не угрожающими их жизни и здоровью. Данная категория вызовов не относится к неотложным состояниям и может выполняться медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений.

Одной из основных проблем нашего здравоохранения является несоответствие

государственных гарантий медицинской помощи их ресурсному обеспечению. Поэтому Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ регламентируется разграничение полномочий в оказании скорой и неотложной медицинской помощи. С 1.01.2008 г. функция оказания неотложной медицинской помощи должна была вывестись из полномочий скорой помощи.

Принципиальным отличием предлагаемых преобразований и мероприятий является то, что они реалистичны, создаются и будут функционировать в рамках действующего правового поля и используют реально существующие финансово-хозяйственные связи и ресурсы.

Цель — предоставление жителям г. Краснодара бесплатной, качественной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством.

Экстренная медицинская помощь гражданам г. Краснодара оказывается круглосуточно службой скорой медицинской помощи при состояниях, угрожающих здоровью и жизни больного (вызовы 1, 2, 3 категории срочности).

Неотложная медицинская помощь оказывается гражданам амбулаторно-поликлиническими учреждениями муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства (4 категории срочности) в часы их работы, а в остальное время — службой скорой медицинской помощи.

Направления реформирования:

1. Проведение основных изменений в двух звеньях догоспитальных служб здравоохранения (скорая, неотложная амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь) и в структурно-функциональных связях между ними.

2. Поэтапная передача функций неотложной медицинской помощи базовым амбулаторно-поликлиническим учреждениям с сохранением единой диспетчерской службы.

Этапы реализации

I этап (консервативного реформирования) — 2009 год, 1 полугодие.

Основная задача: создание базовой платформы, позволяющей начать внутренние изменения отдельных служб медицинской помощи.

- Структурной единицей службы скорой медицинской помощи является бригада интенсивной терапии в составе врача, двух фельдшеров и санитаря.

- Структурной единицей службы неотложной медицинской помощи является врачебная бригада в составе врача, фельдшера (медсестры) и санитаря.

- Оповещение населения города о разделении полномочий ЛПУ по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи (СМИ, санитарно-просветительская работа персонала ЛПУ).

- На должность врача выездной бригады неотложной медицинской помощи принимается специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело», «педиатрия», диплом и сертификат врача общей практики и прошедший спецподготовку на базе кафедры скорой медицинской помощи ФПК и ППС КГМУ.

- Определение базовых поликлиник города с закреплением зоны компетенции по оказанию неотложной помощи с выделением помещений и стоянок для спецавтотранспорта.

В период консервативного реформирования в марте 2009 г. проведены курсы усовершенствования врачей амбулаторно-поликлинической службы на базе кафедры скорой медицинской помощи ФПК и ППС КГМУ и РЦМК «Медицина катастроф».

К июлю 2009 года определены 2 базовые поликлиники города — № 7 и № 25, отличающиеся компактным проживанием закреп-

ленного населения и расположенные рядом с подстанциями СМП № 10 и № 7.

Вышеперечисленные мероприятия были осуществлены в масштабах всего города в течение 1 полугодия 2009 г., после чего выявленные резервы позволили перейти ко II этапу.

II этап (структурной перестройки) — август-сентябрь 2009 г.

Основная задача: изменение системы взаимосвязей здравоохранения города и населения.

- Формирование выездных врачебных бригад по оказанию неотложной медицинской помощи на базе двух поликлиник с сохранением единой диспетчерской службы.

- Организация в поликлиниках приема вызовов по оказанию неотложной помощи.

Были сформированы выездные бригады неотложной медицинской помощи в составе:

- врач амбулаторно-поликлинической службы;
- фельдшер выездной бригады скорой помощи.

Сантранспорт, медоборудование являлись оснащением станции скорой медицинской помощи (за счет имеющихся резервных машин СМП).

В поликлинике формировалась дежурная служба в составе врачей, работающих по-сменно при 12-часовом дневном графике.

Бригада неотложной медицинской помощи базировалась на территории базовой поликлиники.

В результате реализации мероприятий II этапа сформировалась новая система догоспитальных служб здравоохранения, выполняющая возложенные на нее функции и обеспечивающая преемственность при ведении больных (активное наблюдение за состоянием больного).

III этап (полномасштабного внедрения) — с октября 2009 года.

Основная задача: коррекция связей, начало функционирования системы.

К началу III этапа проведены структурные преобразования и мероприятия, связанные с реорганизацией учреждений.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.12.2008 г. №913 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009 год», Законом Краснодарского края от 02.03.2009 г. № 1695-КЗ «О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ

бесплатной медицинской помощи в Краснодарском крае на 2009 год», в соответствии с приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.12.2005 г. № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового», а также в целях повышения эффективности оказания гражданам неотложной помощи УЗ администрации МО г. Краснодар приказом № 624 от 30.09.2009 г. «Об организации оказания неотложной помощи амбулаторно-поликлиническими муниципальными учреждениями здравоохранения муниципального образования город Краснодар» ввело в городе службу НМП.

Сохраняется единая диспетчерская служба. То есть при поступлении вызова с неотложным поводом он передается по мобильной связи данной бригаде и фиксируется в специальном журнале поликлиники и у врача-консультанта. Карта вызова (с последующим внесением информации в амбулаторную карту) подвергается анализу и хранится в поликлинике.

Утверждены:

1. Положение о пункте неотложной медицинской помощи.

2. Примерный перечень оснащения медикаментами и оборудованием бригады неотложной медицинской помощи.

3. Поводы к вызову бригады неотложной медицинской помощи (перечень доработан и изменен по опыту работы с поликлиниками № 7 и № 25).

Директором МУ «Специализированная автобаза управления здравоохранения» А.С. Грицкевичем осуществлено необходимое транспортное обеспечение для оказания неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлиническими муниципальными учреждениями здравоохранения муниципального образования города Краснодара.

Вызовы выполняются в порядке поступления, так как имеют одинаковую категорию срочности. При одновременном их поступлении решение о маршруте и очередности выполнения принимает врач бригады. При поступлении вызова бригада выезжает незамедлительно.

Начало выполнения неотложного вызова может быть отсрочено на время работы бригады на предыдущем вызове.

Врач бригады неотложной медицинской помощи оказывает неотложную помощь и назначает лечение.

Консультативная помощь сотрудникам ПНМП оказывается врачом-консультантом муниципального учреждения здравоохранения «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» по тел. 252-12-17.

В случае необходимости (госпитализация по экстренным показаниям в стационар, проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий и т. д.) бригада неотложной помощи имеет право вызвать на себя выездную бригаду скорой медицинской помощи.

Создание службы неотложной медицинской помощи приведет к повышению ответственности врача за здоровье пациента, здоровой конкуренции в предоставлении медицинской помощи населению, что в конечном итоге скажется на качестве медицинской помощи, ее доступности населению. У пациента появится реальная возможность выбора базового лечебного учреждения и лечащего врача, напрямую зависящая от квалификации врача, его профессионализма, условий предоставления медицинской помощи и ее доступности.

АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД ЯКУТСК»

Е.Ю. Семёнов

МУ «Станция скорой медицинской помощи» ГО «Город Якутск»

ANALYSIS OF ROAD TRAFFIC INJURIES ON THE TERRITORY OF «THE CITY OF YAKUTSK» URBAN DISTRICT

E.Yu. Semyonov

Резюме

Огромный социально-экономический ущерб, причиняемый при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в Российской Федерации, является серьезной проблемой.

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм (ДТП), аварии, СМП, неотложная помощь, летальность, травмы, пострадавшие, госпитализация, переломы костей, травмы головного мозга, множественные ушибы.

Summary

The enormous socio-economic damage caused during road traffic accidents in the Russian Federation, is a serious problem.

Key words: road traffic injuries, accident, ambulance, emergency care, mortality, injury, injuries, hospitalization, bone fractures, brain injuries, multiple injuries.

Дорожно-транспортный травматизм занимает первое место в мире по числу погибших и второе по числу травмируемых. Общая летальность при ДТП в 12 раз выше, чем при других видах травм, инвалидность — в 6 раз выше. Пострадавшие в ДТП нуждаются в госпитализации в 7 раз чаще по сравнению с остальными больными. Больничная летальность больных с последствиями ДТП в 4,5 раза превышает летальность пострадавших от других причин. Основными травмами при ДТП являются переломы костей, множественные и сочетанные повреждения, травмы головного мозга, множественные ушибы и раны. Следует особо отметить высокую частоту травм головы, которые отмечены более,

чем у 50% пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

Сложность диагностики на догоспитальном этапе связана с несколькими причинами, а именно:

1. Невозможностью сбора анамнеза у ряда пострадавших ввиду их бессознательного состояния.
2. Тяжестью состояния пострадавших.
3. Наличием сочетанных и комбинированных травм у пострадавших.
4. Дефицитом временного фактора.
5. Наличием у ряда пострадавших алкогольного опьянения.

Цель исследования

Анализ травматизма и летальности пострадавших в ДТП за 2007–2009 (8 месяцев) годы и пути к их снижению

Материал исследования

В работе использованы карты обслуживания вызовов по ДТП, база данных АСУ «Скорая помощь», по которым проведена демографическая характеристика, анализ структуры травм, осложнений, показатели госпитализации.

Результаты исследования

Обработано 2471 карт вызовов, всего пострадавших 2506 человек, из них мужчины 59,9% (1502 человек), женщины 40,1% (1004 человек) в дорожно-транспортных происшествиях. Пострадавших детей до 17 лет от общего числа составило 11,2% (281 человек).

Травматогенез повреждений при авто-травмах разнообразен, и прежде всего это травмы пешеходов и внутриавтомобильные —

водителя и пассажиров. Полученные данные позволяют говорить, что механизм повреждений зависит от вида ДТП. Можно отметить, что столкновение машин выявлено в 2092 случаях (76,3%); наезд на пешехода в 649 случаев (23,7%). Суммарные травматические повреждения составили 1583 случая. Наиболее часто диагностированы черепно-мозговые травмы — 67,5% (1069 случаев), также стоит выделить травмы опорно-двигательного аппарата — 29,4% (466 случаев), незначительную часть составили изолированные травмы органов грудной клетки и ранения мягких тканей лица и прочие виды травм, менее — 3,1% (48 случаев).

Современная дорожно-транспортная травма характеризуется высокой летальностью. Острая кровопотеря, шок, травматическое повреждение жизненно-важных органов является непосредственной причиной смерти на догоспитальном этапе.

Результаты исследования показали, что на догоспитальном этапе констатировано 49 смертей, из них до приезда бригады скорой медицинской помощи констатировано 41 смерть (83,6%), а 8 смертей в присутствии медиков скорой помощи (16,4%).

Выводы

1. Задачами догоспитального этапа являются оценка тяжести состояния пострадавшего и диагностика тяжелых нарушений, таких как: черепно-мозговые травмы, гиповолемические состояния, травматические шок, обусловленные повреждением опорно-двигательного аппарата, травмы органов грудной клетки и брюшной полости, ранения мягких тканей лица. Догоспитальный этап определяет исход дорожно-транспортных повреждений.

2. В условиях дефицита времени задача врача скорой медицинской помощи сводится к ликвидации или уменьшению выраженности шоковых состояний, гемодинамических расстройств, устранению или уменьшению нарушений со стороны дыхательной системы, возникших в результате травмы органов грудной клетки или черепно-мозговой травмы, проведению адекватного обезболивания, выбору правильного положения и надежной транспортной иммобилизации, а также уменьшению временных показателей по доставке пострадавшего в стационар.

ВНИМАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

National Scientific Practical Society of AmbulanceCare



«Bis dat, qui cito dat» «Дважды помог, кто скоро помог!»
Наш сайт: www.cito03.ru

СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ 110 лет!

Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

ВНИМАНИЕ!!!
Старшее СМПП России. Сетьвые Выступления с видеосвязью.
Создать свою СМПП. Президиумальный Совет. Новые формы работы. Здесь и все более волнующие вопросы присылать на их адрес: info@cito03.ru

ГСР на «03», февраль 2010, Москва
Круглый стол на тему «Скорая медицинская помощь (Ураган) и Федерализм: не только знаменитые люди в чрезвычайных ситуациях». Программа предусматривает занятия в группе 12-20 человек и рассчитана на два дня.

ИНТЕРАКТИВНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ТЕРМИН ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВОГО ЗВЕНА И СПЕЦИАЛИСТОВ

НОВОСТЬ ДНЯ
23 февраля 2010 года в Волгограде прошла конференция «Скорая помощь».

На сайте Вы всегда можете узнать о истории развития СМП в России, новости о прошедших и будущих конференциях на станциях СМП, конгрессах по неотложной медицине, предстоящих и прошедших юбилеях станций СП России, клинические рекомендации, новости фармакотерапии неотложных состояний на ДГ этапе, обзор публикаций в журналах «Врач скорой помощи» и «Неотложная терапия». Новости, условия обучения и поступления в интернатуру, ординатуру и аспирантуру на базе МГМСУ для врачей СМП, условия поступления на курсы по правилам проведения клинических исследований на этапе скорой медицинской помощи, все о симуляционном обучении и многое другое.

E-mail: kafedrakf@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЯКУТСКА

Р. Сулейманов

МУ «Станция скорой медицинской помощи» ГО «Город Якутск»

ACTUALITY OF CHILD INJURY RATE AND ITS PREVENTION IN THE YAKUTSK TERRITORY

R. Suleymanov

Резюме

Под детским травматизмом следует понимать совокупность внезапно возникших повреждений среди детей разного возраста. Травмы среди детей, к сожалению, встречаются достаточно часто. Детский травматизм имеет много характерных особенностей. Детский травматизм разделяется на грудной (с момента рождения до 1 года), преддошкольный (от 1 до 3 лет) дошкольный (от 3 до 7 лет) и школьный (от 7 до 16 лет).

Ключевые слова: детский травматизм, повреждения, дети, травмы, СМП, осложнения, госпитализация.

Summary

Under the children injuries rate should be understood a set of sudden-occured injuries among children of different ages. Injuries among children are, unfortunately, fairly common. Children's injuries have many special features. Child injury is divided into the thoracic (from birth to 1 year), preschool (1 to 3 years), preschool (3 to 7 years) and school (from 7 to 16 years).

Key words: child injuries, damage, children, trauma, ambulance, complications, hospitalization.

На первом году жизни у ребенка быстро развивается нервная система и потому влияние окружающей среды отражается на работе коры головного мозга. В это время ребенок старается познать окружающий мир и с большим любопытством хочет познакомиться со всем новым, что его окружает. Ребенок старается все потрогать руками, и все тянет в рот. Поэтому в дыхательные пути младенцев часто попадают посторонние предметы, нередко наблюдаются ожоги пищевода и органов дыхания.

У детей от 1 до 3 годов развивается опорно-двигательный аппарат, малыши учатся ходить бегать, прыгать. Они в этом возрасте становятся очень подвижными, следовательно, возникают травмы, связанные с падением ребенка.

У детей от 3 до 12 лет появляются новые интересы, формируется свое «я». Любознательность с отсутствием необходимого жизненного опыта и навыков, неумения реально оценить опасность, стремление быстро все сделать тоже нередко приводит к несчастным случаям.

Ученики старших классов в своих поступках стараются подражать старшим, стараются совершать героические поступки, которые бы свидетельствовали об их храбрости, и при этом, не умея правильно оценить свои поступки, часто становятся на порочный путь. Чтобы показать свою смелость и самоуверенность перед другими, подростки, не задумываясь над последствиями, часто переходят улицу в опасных местах, цепляются за машины, влезают на пожарные лестницы, на крыши высоких домов, не думая о последствиях.

Травматизм разделяют на бытовой, транспортный, школьный и спортивный. Бывает еще уличный, огнестрельный, сельскохозяйственный, производственный, родовой травматизм, несчастный случай на воде, удушье и отравление.

Чаще встречается бытовой травматизм. Бытовым травматизмом считаются повреждения, которые дети получили дома, в квартире, во дворе или саду. Повреждения при этом разнообразнее всего, но самые опасные из них — это ожоги пламенем, химическими веществами и падение с высоты. Причины бытового травматизма разнообразны, но чаще всего это недостаточный досмотр родителей. Такие, казалось бы, на первый взгляд пустяки, как оставленные в

доступном для малышей месте иглы, гвозди, лезвия бритв, могут привести к травме, а иногда и к смерти. Это же самое касается и газовых плит, обнаженных проводов электросети, открытых окон, лестниц. За свою неосторожность родители иногда очень дорого расплачиваются.

Дети до трех лет очень подвижны. Перед ними раскрывается новый неизвестный мир и, стремясь познать его, они пробуют предметы на ощупь, на вкус, их привлекают яркие, блестящие, предметы, которые сделаны из стекла, игры с такими предметами, как: иглы, булавки, гвозди, пуговицы, монеты, и неумелое обращение с ними, часто приводит к ранениям, а иногда малыши и глотают их.

У дошкольников и младших учеников повреждения могут быть предопределены другими причинами. Они подвижные и несдержанные. Они редко получают травмы в квартире или в школе, потому что авторитет взрослых является каким-то барьером, поэтому дети пытаются лишиться присмотра и охотно проводят свой досуг со своими ровесниками, катаясь на велосипедах, самокатах, санках, лезут на деревья, лестницы, в открытые люки. Поэтому необорудованные детские площадки, загроможденные дворы, открытые люки, канавы, неисправные лифты, перила лестницы, неисправные велосипеды тоже очень опасны. Особенно опасны для детей стройки и не огражденные участки, где проводятся ремонтные работы. Часто дети падают с высоты — балконов, лестниц, деревьев, что тоже приводит к тяжелым травмам.

Дети среднего и школьного возраста хотят подражать героям из кинофильмов, которые им нравятся. Они с увлечением играют в войну, ковбоев, с удовольствием преодолевают препятствия, демонстрируя при этом свою отвагу, ловкость, силу. Но это все нередко приводит к беде. В настоящий момент везде в быту пользуются газом и электроэнергией, а неумелое обращение с приборами тоже становится причиной несчастий. Дети иногда хватаются за изолированные провода, обнаженные контакты электропроводов, вставляют в розетки булавки, гвозди и нередко получают ожоги и повреждения тканей тела.

В профилактике детского травматизма большую роль играют работники жилищных управлений, сельских советов, милиции. Они должны осуществлять постоянный присмотр по состоянию территории жилищных массивов, школьных и дошкольных заведений, за соблюдением правил безопасности при проведении ремонтных и строительных работ.

Самыми тяжелыми, с наибольшим процентом смертности, являются травмы от автомашин, автобусов, троллейбусов, поездов и других видов транспорта. И, опять же, главными причинами является безнадзорность детей на улице, когда идут к школе или из нее, а также в часы досуга, а приводит к этому незнание детьми правил уличного движения, нарушения правил пользования транспортом. Каждый день в мире в результате несчастных случаев погибает 2270 детей, это 830 000 детских смертей в год, еще несколько десятков миллионов детей попадают в больницы с травмами различной степени тяжести. Такие данные содержатся во Всемирном докладе ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике детского травматизма, презентация которого прошла 19 февраля 2009 г. в Москве в рамках Съезда педиатров.

В любом случае это трагедия. Это пострадавшая психика ребенка, вынужденного терпеть боль. Это бессонные ночи и отчаяние матери и отца.

А если отойти от эмоций — это еще огромные затраты, выражающиеся во вполне реальных суммах в рублях. Это увеличение количества инвалидов в стране, бюджетные затраты на их лечение и содержание, это рост сиротства и смертности. Сколько теряет на детском травматизме в результате ДТП экономика страны, никто не считал. Зато Всемирной организацией здравоохранения подсчитано, что в результате всех аварий с пострадавшими Россия теряет около 2,5% от ВВП.

Самой острой проблемой является то, что в авариях погибает и калечится именно трудоспособная часть населения. А когда жертвами становятся дети — это трагедия вдвойне.

Уровень детской смертности, связанной с травмами, в России самый высокий, и составляет более 13 000 детей в год или 35 детей в день. По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ, 5 из 6 несчастных случаев с летальным исходом (или 11 000 в год) можно предотвратить.

По результатам исследований 180 мировых экспертов, несчастные случаи являются основной причиной смерти детей старше 9 лет, 95% из них происходит в развивающихся странах.

Основными причинами травматизма у детей, по результатам исследований, являются дорожно-транспортные происшествия. Около 260 тыс. детей ежегодно умирают в результате аварий на дорогах во всем мире, еще 10 млн получают травмы различной степени тяжести. Дорожно-транспортные происшествия это самая распространенная причина смерти детей в

возрасте 10–19 лет как в мире, так и в России, и самая частая причина детского травматизма. По причине ДТП в России каждый год умирают 4400 детей.

По статистическим данным каждый год 1 сентября за парты не садится буквально целая школа: это дети, погибшие в результате ДТП. К началу учебного года на больничных койках лежит, по скромным подсчетам, численность учеников 15 школ. Более 175 тыс. детей ежегодно умирают по причине утопления. Каждый год более 3 млн детей попадают в несчастные случаи на воде. В России 1600 детей. В результате несчастных случаев, связанных с огнем, каждый год в мире умирает 96 тыс. детей, в России — около 600 детских смертей в год. Каждый год в мире от падений умирают 47 тыс. детей, сотни тысяч получают травмы. В России около 600 детских смертей в год. Более 45 тыс. детей в мире умирают каждый год от непреднамеренных отравлений. В России по этой причине умирают порядка тысячи детей каждый год.

Анализ причин детского травматизма убедительно показывает: он в большинстве своем происходит по прямой или косвенной вине взрослых. Затронем и проблему бытового травматизма. Взрослым почему-то кажется, что дома с детьми ничего не может случиться. Жаль их разочаровывать, но не стоит забывать: наши квартиры порою расположены на верхних этажах высоток, из кранов иногда льется кипяток, по проводам передается электроэнергия, по трубам течет газ. Все больше в семьях появляется бытовых приборов, все сложнее становится домашняя аппаратура, все агрессивнее и разнообразнее бытовые химикаты. Практически все это таит для ребенка незримую опасность. Нам, взрослым, и в голову не придет, к примеру, сунуть гвоздь в розетку или развести костер на кухне, а дети из озорства, любопытства или по недомыслию экспериментируют. Оставшись дома одни, они порою открывают краны у газо-

вой плиты, пытаются исследовать «внутренности» включенного пылесоса, пробуют яркие бабушкины таблетки, оставленные на столе, по ошибке утоляют жажду совсем не подходящей для этой цели жидкостью. Весной, когда мамы моют окна, а затем забывают их закрыть, дети, случается, выпадают из окон домов. Все эти «опыты» могут стать причиной тяжелой травмы или даже смерти. Однако самый опасный — детский дорожно-транспортный травматизм. Несмотря на то, что его доля составляет до 4% от всех травм, именно на эту группу приходится наибольшее количество смертей и тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата. Печально, что это в основном прерогатива мальчиков от 8 до 16 лет. Причиной 80% несчастных случаев становится перебежание проезжей части вблизи идущего транспорта. 15% — когда ребенок неожиданно появляется на проезжей части, например, из-за угла или впереди стоящего транспорта. При этом, ребенок старшего возраста может психологически предусмотреть возможную опасность, а маленькие дети в силу своего небольшого жизненного опыта ни о чем даже не подозревают. Самое интересное, что дети, как ни странно, больше боятся легковых автомобилей и не воспринимают опасность со стороны большегрузных машин. Поэтому ДТП чаще происходят с участием грузовых автомобилей.

Кроме того, что дети не могут предположить скрытую опасность, которая их поджидает на проезжей части, у них еще недостаточно развит дальномер. Они не могут четко определить расстояние до движущегося транспорта и очень часто начинают перебегать дорогу, даже когда видят, что едет автомобиль.

Среди проблем, приводящих к дорожному травматизму, особенно детскому, отсутствие санавиации, навыков оказания первой помощи как водителями, так и сотрудниками ДПС, еди-

Анализ детского травматизма в городе Якутске первое полугодие 2009 года

Показатели	2009 г. (1 полугодие)	2008 г. (за год)
Автотравмы	59	161
Криминальные (нанесение побоев)	169	229
Уличные травмы	590	590
Школьные и спортивные травмы	157	207
Суициды	25	20
Укушенные		198
Бытовые	2016	3333

ного стандарта подготовки водителей, юридического обоснования оказания первой помощи, а также халатность водителей при перевозке детей и нарушение последними правил дорожного движения, неудовлетворительное комплектование автомобильных аптечек, скверные дороги и средства безопасности на них.

Кроме того, дорожный травматизм напрямую зависит от культуры поведения, и немаловажным направлением в уменьшении смертности на дорогах является образовательная программа.

Хотя по статистике в России наибольшее количество ДТП происходит на городских дорогах, но травматизм с повышенным коэффициентом тяжести отмечается на междугородних магистралях. Помимо этого, во многих регионах России плохо развита служба скорой медицинской помощи, большие расстояния — до 100 км — между населенными пунктами, где зачастую может работать лишь один фельдшер. Несмотря на отсутствие крупных междугородних автомагистралей, а также железной дороги на территории города Якутска, проблема детского травматизма является актуальной. Так как количество автомобилей по численности населения занимает одно из первых мест в России. Хотя из-за суровой зимы каждая третья машина зимой, именно при плохой видимости, не эксплуатируется. Однако ДТП по отчетам главы Якутского ДПС совершается из-за ограниченной видимости 13% случаев, по вине водителей вообще без права управления транспортным средством, так же водителями имевших до 3-х лет водительского стажа. Самые тяжелые аварии совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Практически каждое второе происшествие, которое фиксирует ДПС — наезд на пешехода. Немаловажная проблема, отсутствие либо слабые навыки оказания первой помощи пострадавшим в ДТП как водителями, так и сотрудниками ДПС. Обучение водителей, а тем более инструкторов автошкол элементарным медицинским навыкам — важное направление. Л. Рошаль отметил, что каждый водитель должен понимать, что это нужно лично ему — водитель сможет оказать помощь пострадавшим на дороге и получить ее в случае дорожного происшествия. По статистике, оказание первой помощи спасает жизни до 20% пострадавших. Однако, в российских школах милиции нет медицинских кафедр, где бы «люди в форме» получили медицинские знания. Так, сотрудники МВД проходят 20-часовой курс первоначальной подготовки и 20-часовой курс переподготовки. Представители ДПС отмечают слабую методологическую базу, отсутствие

единого алгоритма действий и отсутствие наглядных пособий.

Кроме того, возникает вопрос юридического обоснования оказания первой помощи пострадавшим, нигде не прописан список лиц, обязанных оказывать первую помощь. В то время как неоказание помощи — уголовно наказуемо. Среди причин высокого травматизма среди детей — до 10% — халатность водителей, не пристегивающих детей ремнями безопасности и игнорирующих детские кресла.

На сегодняшний день детский травматизм имеет тенденцию к снижению. Так, если в 2005 г. произошло 25 489 ДТП, при которых погиб 1241 ребенок, то в 2008 г. — 21 970 и 1018 соответственно. Инвалидность сократилась на 2,4%.

Учить правила уличного движения дети должны с дошкольного возраста, то есть в яслях, и детских садах. Занятия проводят воспитатели и медицинский персонал, обычно в тесном контакте с родителями. Формы работы могут быть самые разнообразные: прогулки, экскурсии по городу, беседы, игры. Во время прогулок и экскурсий воспитатель должен обратить внимание детей на интенсивность уличного движения и поведения на улице. Учеников младших классов необходимо приучать ходить только по тротуарам с правой стороны, обращать внимание на сигнал «берегись автомобиля», в тех местах, где нет тротуаров, идти следует по левому краю улицы навстречу транспорту. Большую роль в борьбе с травматизмом принадлежит работникам ДПС. Они должны организовывать в школах обучение юных помощников ДПС, выступать по радио, телевидению, в печати. Провести программы по обеспечению детей дошкольного и младшего школьного возраста комплектами светоотражающих приспособлений — фликеров, которые ярко светятся в лучах автомобильных фар и помогают водителю заметить пешехода со значительно большего расстояния по сравнению с пешеходами без таковых. При движении с ближним светом расстояние обнаружения увеличивается с 25–40 метров до 130–140 метров, а при движении с дальним светом — до 400 метров. Фликер, являясь элементом пассивной безопасности, снижает риск наезда на пешехода в темное время суток. В профилактике детского травматизма большую роль играют работники жилищных управлений, сельских советов, милиции. Они должны осуществлять постоянный присмотр по состоянию территории жилищных массивов, школьных и дошкольных заведений, за соблюдением правил безопасности при проведении ремонтных и строительных работ.



Дважды помог, кто скоро помоет!
Bis dat, qui cito dat!

**НАЦИОНАЛЬНОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ,
ФАРМАКОТЕРАПИИ И СМП, МГМСУ**

Образовательные программы в том числе **ДИСТАНЦИОННЫЕ** **Клинические исследования**

Последипломное тематическое
усовершенствование врачей и фельдшеров

Свидетельства государственного образца
Сертификационные циклы
Клиническая интернатура, ординатура, аспирантура

Симуляционное обучение фельдшеров
и врачей СМП

Подготовка диссертационных работ

Стратегия, алгоритмизации процесса принятия
решений в клинике

Клинические рекомендации на основе принципов
доказательной медицины

Форумы, конференции, видеоконференции

Журнал "Неотложная терапия"

Учебно-методическая литература



127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1

т/ф: (495) 611-05-60, 611-22-97

www.cito03.ru

E-mail: kafedrakf@mail.ru

ПАРАФИМОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Л.Е. Белый, д-р мед. наук, профессор
ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

PARAPHIMOSIS: MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTIC AND EMERGENCY

L.E. Belyi

Резюме

В обзоре рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики парафимоза. Уделяется внимание дифференциальной диагностики парафимоза с другими состояниями, сопровождающимися отеком крайней плоти и головки полового члена. Рассматриваются основные принципы оказания неотложной помощи больным с парафимозом.

Ключевые слова: парафимоз, крайняя плоть, половой член, ручное вправление, неотложная помощь

Summary

In the review questions of etiology, pathogenesis, diagnostic and emergency of paraphimosis are considered. Etiological aspects of paraphimosis are described; diagnostic criteria are formulated. The main principles of prehospital treatment are resulted.

Key words: paraphimosis, foreskin, penis, manual reduction, emergency.

Сотрудникам скорой помощи достаточно часто приходится сталкиваться с различного рода urgentными заболеваниями мужской половой сферы. Это и воспалительные заболевания, и травмы, и ряд других различного рода патологических состояний. Чаще всего в этих случаях помощь врача скорой помощи заключается в немедленной транспортировке больного в урологический стационар. Однако, в некоторых ситуациях, наряду с догоспитальной диагностикой, приходится осуществлять и лечебные мероприятия. Это касается и такого патологического состояния, как парафимоз. Поэтому знание вопросов этиологии, клиники, диагностики и лечения этого заболевания специалисту, оказывающему экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе, необходимо.

Парафимоз — ущемление головки полового члена в области ее венечной борозды внутренним листком крайней плоти. Вследствие резкого отека крайней плоти головка полового члена не может принять свое исходное положение внутри препуциального мешка, что ведет к расстройству кровообращения в головке и в ущемленном внутреннем листке крайней плоти. Очевидно, что это состояние характерно лишь для мужчин с необрезанной крайней плотью или перенесших частичную циркумцизию [4].

Предпосылкой для возникновения парафимоза является наличие врожденного или приобретенного фимоза. Врожденный фимоз чаще всего является причиной ущемления головки в детском возрасте. Приобретенный фимоз чаще приводит к возникновению парафимоза у пожилых. Зачастую причиной парафимоза является неудовлетворительная гигиена половых органов, хронический баланопостит, ведущий к рубцовому сужению препуциального отверстия.

В ряде случаев парафимоз возникает после медицинского осмотра полового члена, катетеризации мочевого пузыря, цистоскопии, эндохирургических операций на мочевом пузыре и уретре, после выполнения которых крайняя плоть не возвращается в свое физиологическое положение [2]. Часто возникновение парафимоза обусловлено бурным половым актом, после которого крайняя плоть остается за головкой полового члена.

К редким причинам парафимоза следует отнести пирсинг крайней плоти и головки полового члена [10]. В некоторых случаях парафимоз возникает после различных травматических скарификаций крайней плоти, внедрения в крайнюю плоть различных инородных предметов.

Kumar V., Javle P. [11] выделяют 3 степени парафимоза:

1. Парафимоз без увеличения головки;
2. Парафимоз с признаками увеличения головки полового члена
3. Парафимоз с кожными изменениями крайней плоти (эрозии, отек и т. п.) вследствие негативного ишемического воздействия ущемляющего кольца.

Как правило, пациентов с парафимозом беспокоит боль в половом члене. Однако боль не является патогномичным симптомом заболевания. При объективном осмотре головка полового члена за счет нарушения венозного оттока увеличивается, тем самым способствуя еще большему расстройству кровообращения. Позади головки, вокруг венечной борозды определяется «воротник», представляющий собой отечную крайнюю плоть. На половом члене определяется глубокий перехват — непосредственно само место ущемления. Остальная часть полового члена, находящаяся проксимальнее «воротника» выглядит вялой и по часто размерам уступает дистальной части органа вовлеченной в патологический процесс. При возникновении парафимоза в детском возрасте ко всему вышперечисленному могут присоединиться признаки обструкции уретры, часто угрожая развитием развернутой клинической картины острой постренальной почечной недостаточности [12].

Осматривая больного с парафимозом, необходимо тщательно собрать анамнез. Необходимо выяснить данные о состоянии крайней плоти до развития ущемления, обстоятельства возникновения ущемления (проведение медицинских манипуляций, половые контакты, попытки самостоятельного обнажения головки при фимозе). Врач должен осведомиться о наличии в прошлом полной или парциальной циркумцизии, поскольку часто судить о состоянии крайней плоти до эпизода ущемления на основании визуального осмотра часто не представляется возможным. Отсутствие крайней плоти исключает диагноз парафимоза.

При проведении осмотра полового члена необходимо обратить внимание на цвет его головки, состояние тканей в области венечной борозды, тургор тканей крайней плоти.

Розовый цвет головки указывает на удовлетворительное кровообращение. Почернение головки и крайней плоти является признаком начавшегося некроза. Мягкая эластичная консистенция головки указывает на ее жизнеспособность, потеря эластичнос-

ти особенно в местах изменения цвета кожи головки может быть следствием длительной ишемии и возможного некроза.

При наличии у пациента постоянного уретрального катетера, последний должен быть незамедлительно удален из мочеиспускательного канала. Часто удаление катетера из уретры позволяет легко ликвидировать ущемление.

Дифференциальный диагноз парафимоза нужно проводить с другими состояниями, сопровождающимися отеком и увеличением в размерах полового члена. Парафимоз необходимо дифференцировать от аллергического отека полового члена. Ущемление головки в некоторых случаях приходится дифференцировать от перелома полового члена, пенильной гематомы.

Нельзя забывать о возможности наличия сифилитического фимоза, фактически являющимся осложнением твердого шанкра. За счет отека крайней плоти половой член увеличивается в размерах, приобретает колбообразную форму, появляется гиперемия, болезненность. Вследствие отека и инфильтрации обнажение головки становится невозможным, из суженного отверстия препуциального мешка выделяется гной. В некоторых случаях через отечную крайнюю плоть удается пропальпировать ограниченный очаг воспаления [1].

Часто трудности возникают при дифференцировании истинного парафимоза от отека головки и крайней плоти, вызванного наложением различного рода удавок (перевязка полового члена волосом, леской, проволокой). Инеродное тело перестает визуализироваться из-за его полного погружения в отечные ткани. Это необходимо иметь в виду при осмотре пациентов с психическими заболеваниями.

Если диагноз парафимоза не вызывает сомнений, то необходимо ликвидировать ущемление головки полового члена одним из известных способов.

Фактически, целью лечения является устранение отека крайней плоти и возвращение ее в физиологическое положение, когда головка полового члена располагается в препуциальном мешке. К сожалению, в настоящее время не проведено проспективных, рандомизированных, контролируемых исследований, в рамках которых проведено сравнение эффективности современных вариантов лечения парафимоза [2]. Имеются лишь описания отдельных случаев, либо исследования, охватывающие небольшую группу больных.

При небольшой длительности ущемления, отсутствии признаков воспаления и некроза крайней плоти возможно выполнение мануального вправления головки полового члена. Мануальное вправление целесообразно выполнять с использованием проводниковой анестезии полового члена либо парентерального введения наркотических анальгетиков.

Мануальное вправление основано на перемещении жидкости из дистальной части полового члена в проксимальную и компрессии головки полового члена с целью уменьшения ее объема. Ручное сокращение достигнуто механическим путем.

Перед попыткой мануального вправления рекомендуется в течение 5 минут осуществлять компрессию полового члена, осуществляя рукой движения, способствующие перемещению жидкости из крайней плоти и головки в проксимальные отделы полового члена [14].

Альтернативным способом уменьшения отека является использование давящей повязки по типу тюрбана. На половой член от головки до его основания накладывается давящая циркулярная повязка [2] или эластический бинт [5] таким образом, чтобы на дистальные отделы полового члена оказывалось большее давление, чем на проксимальные. Как правило, давящую повязку накладывают на 5–10 минут [13].

Известна методика, когда для уменьшения отека используется лед. Половой член обортывается полиэтиленом, а затем периодически к нему со всех сторон прикладывают лед, до тех пор, пока отек не уменьшится [8].

В литературе имеются сообщения об эффективности использования для ликвидации отека крайней плоти осмотического градиента. Существует методика, когда поверхность головки полового члена и крайнюю плоть покрывают сахарным песком, а затем на половой член надевают презерватив или перчатку [6]. Couetts A.G. [3] рекомендует обернуть половой член марлевым тампоном, пропитанным гипертоническим раствором глюкозы.

Весьма распространенным способом ликвидации парафимоза является пункция отека тканей крайней плоти, расположенных дистальнее ущемляющего кольца. Инъекционной иглой выполняют несколько вколов в отечные ткани крайней плоти. Скопившаяся жидкость начинает выделяться наружу. Компрессия головки и крайней плоти ускоряет темпы уменьшения отека. Через несколько минут вправление головки, как правило, не представляет особых трудностей [7]. После вправления го-

ловки с целью профилактики местных инфекционно-воспалительных осложнений назначают пероральные антибиотики.

Если все вышеописанные попытки ликвидировать парафимоз всеми описанными выше способами терпят неудачу, то ущемляющее кольцо должно быть рассечено коротким разрезом крайней плоти по дорсальной поверхности полового члена, что диктует необходимость вмешательства уролога.

Циркумцизию следует выполнять не ранее чем через 6 недель после дорсального рассечения крайней плоти, когда отек и воспалительные явления будут полностью купированы [9]. Выполнение кругового иссечения крайней плоти с целью ликвидации парафимоза, как правило, не оправдано.

Литература

1. Родионов А.Н. Сифилис / А.Н. Родионов. — Спб.: Питер, 2000. — 288 с.
2. Choe J.M. Paraphimosis: current treatment options // *Am. Fam. Physician.* — 2000. — Vol. 62 (12). — P. 2623–2626.
3. Couetts A.G. Treatment of paraphimosis // *Br. J. Surg.* — 1991. — Vol. 78 (2). — P. 252.
4. Fuenfer M.M., Najmaldin A. Emergency reduction of paraphimosis // *Eur. J. Pediatr. Surg.* — 1994. — Vol. 4 (6). — P. 370–371.
5. Ganti S.U., Sayegh N., Addonizio J.C. Simple method for reduction of paraphimosis // *Urol.* — 1985. — Vol. 25 (1). — P. 77.
6. Gonzales Fernandez M., Sousa Escandon M.A., Parra Muntaner L., Lopez Pacios J.C. Sugar: treatment of choice in irreducible paraphimosis // *Actas Urol. Esp.* — 2001. — Vol. 25 (5). — P. 393–395.
7. Hamdy F.C., Hastie K.J. Treatment of paraphimosis: the 'puncture' technique // *Br. J. Surg.* — 1990. — Vol. 77 (10). — P. 1186.
8. Houghton G.R. The «iced-glove» method of treatment of paraphimosis // *Br. J. Surg.* — 1973. — Vol. 60 (11). — P. 876–877.
9. Johnstone J.M.S., Hargreave T.B. Male urethra and genital organs. In: Rintoul R.F. Farquharson's textbook of operative surgery, 8th edn. Edinburg, UK: Churchill Livingstone; 1998. — P. 666.
10. Jones S.A., Flynn R.J. An unusual (and somewhat piercing) cause of paraphimosis // *Br. J. Urol.* — 1996. — Vol. 78 (5). — P. 803–804.
11. Kumar V., Javle P. Modified puncture technique for reduction of paraphimosis // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2001. — Vol. 83. — P. 126–127.
12. Ochsner M.G. Acute urinary retention // *Compr. Ther.* — 1986. — Vol. 12 (12). — P. 26–31.
13. Olson C. Emergency treatment of paraphimosis // *Can. Fam. Physician.* — 1998. — Vol. 44. — P. 1253–1254.
14. Williams J.C., Marrison P.M., Richardson J.R. Paraphimosis in elderly men // *Am. J. Emerg. Med.* — 1995. — Vol. 13 (3). — P. 351–353.

УДК 616.31; 617.52-089

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.П. Перепечко, А.В. Наумов, С.Д. Арутюнов,
МГМСУ

NON-TRADITIONAL RISK FACTORS OF SOMATIC MORBIDITY

V.P. Perepechko, A.V. Naumov, S.D. Arutyunov

Резюме

В последние годы убедительно доказаны существенные клинические и патогенетические взаимосвязи хронического пародонтита и соматической патологии [3, 4]. Так показано более тяжелое течение заболеваний пародонта у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5], остеопорозом [6] и т. д.

Ключевые слова: пародонтальный комплекс, врач-стоматолог, соматические заболевания, стоматологический статус, пародонт, хронический пародонтит, эксфолиативный хейлит.

Summary

In recent years, it was conclusively proven that there're significant clinical and pathogenetic interrelations of chronic periodontitis and somatic pathology [3, 4]. It shows a more severe course of periodontal disease in patients with cardiovascular disease [5], osteoporosis [6], etc.

Key words: periodontal complex, dentist, somatic disease, dental status, periodontium, chronic periodontitis, exfoliative cheilitis.

При этом, несмотря на определенные успехи, сохраняется устойчивая тенденция к высокой распространенности патологии пародонтального комплекса.

В исследование было отобрано 865 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, среди них 412 мужчин и 453 женщины. Критерием включения в исследование был возраст от 40 до 70 лет; критериями исключения явились: онко-

логические заболевания, болезни крови, перенесенный вирусный гепатит, анамнестические указания на язвенную болезнь, осложненные формы сердечно-сосудистой патологии, тяжелые обострения сопутствующих воспалительных заболеваний, лечение у врача-стоматолога на момент включения в исследование.

Мужчины и женщины подбирались методом пар, где критериями парности были: возраст, частота курения, определенные соматические заболевания.

Как видно из табл. 1, возраст мужчин и женщин достоверно не отличался, $56,7 \pm 8,4$ и $55,3 \pm 7,8$ лет соответственно. Индекс массы тела составил у мужчин $27,4 \pm 3,2$, у женщин — $27,1 \pm 4,8$, $p > 0,05$.

Сердечно-сосудистые заболевания были констатированы у 55,1% мужчин и 55,8% женщин, в сочетании с СД типа 2 у 18,4% и 18,1% соответственно.

Среди мужчин было недостоверно больше пациентов с алкогольной поливисцеропатией (13,6%), среди женщин — 10,6%.

Курящих мужчин было 148 (35,9%), женщин — 136 (30,02%).

На первом этапе исследования мы изучили стоматологический статус всех пациентов, а в дальнейшем — особенности поражения тканей пародонта с учетом пола, возраста (десятилетия жизни), социального положения и соматической патологии. В группу от 40 до 49 лет включено 30,8% и 29,1% женщин, в группу от 50 до 59 лет — 42,7% мужчин и 45,7% женщин, от 60 до 70 лет — 26,5% и 25,2%, соответственно.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Характеристики	Мужчины, n=412	Женщины, n=453
Возраст	56,7±8,4	55,3±7,8
ИМТ, кг/м ²	27,4±3,2	27,1±4,8
ССЗ (ИБС и/или АГ)	227 (55,1%)	253 (55,8%)
ССЗ в сочетании с СД типа 2	76 (18,4%)	82 (18,1%)
СД типа 2	17 (4,1%)	23 (5,1%)
ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит	13 (3,2%)	9 (1,98%)
Алкогольная поливисцеропатия	56 (13,6%)	48 (10,6%)
Нет соматической патологии	23 (5,6%)	38 (8,4%)

Таблица 2

Жалобы пациентов

Жалобы	Мужчины (n=412)	Женщины (n=453)
Кровоточивость десны	197(47,8%)	234 (51,7%)
Болевые ощущения (при употреблении пищи, чистке зубов)	248 (60,2%)	271 (59,8%)
Подвижность зубов	146 (35,4%)	193 (42,6%)
Сухость в полости рта	176 (42,7%)	208 (45,9%)
Жжение языка	79 (19,2%)	92 (20,3%)
Запах изо рта	238 (57,8%)	243 (53,6%)

Для оценки взаимосвязи заболеваний пародонта и гипогонадизма у всех пациентов было проведено изучение статуса половых гормонов. С гипогонадизмом имеются достоверные корреляции течения ряда соматических заболеваний. Вероятно, схожую взаимосвязь можно найти и с течением заболеваний пародонта.

У мужчин проводили измерение уровня общего и свободного тестостерона, ГСПС (глобулинсвязывающий половые стероиды); у женщин — общего эстрадиола — наборами ДАКО (Дания), а также уровни ФСГ и ЛГ.

При анализе жалоб мужчин и женщин (табл. 2) мы не выявили достоверных отличий в частоте тех или иных жалоб. Так, на крово-

точивость десны предъявляли жалобы 47,8% мужчин и 51,7% женщин ($p>0,05$), болевые ощущения при употреблении пищи и чистке зубов у 60,2% и 59,8%, соответственно, ($p>0,05$).

Оценка гигиенического состояния рта продемонстрировала неудовлетворительные показатели, как у мужчин, так и у женщин, однако у мужчин гигиеническое состояние рта было достоверно хуже (рис. 1).

При общем анализе стоматологического статуса мужчин и женщин, по большинству патологий, мы также не нашли принципиальных отличий. Однако гипертрофия слюнных желез и снижение их функций, атрофия сосочков языка было достоверно чаще у мужчин.

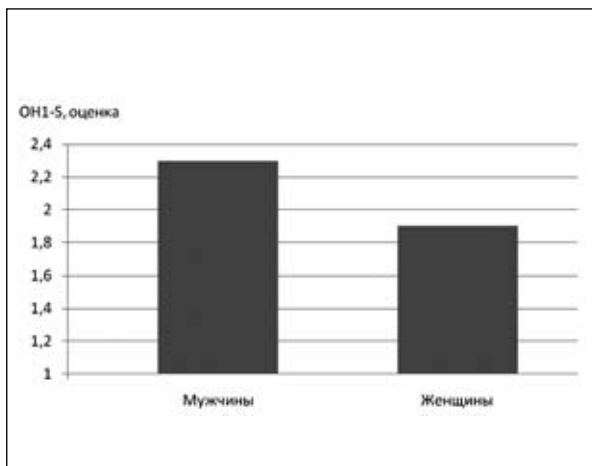


Рис. 1. Гигиена рта (OHI-S) у мужчин и женщин

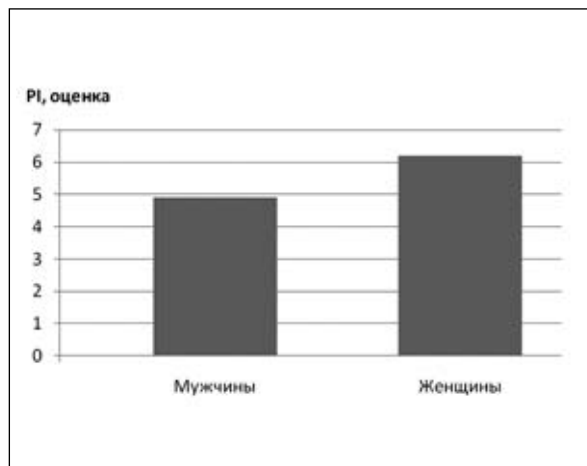


Рис. 2. Пародонтальный индекс у мужчин и женщин

Таблица 3

Некоторые аспекты стоматологического статуса в группах

Стоматологические заболевания	Мужчины (n=412)	Женщины (n=453)
Рецидивирующий афтозный стоматит	79 (19,2%)	76 (16,8%)
Лейкоплакия	47 (11,4%)	38 (8,4%)
Эксфолиативный хейлит	66 (16,01%)	73 (16,1%)
Хронические трещины губ	113 (27,4%)	187 (41,3 %)
Гипертрофия околоушных слюнных желез	129 (31,3%)*	57 (12,6%)
Снижение функции околоушных слюнных желез	178 (43,21%)*	74 (16,3%)
Атрофия нитевидных и грибовидных сосочков языка	123 (29,85%)*	98 (21,6%)
Отклонение язычка	74 (17,96%)	56 (12,4%)
Индекс КПУ	17,4±4,7*	14,8±5,7
Количество отсутствующих зубов	9,3±4,1	8,7±3,7

Примечание: * — p<0,05.

Кариес был констатирован, практически, у всех мужчин и женщин, при этом индекс КПУ был достоверно выше у мужчин.

Анализ патологии пародонта выявил изменения у большинства обследованных. В группе женщин индекс PI был не достоверно выше, чем у мужчин (рис. 2).

Анализ элементов индекса СРITN (табл. 4) продемонстрировал, более тяжелое поражение пародонта у большего числа мужчин. Так, 37,9% мужчин имеют кровоточивость, зубной камень, глубокие и неглубокие пародонталь-

ные карманы, в то время как у женщин это отмечено в 28,5% случаев.

Следует заключить, что при определении встречаемости и тяжести заболеваний пародонта мы не нашли достоверных половых отличий. Однако у мужчин несколько чаще, чем у женщин, отмечались более тяжелое поражение тканей пародонта.

Заболевания пародонта не выявлены у 9 мужчин в возрасте 40–49 лет, 6 мужчин от 50 до 59 лет и 2 — в 60–70 лет; у женщин — 13, 7 и 4 соответственно.

Таблица 4

Анализ индекса CPITN

Индекс CPITN	Мужчины (n=412)	Женщины (n=453)
Нет заболеваний пародонта	17 (4,1%)	24 (5,3%)
Встречаемость заболеваний пародонта	395 (95,9%)	429 (94,7%)
имеют только кровоточивость десны	42 (10,2%)	45 (9,9%)
имеют кровоточивость десны и зубной камень	84 (20,4%)	76 (16,8%)
имеют кровоточивость, зубной камень и неглубокие пародонтальные карманы	113 (27,4%)	179 (39,5%)
имеют кровоточивость, зубной камень, глубокие и неглубокие пародонтальные карманы	156 (37,9%)	129 (28,5%)

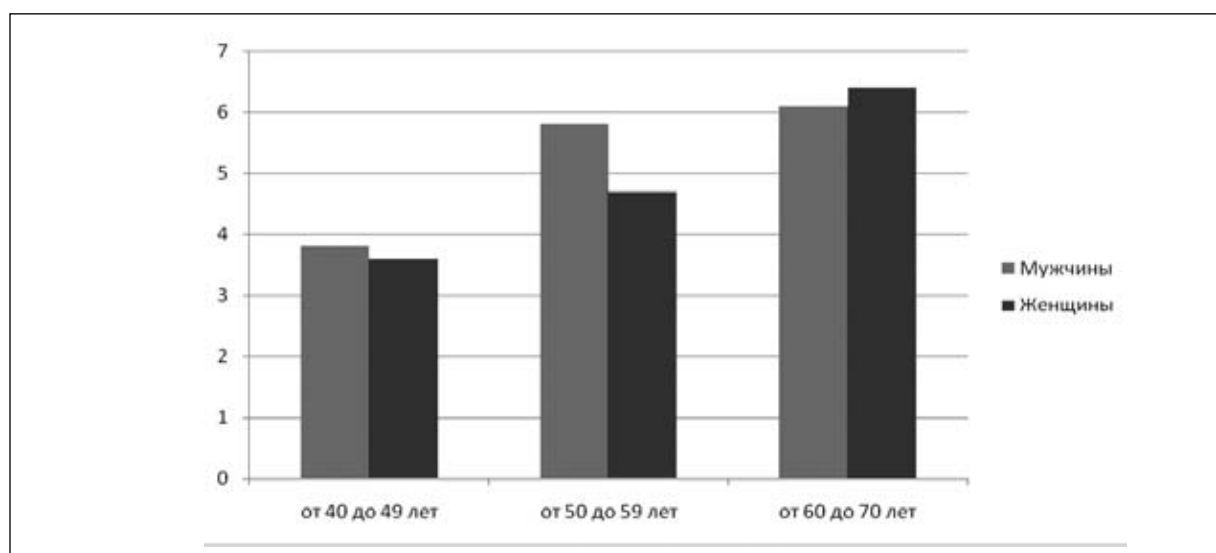


Рис. 3. Пародонтальный индекс у мужчин и женщин в разных возрастных группах

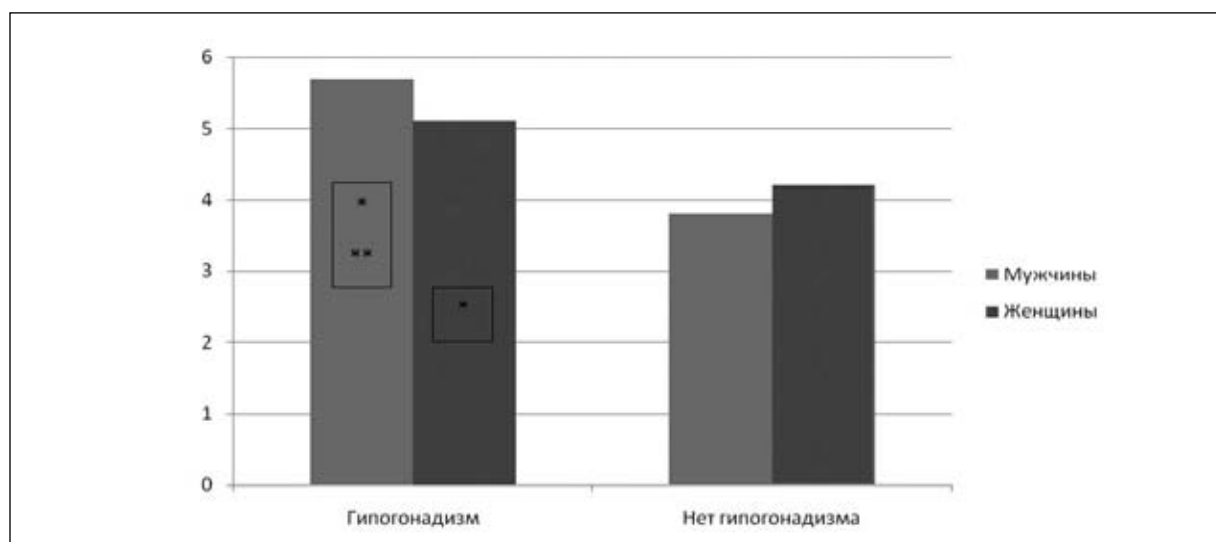
Рис. 4. Пародонтальный индекс у мужчин и женщин в зависимости от уровня половых гормонов (* $p < 0,05$ в сравнении с лицами без гипогонадизма; ** $p < 0,05$ в сравнении с женщинами)

Таблица 5

Пародонтальный индекс у мужчин и женщин в зависимости от нозологической формы соматической патологии

Нозологическая форма (n=M/n=Ж)	Мужчины, PI баллы	Женщины, PI баллы
ССЗ (ИБС и/или АГ) (227/253)	5,5±2,2	5,4±1,6
ССЗ в сочетании с СД типа 2 (76/82)	5,8±0,9	6,3±1,1***
СД типа 2 (17/23)	5,1±1,2	4,9±0,7
ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит (13/9)	4,3±1,0	4,1±0,6
Алкогольная поливисцеропатия (56/48)	7,3±2,1**	6,8±1,7**
Нет соматической патологии (23/38)	2,4±0,7*	2,7±1,1*

Примечание: * — $p < 0,05$ в сравнении с PI при соматических заболеваниях; ** — $p < 0,05$ в сравнении с PI при других заболеваниях; *** — $p < 0,05$ в сравнении с мужчинами.

Анализ пародонтального индекса (PI) показал нарастание с возрастом у мужчин и женщин, что соответствует литературным данным. Подгрупповая оценка индекса выявила отсутствие достоверных отличий у мужчин и женщин в возрасте от 40 до 49 лет. В возрасте 50–59 лет у мужчин индекс в среднем составил $5,8 \pm 1,2$ баллов, а у женщин — $4,7 \pm 0,9$ баллов. В возрасте от 60 до 70 лет данный индекс был не достоверно выше у женщин (рис. 3).

Можно заключить, что в возрасте от 50 до 59 лет у мужчин заболевания пародонта протекают более тяжело, в сравнении с женщинами.

В нашем исследовании у 289 (70,1%) мужчин и 327 (72,2%) женщин были выявлены клинико-лабораторные признаки гипогонадизма.

Мы обнаружили достоверно большее значение пародонтального индекса у мужчин и женщин с гипогонадизмом (рис. 4), в сравнении с больными без такового. При этом у мужчин с гипогонадизмом PI составил $5,7 \pm 1,3$ балла, а у женщин $5,1 \pm 1,8$ баллов, $p < 0,05$, что свидетельствует о более выраженном поражении тканей пародонта у мужчин с андрогенным дефицитом, в сравнении с женщинами с дефицитом эстрогенов.

Изучив состояние тканей пародонта, у

мужчин и женщин в зависимости от нозологической формы соматической патологии, мы выявили ряд особенностей (табл. 5). При любой соматической болезни поражение тканей пародонта достоверно более тяжелое в сравнении с пациентами без таковой.

Наиболее тяжелое поражение пародонтально-комплекс (анализ пародонтального индекса) отмечено у пациентов, вне зависимости от пола, с алкогольной поливисцеропатией и с сочетанием сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета типа 2.

При этом у пациентов с сочетанием ССЗ и СД типа 2 достоверно более тяжелое поражение наблюдалось у женщин.

Таким образом, наличие соматической патологии, в особенности сочетание заболеваний, является существенным фактором риска патологии тканей пародонта, вне зависимости от пола пациентов.

Список используемой литературы

1. P.E. Petersen, H. Ogawa. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach//J. Periodontol 2005; 76: 2187–2193.

2. Couper D.J., Beck J.D., Falkner K.L., Graham S.P. The Periodontitis and Vascular Events (PAVE) pilot study: recruitment, retention, and community care controls. // J. Periodontol. 2008; 79: 80–9.
3. Van Vinkelhoff A., Bosch-Tijhof C.J., Winkel E.G., van der Reijden W.A. Smoking effect the subgingival microflora in periodontitis. J Periodontol, 2001; 72: 666–671.
4. F. Sharpe, J.A. Gordon, V. Bailey. Investments// Prentice Hall, 1999.
5. Jansson L., Lavstedt S., Frithiof L. Relationship between oral health and mortality rate.// J. Clin Periodontol 2002; 29: 1029–1034.
6. Nishida M.; Grossi S.G.; Dunford R.G.; Ho A.W.; Trevisan M.; Genco R.J. Calcium and the risk for periodontal disease.// Journal of periodontology 2000; 71 (7): 1057–66.
7. Zucker K.F. Gender Identity Disorder// Child and Adolescent Psychiatry. Ed. by M. Rutter and E. Taylor. 4th ed. Oxford: Blackwell, 2002, p. 737–753.
8. Niewada Maciej; Kobayashi Adam; Sandercock Peter A.G.; Kaminski Bogumil; Czlonkowska A. Influence of gender on baseline features and clinical outcomes among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial. // Neuroepidemiology 2005; 24 (3): 123–8.
9. Harris D.J., Douglas P.S. Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute. // N. Engl J. Med. 2000; 343: 475–480.
10. Weisz D., Gusmano M.K., Rodwin V.G. Gender and the treatment of heart disease in older persons in the United States, France, and England: a comparative, population-based view of a clinical phenomenon. //Gend Med. 2004 Aug; 1 (1): 29–40.
11. L. Humphrey, R. Fu, D.I. Buckley, M. Freeman, M. Helfand. Periodontal Disease and Coronary Heart Disease Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis // J. Gen Intern Med. 2008 December; 23 (12): 2079–2086.

ВНИМАНИЕ



«Дважды помог, кто скоро помог» — девиз

Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП)

National Scientific Practical Society of AmbulanceCare

Приоритетные направления Общества (ННПОСМП):

- Симуляционное обучение фельдшеров и врачей СМП
- Обучение первой (доврачебной) помощи по международному стандарту
- Создание и распространение образовательных программ
- Разработка клинических рекомендаций по оказанию неотложной медицинской помощи на до-госпитальном этапе
- Создание регистра вызовов СМП в различных регионах РФ, отражающего структуру заболеваемости в регионе и потребность в лекарственных препаратах и медицинском оборудовании, медицинских стандартов оказания помощи на догоспитальном этапе.
- Создание базы по реальным методам диагностики и лечения неотложных состояний на догоспитальном этапе в регионах РФ.
- Организация многоцентровых клинических исследований на СМП в РФ и странах Ближнего Зарубежья.
- Последипломное тематическое усовершенствование врачей и фельдшеров
- Свидетельства государственного образца
- Сертификационные циклы
- Привлечение молодых специалистов к научно-практической деятельности на СМП и обучение в клинической интернатуре, ординатуре и аспирантуре
- Правила проведения клинических исследований по стандартам GCP
- Выпуск научно-практического рецензируемого ВАК журнала общества «Врач скорой помощи» и специализированного научного издания ННПОСМП «Неотложная терапия»

«СКОРУЮ» – В РЕАНИМАЦИЮ

Минздравсоцразвития начинает модернизировать службу «03»

«AMBULANCE» – IN INTENSIVE CARE

Health Ministry of Russia begins to upgrade the service «03»



Каждый третий из тысячи россиян хотя бы раз в год вызывает «скорую помощь»

Мы привыкли: случилась беда со здоровьем — спешим набрать «03». Мы законно требуем от «скорой» сверхоперативности, сверхкомпетентности. Всегда ли она этим требованиям отвечает?

Об этом шел разговор на последней коллегии минздравсоцразвития, которая обсудила разработанную министерством Программу развития скорой помощи.

«До 2020 года предполагается поэтапная модернизация системы оказания скорой помощи, — сказала, открывая заседание, министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова. — Модернизация ради повышения доступности и качества, более эффективного использования ее ресурсов».

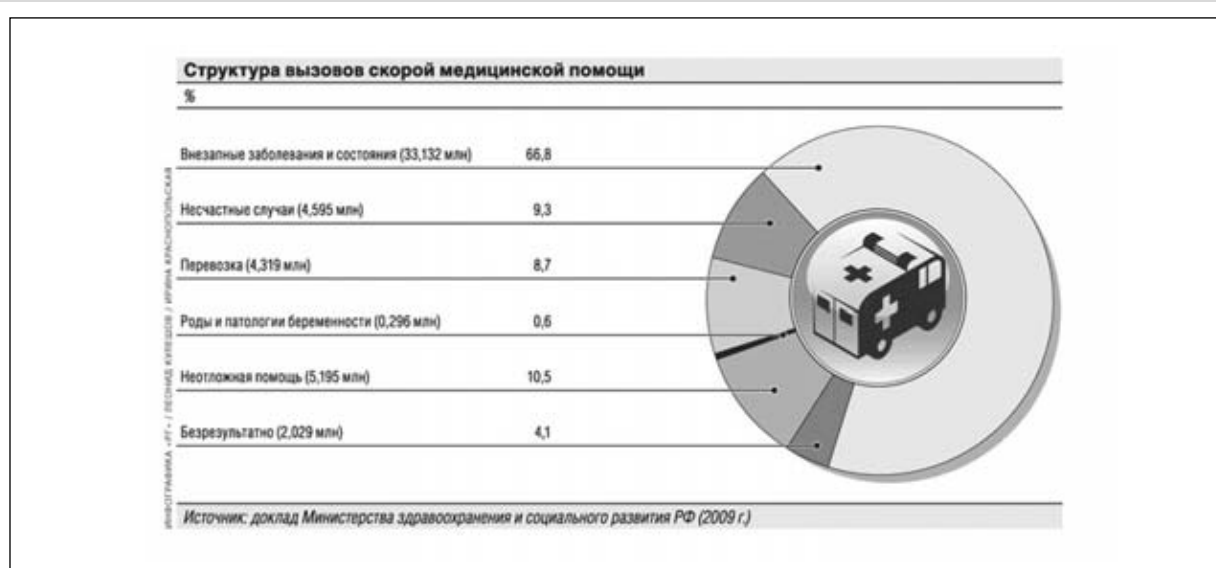
По статистике, на начало 2009 года скорую помощь населению оказывали 276 самостоятельных станций «скорой» и 2753 — входящих в состав других учреждений. Ими выполнено более 47,5 миллиона выездов и оказана помощь 51 миллиону человек. Вдумайтесь в эти цифры! Какой за этим гигант-

ский труд. В составе станций работает 11 969 общепрофильных врачебных бригад, 5433 специализированных, 1747 бригад интенсивной терапии, 22 042 фельдшерских бригады. И сейчас важно выстроить единую систему оказания скорой помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Чтобы была преемственность между ними, непрерывность процесса. Без его четкой регуляции, определенной законом, тут не обойтись. И этот закон должен быть в русле прочих нормативных правовых, законодательных актов.

Сегодня ни для кого не секрет: «скорая помощь» зачастую подменяет деятельность учреждений первичного звена. Вот почувствовал человек недомогание, однако не спешит на прием в поликлинику, не вызывает врача на дом. Почему? Причины разные. Например, в службе вызова на дом постоянно занят телефон. Или не хочется сидеть в очереди у кабинета врача... А тут, как говорится, «железно»: набрал «03» — и помощь обязательно придет, причем с доставкой на дом. Анализ показывает, что в 16% случаев так и бывает — «скорая» выступает в роли «подмены» обычного врача.

К этому добавим, что случаются и безрезультатные вызовы. А мы еще нередко сетуем, что «скорая» была не такой уж скорой. И нет нам дела до того, что машина с красным крестом, сиреной и «мигалкой» застряла на дороге в пробке. В таких пробках оказываются порой даже реанимобили, где оказание помощи тяжелому больному рассчитывается не на минуты — на секунды.

Так что совершенно очевидно: без модернизации работы первичного звена невозможно изменить ситуацию и с оказанием скорой помощи. В первичном должны быть подразделения неотложной помощи. Это не какое-то ноу-хау. Такие подразделения бы-



ли и раньше. Есть они и сейчас во многих учреждениях. Другое дело: как они работают?

Знает ли, к примеру, население о том, что если в вечернее, ночное время поднялась температура или подскочило давление, а прием вызовов в поликлинике уже закончился, то не надо набирать «03». Нужно обращаться за неотложной помощью. Если не будет пересмотрена организация скорой и неотложной помощи, если, скажем, и впредь будет увеличиваться число выездов «скорой» именно на «неотложные» состояния, то эффективность «03» не повысится. Пока же 15% приходится на работу, которая не является функцией «скорой».

Модернизация службы происходит не на голом месте, не начинается с нуля. Есть опыт Московской, Владимирской, Ивановской, Саратовской, Томской, Тульской областей, республик Чувашии, Дагестана. Здесь доля неотложной помощи в структуре «скорой» всего 8–15%.

Скорая помощь в условиях города значительно отличается от службы «03» за пределами крупных городов. В сельской местности на «Скорую» приходится практически вся медицинская помощь. На коллегии минздрава было показано немало слайдов. Об одном чуть подробнее.

...Просторное помещение, уставленное удобными диванами. К слайду комментарий: в таких помещениях желателен телевизор. И все для того, чтобы пациенты, доставленные в стационар, в ожидании решения своей участи могли удобно отдыхать, смотреть на голубой экран. Хорошо? Да кто бы спорил. К 2020 году так оно и будет?..

Вот только мешает восприятию этого светлого будущего обилие убогих — и не только сельских — больниц. В которых не то что таких апартаментов с диванами и телевизорами нет, но в которых лишнюю койку для пациента поставить негде. 26 февраля с.г. «РГ» опубликовала заметку из Пермского края, где закрыли Кунгурский родильный дом. И чиновники посоветовали возить рожениц в соседние города и села, а в тяжелых случаях напрямик в Пермь — всего-то 100 километров пути. Родит женщина в машине? Не беда! Еще великий русский поэт Некрасов стихи писал о женщинах, рожавших прямо в поле.

А тот Кунгурский роддом помещался в купеческом особняке XIX века. Для рождения человека он непригоден. В вестибюле женской консультации, расположенной в одном из крыльев здания, сразу за входной дверью висит старое верблюжье одеяло — для тепла. Кабинет главного врача в подвале — там же, где склад. Увязывается это с улучшением демографической ситуации в стране? И это XXI век. И Пермский край — не такая уж глубинка.

Но это, так сказать, лирическое отступление. Вернемся к коллегии. Очень уместен разговор о том, что необходимо изменить систему оплаты труда сотрудников «скорой». Чтобы поменьше было совместителей, потому как очень сложно сохранять должный уровень оказания помощи, если оказывает ее специалист, работающий подряд вторые сутки.

Обязательно изменение структуры кадрового состава скорой медицинской помощи. Сейчас больше всего на «скорой» средних медицинских работников. Они составляют

51%. Вслед за ними идут водители — 23,4%. На долю врачей приходится всего 12,2%. За этими процентами цифры: скорую медицинскую помощь оказывают более 19,6 тыс. врачей и 82,5 тыс. среднего медицинского персонала. И хотя в последнее время появилась тенденция к росту таких сотрудников, все равно весьма велик дефицит санитаров — 63% и врачей — 49%. Более или менее благополучно только с кадрами водителей.

Прогнозируется: выезжать к больному должны два медика, а не один. Это могут быть врач и фельдшер или два фельдшера. В идеале — врач, два фельдшера и санитар. «А водитель?» — спросите вы. Водителя как такового не будет. Управлять машиной «скорой» станет фельдшер. По крайней мере, такое предложено совмещение профессий.

Но как при таком раскладе фельдшер, управляющий машиной, станет спасать пациента, которого в этой машине везут? Не отрываясь от руля? А представьте себя на месте больного или его родственника. Вот приезжает «скорая» и к вам для оказания столь долгожданной помощи заявляется... водитель. Станете объяснять, что это не просто водитель, а фельдшер-водитель? Как воспримет такой гибрид пациент? Доверит он свое здоровье такому специалисту?..

Эмоции? В медицине они не уместны? Тем более в 2020 году. Трудно с этим согласиться. Тем более, когда речь о модернизации службы «скорой» — самой в стране массовой и бесплатной.

НОВОСТИ

Палата номер один

С конца прошлого года в России работает Национальная медицинская палата – организация, призванная объединить профессиональное сообщество для решения насущных проблем российского здравоохранения. Ближайшим целям нового всероссийского объединения медработников, а также его планам на отдаленное будущее был посвящен «круглый стол», прошедший 19 мая 2010.

В мероприятии участвовали руководители нового органа: директор НИИ неотложной детской хирургии Леонид Рошаль, директор НИИ пульмонологии, главный терапевт РФ Александр Чучалин, Председатель Союза педиатров России, главный педиатр РФ Александр Баранов, а также председатель Новосибирской областной ассоциации врачей Сергей Дорофеев, президент Общероссийской ассоциации врачей частной практики Алексей Каменев, первый вице-президент ассоциации работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа Александр Кичигин, начальник департамента медицинской помощи ОАО «РЖД» Олег Атьков, заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Колесников, первый заместитель руководителя фракции «Единой России» в Госдуме, доктор медицинских наук Татьяна Яковлева.

Открывая пресс-конференцию, автор идеи Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль констатировал, что отечественным здравоохранением недовольны и врачи, и пациенты. Его проблемы хорошо известны: качество медицинской помощи, дефицит квалифицированных кадров, зарплаты медиков, материальное обеспечение больниц, престиж профессии медработника. Хотя бы отчасти изменить положение дел, считает Рошаль, может само медицинское сообщество, объединенное во всероссийскую организацию с широкими полномочиями — Национальную медицинскую палату.

В перспективе медицинская палата готова взять на себя аттестацию и сертификацию медиков, разработку стандартов медпомощи и контроль за их соблюдением, а также юридическую помощь медработникам. В ЕС, США, Японии и других развитых странах эти функции выполняют профессиональные организации врачей, а не государственные структуры. Помимо этого, палата готова взять на себя контроль качества медицинских услуг, экспертизу спорных случаев и досудебное урегулирование претензий пациентов. Также, в идеале, она может заняться чисткой профессиональных рядов от не справляющихся со своими обязанностями специалистов.

Появление влиятельной профессиональной организации должно облегчить и жизнь рядовых медработников. Во-первых, они смогут рассчитывать на защиту как от произвола чиновников, так и от необоснованных претензий со стороны пациентов. Во-вторых, авторитетный экспертный орган будет лоббировать интересы профессионального сообщества. Сегодня, по признанию замглавы думского комитета по охране здоровья Сергея Колесникова, независимой экспертной организации, статус которой был бы признан на уровне правительства и Минздрава, просто не существует. В результате голос медицинского сообщества практически не учитывается властными структурами, в отличие от пациентских организаций, которым время от времени все же удается обратить на себя внимание властей.

УДК 616-001-085.273.5:614.88

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И У ПАЦИЕНТОВ С НАРУЖНЫМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

(обзор литературы)

А.Н. Киреев, Г.Г. Белозерская
ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
ГУ Гематологический научный центр РАМН

PHARMACOLOGICAL ACTIVITY OF LOCAL HAEMOSTATIC MEDICINES IN EXPERIMENT AND IN PATIENTS WITH EXTERNAL POSTTRAUMATIC BLEEDING AT THE PREHOSPITAL STAGE

(review of literature)

A.N. Kireev, G.G. Belozerskaya

Резюме

Кровотечение при травме — одна из ведущих причин гибели людей в возрасте от 1 до 34 лет во всем мире. По статистике около 30% случаев летального исхода при этом связано с тяжелой кровопотерей (Hoyt D.B., 2004). В общей структуре смертности в России травма занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, а в США и в европейских странах — пятое (Holcomb J.B., 2004). В 2003 г. дорожно-транспортные происшествия (ДТП) стали причиной смерти более чем 30 млн жителей Земли. В России в том же году произошло больше 200 тыс. ДТП, в которых погибли около 26 тыс. человек, получили травмы почти четверть миллиона (Рошаль Л.М., 2004).

Ключевые слова: гемостатическое средство, остановка кровотечения, неотложные ситуации, догоспитальный этап, капиллярно-паренхиматозные кровотечения,

марлевые салфетки, эпсилонаминокапроновая кислота, гемостатики, кровопотеря, эффективность, безопасность, скорая медицинская помощь.

Summary

Bleeding after trauma is one of the leading causes of death in people aged from 1 to 34 years throughout the world. According to statistics, approximately 30% of deaths in this case happen due to severe blood loss (Hoyt D.B., 2004). In total mortality structure in Russia trauma takes the second place after cardiovascular diseases, and in the U.S. and in European countries it takes the fifth place (Holcomb J.B., 2004). In 2003, road traffic accidents caused the death of more than 30 million inhabitants of the Earth. In Russia the same year there was more than 200 thousand accidents, which killed around 26 thousand people and injured nearly a quarter million (Roshal L.M., 2004).

Key words: haemostatic medicine, bleeding stopping, emergencies, prehospital stage, capillary-parenchymatous bleedings, gauze wipes, epsilonaminokapronovaya acid, haemostatics, blood loss, efficiency, safety, emergency medical care.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СМП — скорая медицинская помощь,
ННПОСМП — Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи,
ЧСС — частота сердечных сокращений,
САД — систолическое артериальное давление,
ДАД — диастолическое артериальное давление,
ДТП — дорожно-транспортные происшествия,
АЧТВ — активированное частичное тромбoplastиновое время,
ПТИ — протромбиновый индекс.

Актуальность проблемы

По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) число вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу травматических повреждений в нашей стране составляет 4,3–4,8 млн в год, не считая обращения населения в травмпункты, поликлиники, а также самопомощь при легкой бытовой, производственной или дорожной травме. Только в Москве за 2003–2004 годы число вызовов СМП по поводу травмы увеличилось на 15% (ННПОСМП, 2005).

По сравнению с предыдущими годами, в 2003 г. число чрезвычайных ситуаций возросло на 24%, количество техногенных катастроф — на 64%, природных катаклизмов — в 1,5 раза, социальных, включая теракты — на 14,5% (Мединформ, 2004). Во время военных конфликтов кровотечение является причиной смерти 50% раненых (Carr ME Jr., 2004).

Неуклонный рост травматизма и гибель при этом преимущественно молодых людей диктует необходимость разработки способов надежной и долговременной остановки кровотечения уже на догоспитальном этапе, так как транспортировка пострадавшего может занимать большое время и отсрочить оказание специализированной медицинской помощи (Carr ME Jr., 2004).

Несмотря на имеющиеся определенные достижения, поиск эффективного, безопасного, быстродействующего гемостатического средства для остановки кровотечения в неотложных ситуациях сохраняет свою актуальность (Hoyt D.V., 2004). Традиционно на догоспитальном этапе для остановки наружных капиллярно-паренхиматозных кровотечений применяются марлевые салфетки, парентеральные гемостатики (викасол, дицинон, глюконат кальция). Использование последних, помимо чисто технических трудностей применения на СМП, сопряжено еще и с частым развитием системных побочных реакций, увеличением стоимости терапии и др. (Савельев В.С., 2002). Марлевые салфетки недостаточно эффективны, при их применении высока угроза рецидива кровотечения. Во многом этих недостатков лишены отечественные гемостатики активтекс АКФ, содержащий эпсилонаминокапроновую кислоту, и активтекс Фгем, в состав которого входит феракрил. Испытания, проведенные на СМП, показали перспективность их применения на догоспитальном этапе (Максимова К.Л., 2002), однако, эти исследования не были контролируемы, кроме того, препараты оказались малоэффективными при тяжелых кровотечениях. Поэтому продолжался поиск новых местных гемостатиков, лишенных этих недостатков. В 2002 г. был разработан гемостатический препарат гемотекс, содержащий в качестве кровоостанавливающего агента биосовместимые органические соли железа. Большой интерес представляет проведение сравнительного исследования нового препарата гемотекс со «старыми» местными гемостатиками — активтекс АКФ и активтекс Фгем, оценка эффективности гемотекса при тяжелой кровопотере.

1. Система гемостаза

Система гемостаза — это биологическая система, обеспечивающая, с одной стороны, сохранение жидкого состояния циркулирующей крови, с другой, — предупреждающая и купирующая кровотечения [15].

Прежде чем давать характеристику различным гемостатическим препаратам коротко остановимся на механизмах свертывания крови.

В норме система свертывания крови функционирует как сбалансированная сис-

тема с постоянной активацией процессов гемостаза и постоянной их инактивацией (деагрегация, антикоагулянтная активность, фибринолиз) — многоуровневая система сдержек и противовесов. Защита носит эшелонированный характер: при дефиците одной системы ее роль в какой-то степени берет на себя другая [24].

В осуществлении гемостаза принимают участие стенки кровеносных сосудов, клетки крови, плазменная свертывающая и противосвертывающая системы, фибринолитическая система [55; 69].

По общепринятым представлениям остановка кровотечения при повреждении сосуда происходит прежде всего за счет сокращения сосуда, которое является следствием рефлекторной стимуляции гладких мышц сосуда со стороны симпатической нервной системы и действия сосудосуживающих веществ, в частности, серотонина, секретируемого тромбоцитами, и тромбоксана А₂, синтезируемого активированными тромбоцитами (сосудистотромбоцитарный гемостаз). Спазм сосуда ограничивает первоначальную потерю крови из раны и благоприятствует местному накоплению гемостатических веществ. Одновременно начинается взаимодействие крови со структурами поврежденного сосуда, что приводит сначала к образованию тромбоцитного тромба в зоне дефекта сосуда, а затем к образованию сгустка крови на основе тромбоцитного тромба [69; 83; 217].

Тромбоциты играют ключевую роль в обеспечении гемостаза. Нормальное содержание тромбоцитов в 1 мм³ крови — 150 000–400 000, средняя продолжительность их жизни — 10 дней. Они участвуют в двух процессах, характерных для гемостаза [213]. Во-первых, тромбоциты прилипают к субэндотелиальным коллагеновым волокнам в зоне разрыва стенки сосуда [171]. В этом процессе участвует фактор Виллебранда (Willebrand) — белок, врожденное отсутствие которого характерно для болезни Виллебранда (Willebrand). Очень важную роль в процессе активации тромбоцитов играют P2Y₁₂ рецепторы. Первоначально тромбоциты взаимодействуют с субэндотелиальными структурами через рецепторы, типа GPIIb-IIIa, в результате чего происходит первоначальная адгезия тромбоцитов к сосудистой стенке. Затем в процесс вовле-

каются рецепторы $\alpha 2\beta 1$ и GPVI, что приводит к более устойчивой адгезии и агрегации тромбоцитов [115].

Другой процесс, в котором участвуют тромбоциты — необратимая, зависящая от фибриногена, их дегрануляция. При этом высвобождаются АДФ, тромбоксан А₂, серотонин и другие медиаторы. Их антагонистами служат такие медиаторы, как простаглицин и простагландин Е₂, которые являются вазодилататорами и препятствуют агрегации тромбоцитов [24; 55]. Выделяющиеся тромбоцитарные факторы привлекают другие тромбоциты и вызывают изменение их формы посредством влияния на актиновый цитоскелет, в результате чего тромбоциты становятся округлыми и начинают формировать тромбоцитный тромб, пломбирующий разорванный сосуд [115].

Следующим этапом свертывания крови является формирование фибринового сгустка (плазменный гемостаз). Образование последнего выглядит как каскад реакций, приводящий к расщеплению фибриногена и превращению его в нерастворимый фибрин, скрепляющий пломбу из тромбоцитов. Фибрин представляет собой полипептид, имеющий трехмодулярную структуру. Образование его из фибриногена является ключевым этапом гемостаза. От фибриногена под действием тромбина отщепляются фрагменты, и молекулы фибриногена склеиваются между собой в линейную последовательность — растворимые комплексы фибрин-мономеров. Далее линейные молекулы соединяются между собой, образуя сетчатую структуру (фибрин-полимерные комплексы). Под действием фактора XIII фибриновый сгусток уплотняется и происходит консолидация тромба. В тромб включаются и форменные элементы крови — тромбоциты, эритроциты, лейкоциты [24].

Тромбин является естественным компонентом свертывающей системы крови, образуется в организме из протромбина при ферментативной активации последнего тромбопластином, препарат тромбина получают из плазмы крови доноров. Тромбин является важнейшим ферментом гемостаза. Под его влиянием происходит не только превращение фибриногена в фибрин, но и активация V, VIII, XIII факторов свертывающей системы крови [24]. Тромбин также способен активировать фактор XI [94]. Кроме того, тромбин взаимодействует не толь-

ко с белками плазмы, но и с клетками крови, стенками сосудов, являющимися компонентами системы гемостаза. Тромбин является одним из самых мощных индукторов агрегации и секреции тромбоцитов [42]. Интересно, что тромбин активирует агрегацию и адгезию тромбоцитов даже при отсутствии других плазменных факторов коагуляции. Этот эффект определяется наличием GPIIb/IIIa-рецепторов на мембране тромбоцитов [114].

Вместе с тем тромбин влияет и на процессы, способствующие сохранению жидкого состояния крови. В частности, взаимодействие тромбина с клетками эндотелия приводит к выделению простациклина, ингибированию агрегации тромбоцитов, что способствует локализации тромбообразования вблизи участка повреждения [107]. Кроме того, тромбин и активированные тромбоциты ускоряют процессы регенерации тканей и ангиогенез.

Образование протромбиназы может протекать по внутреннему и по внешнему пути; разница между ними заключается в источнике фосфолипидов, являющихся матрицей для фиксации факторов свертывания и, одновременно, катализаторами перевода их в активную форму. При внешнем пути источник — тканевой тромбопластин, при внутреннем — кровь и ее форменные элементы [69; 70]. Внутренний механизм активации каскада начинается с контакта факторов свертывания с коллагеном в месте повреждения стенки сосуда. Внешний механизм запускается тканевыми факторами (гликопротеинами). Эти два механизма конвергируют, и после активации фактора X (Xa) — это уже единый механизм. Фактор Xa превращает протромбин в тромбин. Коагуляционные процессы формируют кровяной сгусток и окончательно останавливают кровотечение [152].

Для того, чтобы описанная выше система не активировалась вне повреждения существует система сдержек, препятствующая безудержному свертыванию крови, — фибринолитическая система. Фибринолиз — заключительный этап гемостаза [27]. Благодаря ему гемокоагуляция не распространяется на интактные зоны стенки сосуда, восстанавливается проходимость поврежденного участка. Факторы, обеспечивающие фибринолиз, представлены плазминогеном, его активаторами (тканевым, почечным, гемато-

логическим) и ингибиторами (в том числе активаторами ингибиторов и ингибиторами активаторов). Кроме того, фибринолиз могут вызывать и другие протеиназы — трипсин, стрептокиназа (бактериального происхождения), орхаза (грибкового происхождения) и другие [47].

Фибринолитическая система также включает в себя антитромбин III, который относится к медленным антикоагулянтам, инактивирующим все активированные факторы свертывания, включая тромбин, но только после того, как они выполнили свою функцию активации нижележащих в каскаде свертывания факторов. Другими важными физиологическими антикоагулянтами являются протеины С и S. Их эффект сходен с эффектом антитромбина III, однако, они оказывают влияние не на все активированные факторы, расходуясь медленнее, чем антитромбин III [24; 139]. Активность протеина С зависит от концентрации тромбомодулина в плазме [159]. В систему фибринолиза входит и ингибитор протеина С, который выполняет роль потенциального ингибитора тромбина, связываясь с тромбомодулином [159]. Роль физиологического антикоагулянта выполняют также гепарины — различающиеся по молекулярной массе гликозаминогликаны, состоящие из сульфатированных остатков D-глюкозамина и D-глюкуроновой кислоты. Эти полимеры образуются в организме человека и животных и содержатся в основном в тучных клетках. Впервые они были обнаружены в 1916 г. J. McLean. В 1918 г. W. Howel и E. Holt выделили этот антикоагулянт из печени собаки (отсюда название — «гепарин»). Действие этих антикоагулянтов связано с тем, что они образуют комплекс с антитромбином III, ведущий к возрастанию способности последнего ингибировать тромбин, фактор Хагемана, факторы IX, X, XI и др. [47].

Активизированные полиморфноядерные лейкоциты также принимают участие в системе гемостаза: они вырабатывают вещество НОС1, которое играет роль физиологического антикоагулянта [198].

2. Характеристика местных гемостатических средств

С учетом вышеизложенных механизмов гемостаза, *местные кровоостанавливающие средства можно классифицировать следующим образом* [37; 124]:

1. Группа, включающая эпинефрин (адреналин) и другие сосудосуживающие препараты, действующие на сосудистое звено гемостаза и потенцирующие констрикторные эффекты сосудистой стенки.

2. Группа, включающая коллаген, желатин, производные оксигеллюлозы, альгинаты, пектины, препараты, стимулирующие адгезию и агрегацию тромбоцитов (индукторы адгезии и агрегации, включающие вещества типа серотонина, АДФ, активаторы фосфодиэстеразы и др.) и выполняющие роль первичного тромба из-за их способности впитывать большое количество крови.

3. Тромбопластин и плазменные факторы свертывания, активирующие коагуляционную систему крови.

4. Ингибиторы фибринолиза — тканевые и синтетические (эпсилонаминокапроновая кислота, парааминобензойная кислота — амбен и другие препараты).

5. Комбинированные препараты.

Остановимся на каждой из групп препаратов более подробно.

Препарат 1-й группы — адреналин — находит ограниченное применение в качестве гемостатика и используется преимущественно в стоматологической практике, в хирургии и проктологии. Свечи с адреналином могут применяться при кровотечениях из прямой кишки, связанных с геморроем [23; 77]. При лапароскопической холецистэктомии в случае интраоперационного кровотечения рекомендуется обкалывание кровоточащей поверхности раствором адреналина. При операции трансплантации кожи после ожога также применяется обкалывание поврежденного участка эпинефрином с целью уменьшения интраоперационной кровопотери [89]. При выполнении эндоскопических манипуляций, направленных на остановку кровотечения из гастродуоденальных язв, зону кровотечения также обрабатывают раствором адреналина [76; 128; 195]. Введение адреналина вместе с лидокаином при операциях на кисти [214], при вмешательствах на лицевом нерве [134] преследует не только цель пролонгирования анальгезирующего действия анестетика, но и позволяет добиться кратковременного гемостатического эффекта и тем самым уменьшить интраоперационную кровопотерю. Кровоостанавливающие свойства адреналина связаны с воздей-

ствием на α_1 адренорецепторы, расположенные в стенке сосудов, активация их вызывает вазоконстрикцию, следствием чего является уменьшение кровопотери [73]. К препаратам, гемостатическое действие которых основано главным образом на сосудосуживающем эффекте, относятся также серотонин и питуитрин.

Серотонин укорачивает время кровотечения и повышает агрегацию тромбоцитов [50]. Питуитрин — гормональный препарат из задней доли гипофиза крупного рогатого скота. Основное действующее начало — окситоцин и вазопрессин, препарат используют для гемостаза, в частности при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода [93]. Помимо вазопрессорного действия адреналин, вазопрессин, серотонин стимулируют также агрегацию тромбоцитов [45; 53].

Недостатками всех препаратов этой группы являются кратковременность действия и невысокая специфическая активность.

Следующую большую группу средств местного гемостаза составляют препараты, имеющие в своем составе коллаген и желатин (последний получают при частичном гидролизе коллагена). К ним относятся гемостатическая коллагеновая губка, желатиновая губка, антисептическая губка с канамицином, сургицель, спонгостан, жельфоум, авитен, коллагеновая пластина.

Терапевтическая эффективность препаратов и изделий на основе коллагена определяется как действием входящих в их состав лекарственных препаратов, так и действием уникального по своим биологическим свойствам коллагена. Являясь основным белком соединительной ткани, коллаген играет ведущую роль в осуществлении ее функций, а в особенности важнейшей из них — репаративной. Заживление любой раны, закрытие любого дефекта — это, прежде всего, восстановление соединительной ткани. Основным пластическим материалом, участвующим в этом процессе, является коллаген. Поэтому коллаген, поступающий в рану извне (экзогенный коллаген) — это лучшее средство для ее заживления. Замечательная особенность коллагена состоит в том, что он — не просто «пассивный строительный материал», а активный участник процессов тканевой репарации. Экзогенный коллаген и

продукты его распада (пептиды) усиливают синтез собственного коллагена, стимулируют остеогенез, останавливают кровотечение [1; 3; 211]. Другое их качество — направленность действия — также обусловлено уникальными свойствами коллагена. Во-первых, коллаген стимулирует спонтанную агрегацию тромбоцитов и является эффективным гемостатиком [75]. Kao S., Turner N.A., Moake J.L., McIntire L.V. показали, что коллаген способствует адгезии и агрегации тромбоцитов путем воздействия на GpIIb-III α рецепторы [137], а Savage B., Ginsberg M.H., Ruggeri Z.M. продемонстрировали участие α 2 β 1-рецепторов в активации адгезии и агрегации тромбоцитов [183]. Во-вторых, коллаген легко образует комплексы со многими лекарственными средствами и биологически активными веществами, пролонгируя их действие по месту применения. В третьих, экзогенный коллаген, являющийся основой препаратов, в организме полностью рассасывается. Сроки его биodeградации можно регулировать, а продукты лизиса активно включаются в процессы раневой репарации, стимулируя регенерацию собственных тканей организма [15]. Эти свойства коллагена и позволяют получать пластические материалы направленного действия, антисептические и антибактериальные, гемостатические, некролитические, остеопластические, противовоспалительные, стимулирующие регенерацию [176].

Препараты на основе коллагена практически не имеют противопоказаний к применению за исключением индивидуальной непереносимости лекарственных средств, входящих в их состав. Основными достоинствами коллагена, как нового пластического материала являются отсутствие токсических и канцерогенных свойств, слабая антигенность, высокая механическая прочность и устойчивость к тканевым ферментам, регулируемая скорость лизиса в организме. В этом отношении препараты из коллагена имеют преимущества перед препаратами из других биополимеров, в частности, из фибрина или желатина, являющегося денатурированным коллагеном. Оригинальная лекарственная форма препаратов — губчатые пластины разных размеров — чрезвычайно удобна в применении. В практической медицине коллагеновые препараты являются незаменимым средством

при разного рода операциях, для наиболее эффективного лечения послеоперационных и травматических ран и остановки кровотечений. Гемостатические губки на основе коллагена применяют в хирургии [11], в том числе сердечно-сосудистой [90; 98], стоматологии, для остановки кровотечений из костного мозга. Гемостатическая коллагеновая губка приготовлена из коллагеновой массы, 2 % раствора коллагена с добавлением фурациллина и борной кислоты. Губка представляет из себя сухую пористую массу желтого цвета в форме пластин, мягкой эластической консистенции, хорошо впитывающую жидкость, практически нерастворимую в холодной воде, частично растворимую в горячей; губка оказывает гемостатическое и антисептическое действие, стимулирует регенерацию тканей, оставленная в ране или полости губка полностью рассасывается. Применяют ее в качестве гемостатического средства при капиллярных и паренхиматозных кровотечениях, для тампонады синусов твердой мозговой оболочки, для остановки альвеолярного кровотечения, заполнения дефектов паренхиматозных органов и др. [50]. Гемостатические коллагеновые губки андроксон, берипласт используют для лечения кровотечения из геморроидальных вен [23]. Гемостатическое действие коллагеновой губки усиливается, если ее дополнительно смочить раствором тромбина. Y.S. Wang, C.L. Hou, A.M. Chen показали эффективность коллагеновой губки при операциях на печени в эксперименте на крысах. Была продемонстрирована не только гемостатическая эффективность препарата, но и его хорошие регенераторные свойства [211].

Коллагеновая губка противопоказана при кровотечениях из крупных сосудов, повышенной чувствительности к фурациллину и другим нитрофуранам [11].

Созданы также клеевые композиции на основе коллагена вазосеал, ангиосеал которые могут с успехом применяться в сердечно-сосудистой хирургии [116; 188]. Однако в ряде исследований не обнаружено статистически значимых преимуществ использования вазосеала по сравнению с механическим способом остановки кровотечений [162]. Побочные эффекты ангиосеала (тромбозы) развиваются редко, легко диагностируются при ультразвуковом

исследовании сосудов и, как правило, не имеют тяжелых последствий [140].

Препарат на основе коллагена авитен используется для лечения и профилактики кровотечений, возникающих при экстракции зубов, в том числе у пациентов с тромбоастенией Glanzmann [170]. Широкое применение в хирургии нашел препарат коллагена беристипт, он хорошо переносится больными, обладает превосходными гемостатическими характеристиками, удобен для применения и защищен от возможности передачи вирусных инфекций [141].

К сожалению, как и все препараты, коллаген имеет ряд недостатков. Во-первых, из-за своей легкости частицы вымываются из раны. Во-вторых, при соприкосновении с влажными предметами специфические свойства в значительной степени ослабевают. В-третьих, образовавшиеся сгустки плохо фиксируются к краям раны. В-четвертых, со временем появляется электростатический заряд, обуславливающий прилипание порошка к сухим предметам. Кроме того, коллаген вызывает гиперрубцевание, обладает антигенной активностью, может являться переносчиком вирусов гепатита и ВИЧ инфекции [98].

Спонгостан — рассасывающаяся гемостатическая губка, предназначенная для достижения атравматичного гемостаза с последующей биодеструкцией. Обладая быстрым атравматичным гемостатическим эффектом, губка имеет однородную пористую структуру. Как только кровь попадает в ее поры, тромбоциты активизируются, и начинается процесс тромбообразования, заканчивающийся формированием фибринового сгустка. Губка прекрасно заменяет обычные гемостатические средства, применение которых невозможно, а диатермия нежелательна из-за риска повреждения ткани. В частности спонгостан применяется при геморроидальном кровотечении [23].

В эксперименте на свиньях была продемонстрирована эффективность совместного применения жельфоама и фибринового клея при лапароскопической нефрэктомии [169]. A.J.V. Bak, A. Singh, B. Shekarriz показали возможность успешного использования желатиновой губки, пропитанной тромбином при той же операции, но уже у пациентов с опухолью почки [86]. Желатиновая губка может с хорошим эффектом применяться в сосудистой [102] и в общей

хирургии [200]. Предложен также препарат желатиновой ваты с тромбином, который быстро и эффективно останавливает кровотечение, хорошо адгезирует к раневой поверхности, не вызывает аллергических реакций.

Ряд авторов [65] отмечают недостаточный гемостатический эффект и слабую адгезионную способность при использовании препаратов спонгостан, авитен, жельфоум, российской коллагеновой пластины. В настоящее время при оперативных вмешательствах предпочтение отдается современным местным гемостатическим агентам — препаратам тиссукол и тахокомб [56; 65].

Препараты на основе целлюлозы находят широкое применение в качестве кровоостанавливающих средств в течение длительного времени, благодаря своей биосовместимости и нетоксичности [182]. Кровоостанавливающее действие обусловлено способностью оксицеллюлозы вступать в химическую связь с гемоглобином крови, образуя соли целлюлозной кислоты и гемоглобина. При этом марля пропитывается кровью, темнеет и превращается в желеобразный сгусток, который прилегает к кровоточащей поверхности и заменяет собой естественный тромб [30]. Кроме того, целлюлоза способствует формированию фибринового сгустка, активации тромбоцитов, однако ее гемостатические свойства проявляются только в присутствии плазмы крови. Важную роль при этом играет фактор XII [154]. Препараты на основе целлюлозы применяются в различных областях медицины. Так M. Smrcka сообщает о возможности использования травмацеля (окисленной целлюлозы в порошковой форме) и сургицеля в нейрохирургии [190]. Однако, есть сообщения о возможности рецидива опухоли головного мозга, связанного с применением сургицеля и жельфоама во время нейрохирургических манипуляций [142]. J.V. Sharma, M. Malhotra, P. Pundir применяли сургицель при умеренном маточном кровотечении во время операции кесарева сечения, а A. Alkan, M. Metin, S. Arici, I. Sener — в стоматологии при экстракции зубов [82].

Оксицеллодекс — гемостатик, применяемый для остановки кровотечений из мелких сосудов и капилляров. Состоит из порошка окисленной целлюлозы 20% полиглюкина. В химическом отношении это полиангид-

роглюкуроновая кислота, получаемая путем специальной обработки хлопка или вискозы окислами азота. Препарат эффективен как при нормальном состоянии, так и при патологии свертывающей системы крови. Пленка из оксигелокса на поверхности органа полностью рассасывается в течение 1–2 недель, не изменяя сроков заживления раны. Препарат не раздражает окружающих тканей и не вызывает токсических реакций. Механизм действия оксигелокса связан со стимуляцией агрегации эритроцитов и последующим образованием эритроцитарно-оксигеллозного тромба, обладающего адгезивными свойствами [30]. Использование оксигелокса для остановки кровотечения при витальной экстирпации пульпы сокращает время лечения пульпита, предупреждает развитие осложнений [31].

В качестве гемостатиков могут также применяться препараты, содержащие цианоакрилат, гидроксипатит, полисахаридные полимеры. М. Kaplan, S. Bozkurt, M.S. Kut, S. Kullu, M.M. Demirtas рекомендуют использовать препараты на основе цианоакрилата в сосудистой и торакальной хирургии [138]. Гидроксикариловый клей, содержащий цианоакрилат, обладает хорошими гемостатическими свойствами и рекомендован к применению в стоматологической практике, в том числе у пациентов, постоянно получающих варфарин [80].

Гель с гидроксипатитом может применяться в качестве вспомогательного средства гемостаза при кровотечениях из костной ткани [157]. D.J. Cole, R.J. Connolly, M.W. Chan et al. изучали возможность интраоперационного использования полисахаридного полимера — N-ацетилглюкозамина [106]. Препарат продемонстрировал хорошие гемостатические свойства при минимальном количестве побочных реакций и рекомендован к более широкому использованию в различных отраслях хирургии. Синтетический полиэтиленовый гидрогель может применяться в качестве эффективного местного гемостатика при лапароскопической нефрэктомии, что было подтверждено в эксперименте на свиньях [174].

Интересно использование перевязочных гемостатических препаратов на основе растительных средств. Бурые водоросли являются прекрасным сырьем для производства целого ряда медицинских препаратов. Особенностью углеводного состава бу-

рых водорослей является высокое содержание альгиновых кислот (13–54% сухого остатка), которые у зеленых и красных водорослей отсутствуют. Впервые альгиновая кислота была открыта в 1883 году Стенфордом. Альгиновая кислота представляет собой целлюлозообразный полисахарид, обладающий свойством задерживать жидкости между молекулярными цепями, превращаясь при этом в гель. Альгинат адсорбирует примерно в 20 раз больше воды, чем его собственная масса, являясь гидроколлоидом. Их гемостатический эффект связан с влиянием на функцию тромбоцитов [66]. H.C. Segal, B.J. Hunt, K. Gilding показали более высокие гемостатические свойства у цинковых солей альгиновых кислот [186]. Кроме того, кровоостанавливающие свойства альгинатов обусловлены сокращением времени полимеризации фибрин-мономера — заключительного этапа свертывания крови, благодаря наличию в полимерной молекуле альгиновой кислоты карбоксильных групп [64].

Благодаря способности альгинатов образовывать гель на поверхности раны, повязка с ней не склеивается, поэтому каждая замена повязки безболезненна и образовавшиеся новые ткани не травмируются. Они биосовместимы и не вызывают тканевых реакций [66]. Кроме того, они биодegradивны и нетоксичны. Альгинаты содержат кальтостат, сорбосан, сорбалгон, колгитекс, хамальган, колетексгем. Соли альгиновой кислоты используют для получения материала, применяемого для местной остановки капиллярно-паренхиматозных кровотечений в виде войлока [64]. Сообщается о возможности успешного применения альгинатов в оториноларингологии [108], стоматологии [125], проктологии [129], при пересадке кожи [111]. Проведенные исследования показали высокий гемостатический эффект, атравматичность, большой срок хранения салфеток колетексгем, содержащих альгиновую кислоту. Рекомендовано их использование для остановки кровотечения из мелких сосудов в военно-полевых условиях, в условиях скорой помощи, при травмах, при различных хирургических операциях [16]. Разработан также перевязочный материал колетексгем с фурагином, обладающий дополнительно антимикробными свойствами. В проведенных исследованиях было показа-

но, что добавление антимикробного компонента к препарату не влияет на степень его гемостатической активности [16].

В 2002 г. был разработан новый гемостатический препарат гемотекс имеющий в своем составе в качестве кровоостанавливающего агента биосовместимые органические соли железа, такие как глюконат и лактат. Было показано, что соли двухвалентного железа обладают лучшей биологической совместимостью по усвояемости и раздражающему действию нежели соли трехвалентного железа [18]. В основе гемостатического действия ионов двухвалентного железа лежат его вяжущие свойства, обеспечивающие частичную коагуляцию белков, экссудата, а также местное сужение сосудов. Это приводит к сокращению объема крови на пораженном участке и, тем самым, дает возможность находящимся в кровообращении тромбоцитам направиться к пораженным коллагеновым зонам. Кроме того, ионы двухвалентного железа являются прооксидантами, влияющими на липидный биослой, от которого, в том числе, зависит способность клеток к адгезии с другими клетками, поскольку ионы двухвалентного железа активируют фосфолипазы в оболочке тромбоцита, усиливая выход из тромбоцита АДФ, серотонина, тромбоксана А₂ и других тромбоцитарных факторов. Это способствует усилению агрегационной способности тромбоцитов и образованию рыхлого первичного тромба. Широко известно, что текстильный носитель влияет на гемостатические свойства повязки в степени, сравнимой с эффективностью нанесенного на него препарата, обладающего гемостатической активностью. В результате изучения кровоостанавливающих свойств различных материалов (марля медицинская, перфорированный и неперфорированный кругляязанный хлопчатобумажный трикотаж, нетканое холстопршивное хлопковискозное полотно, хлопковискозный и льновискозный Марлин, нетканый материал из вискозного волокна Фибрелла), в качестве текстильной основы для гемостатической повязки гемотекс было выбрано нетканое холстопршивное хлопковискозное полотно. Во избежание пропитывания полотна кровью, его разволокнения и развития нагноения было решено ввести в состав салфетки второй слой, состоящий из перфорированного трикотажного кругляязанного

полотна с иммобилизацией на нем гемостатического препарата. В результате было получено новое перевязочное средство гемотекс состоящее из двух слоев — первого атравматического и гемостатического слоя (перфорированное трикотажное кругляязанное полотно с иммобилизованными на нем солями двухвалентного железа) и второго — адсорбирующего слоя — нетканого холстопршивного хлопковискозного полотна [18].

Еще одним местным гемостатиком, содержащим ионы железа в качестве кровоостанавливающего агента, является капрофер. Он представляет собой карбонильный комплекс трехвалентного железа с эпсилон-аминокапроновой кислотой на физиологическом растворе поваренной соли. Препарат был разработан в Институте тонкой органической химии в Армении [59]. При взаимодействии капрофера с кровью образуется кровяной сгусток, который плотно фиксирован к раневой поверхности. Препарат рекомендован для остановки кровотечения в случае геморрагии из острых гастродуоденальных язв и неудаляемых опухолей желудка, при синдроме Меллори-Вейса, когда показана лечебная эндоскопия с применением капрофера в комплексе гемостатической терапии. При кровотечении из хронических гастродуоденальных язв капрофер следует использовать для временного гемостаза и предоперационной подготовки больных [72]. Капрофер с успехом может применяться и в военно-полевых условиях для остановки кровотечения при огнестрельных ранениях и при полостных операциях [59].

Препараты, содержащие тромбопластин (гемостазин, пульмин, клаудон), получают из тканей легкого, печени, головного мозга. Тромбопластинсодержащие гемостатики имеют сложную технологию производства, стерилизации, недостаточную стабильность при хранении, легко вымываются из раны [6].

Исторически концепция применения субстанций сгустка для лечения кровотечения из ран паренхиматозных органов возникла в начале XX века. Препараты из крови и ее фракций обладают выраженными гемостатическими свойствами, хорошо стерилизуются, длительно сохраняют гемостатическую активность, полностью рассасываются в тканях организма.

Большая группа препаратов на основе естественных факторов свертывающей системы включает гемостатики, содержащие тромбин (тромбостат, гипстазин, топинал, тромбинар).

Раствор тромбина применяют только местно для остановки кровотечений из мелких капилляров и паренхиматозных органов (при черепно-мозговых травмах, операциях на печени, почках и других паренхиматозных органах, кровотечениях из костной полости, из десен). Инъекции этаноламина и тромбина используются для остановки кровотечений из дуоденальных язв при эндоскопических манипуляциях [158]. Раствор тромбина, полученный из крови доноров, используется в офтальмологии, в частности, во время операции витректомии для профилактики и лечения интраоперационных кровотечений [29]. Для лечения псевдоаневризм может использоваться местное введение раствора тромбина, как альтернатива хирургическому лечению [209]. Порошок тромбина применяется в стоматологической практике у пациентов с врожденными и приобретенными дефектами системы коагуляции. Однако, при этом порошок тромбина растворяется в слюне, концентрация его снижается, что неблагоприятно сказывается на гемостатических свойствах препарата [153]. При кровотечениях из крупных сосудов тромбин не применяют. Перед применением раствором тромбина пропитывают стерильную гемостатическую губку, либо стерильный марлевый тампон. Удалять тампон из раны следует аккуратно во избежание повреждения образовавшихся тромбов. Гемостатическую губку, пропитанную тромбином можно оставить в ране, так как она впоследствии рассасывается [50]. К возможным неблагоприятным последствиям применения тромбина относят вероятность развития анафилактических реакций, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови [130]. В ряде исследований не было выявлено статистически значимых отличий между гемостатической эффективностью раствора тромбина и электрокоагуляцией в эксперименте на крысах [215].

Широкое применение в медицине нашли препараты, содержащие фибрин. Еще в 1916 г. Harvey применил заплату из фибрина для остановки кровотечения из паренхиматозных органов. К средствам на основе

фибрина относится, в частности, фибринная изогенная пленка. Она представляет собой фибрин, полученный из фибриногена плазмы человека и пропитанный водным раствором глицерина. Пленка фибринная изогенная оказывает гемостатическое действие, способствует регенерации и заживлению ран. Оставленная в организме пленка рассасывается. Применяют местно при операциях, травмах черепа, головного мозга, для замещения дефектов тканей [151]. Противопоказана при гнойном раневом отделяемом, глубоких ожогах. Фибринсодержащая фибринная пленка предназначена для покрытия больших по площади кровоточащих поверхностей, однако, она обладает недостаточно высокой гемостатической активностью и при ее применении остается высоким риск кровотечений в послеоперационном периоде [71]. Выпускается также губка фибринная изогенная, содержащая пористый фибрин, получаемый из плазмы крови человека. Применяется местно для гемостаза при травмах и операционных кровотечениях. Губку можно оставить в ране — она постепенно рассасывается [50].

Широкое применение в медицине находят фибриновые клеи. В настоящее время успешно применяются несколько видов фибринового клея: тиссель (tissel), тиссукол (tissucol), фибриновый клей, изготавливаемый станцией переливания крови [13].

Тиссукол является высокоэффективным местным гемостатическим средством, используемым в современной хирургии. Основные компоненты клея — фибриноген, фактор свертывания XIII, и тромбин — выделяются из донорской плазмы. При нанесении на раневую поверхность фибриновый клей тиссукол полимеризуется с образованием эластичной фибриновой пленки белого цвета. Этот процесс повторяет основные стадии физиологического процесса свертывания крови и позволяет останавливать диффузные кровотечения, склеивать и фиксировать ткани, а также ускорять заживление ран. В ходе заживления раны образовавшийся сгусток фибринового клея полностью рассасывается [99]. Тиссукол применяется при пластике грыжевых ворот с использованием полипропиленовых сеток, при этом удается добиться сокращения сроков заживления ран, уменьшить количество послеоперационных осложнений, осу-

ществить более раннюю выписку больных из стационара [119].

Тиссукол — это набор для приготовления и нанесения двухкомпонентного фибринового клея. Он содержит флакон с лиофилизированным порошком тиссукол (компонент 1), 2 флакона с лиофилизированным тромбином разной концентрации (компонент 2), 2 флакона с растворителями — раствор аprotинина для компонента 1 и раствор хлорида кальция для компонента 2. Каждая упаковка комплектуется набором шприцев и игл для растворения и системой дупложет для нанесения фибринового клея. Для получения первого компонента клея раствор аprotинина переносится шприцем во флакон с лиофилизированным тиссуколом; растворение последнего требует подогрева до 37°C и осторожного перемешивания. Для получения второго компонента клея раствор хлорида кальция переносится шприцем во флакон с лиофилизированным тромбином (по выбору в один из двух с разной активностью). При использовании тромбина 4 скорость полимеризации 40–60 сек, тромбин 500 ускоряет полимеризацию до нескольких секунд. Для растворения компонента тиссукол удобно использовать специальное устройство для нагрева и перемешивания — фибринотерм. После полного растворения каждый компонент забирается с помощью длинной иглы в отдельный, стерильный шприц. Два компонента смешиваются в ходе или сразу перед нанесением на раневую поверхность. Это приводит к загустеванию раствора тиссукол-тромбин, который быстро превращается в белую, эластичную массу, крепко прилипающую к ткани.

Christenson J.T., Kalangos A. показали более низкую стоимость применения аутологичного фибринового клея по сравнению с тиссуколом при отсутствии статистически значимых различий в эффективности препаратов [103]. Фибриновый клей находит широкое применение в различных отраслях хирургии [97]. Препарат может с успехом использоваться для остановки кровотечений при выполнении биопсии печени, особенно когда показатели коагулограммы свидетельствуют о высоком риске кровотечений [81] и при других вмешательствах на печени [143; 165]. В частности, при резекциях печени, трансплантации печени фибриновый клей применяют в качестве сред-

ства лечения и профилактики кровотечений и подтекания желчи во время и после операции [13]. В ряде исследований продемонстрирована эффективность фибринового клея вивостат при операции частичной резекции печени [112]. Sundaram, P. Chandru сообщают о возможности применения фибринового клея в урологии и в хирургии [199]. Например, при вмешательствах на селезенке применение фибринового клея нередко позволяет избежать спленэктомии [143; 147]; при операциях на поджелудочной железе, холецистэктомии использование фибринового клея уменьшает число послеоперационных осложнений в виде геморрагии и лимфорей [13]. При вмешательствах на поджелудочной железе фибриновый клей эффективен в профилактике образования свищей [202]. Использование фибринового клея при операции *circumcisio* у больных гемофилией позволяет избежать тяжелой кровопотери и существенно снизить стоимость лечения, благодаря уменьшению потребности в парентеральном введении дорогостоящих плазменных факторов коагуляции [84].

Кроме того, фибрин способен индуцировать ангиогенез, что благоприятно отражается на сроках и качестве заживления раны [199]. Применение фибринового клея в стоматологии, в частности, при экстракции зубов у пациентов с геморрагическим синдромом [201], в том числе у лиц с болезнью Виллебранда (Willebrand) [118], позволяет избежать серьезной кровопотери [100]. Была показана эффективность фибринового клея у пациентов с ИБС, получающих плановую антикоагулянтную терапию и подвергавшихся оперативным вмешательствам [99]. Применяется фибриновый клей и в кардиохирургии [192]. Предложено использовать фибриновый клей в сосудистой хирургии при наложении артериальных анастомозов [184; 204; 212], в челюстно-лицевой хирургии и нейрохирургии, в урологии при лапароскопической нефрэктомии [95; 132; 135], адреналэктомии при синдроме Конна [131], при операции по поводу недержания мочи у женщин [117]. Фибриновый клей продемонстрировал высокие гемостатические свойства при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [133; 189] и при кровотечениях из прямой кишки, связанных с ректальным раком [191]. При кровоте-

ниях, связанных с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, применение фибринового клея позволяет добиться надежного гемостаза и избежать полостной операции. Особенно хорошие результаты были получены при повторном многократном использовании фибринового клея [181; 189]. M. Vaiman, E. Eviatar, N. Shlamkovich, S. Segal применяли фибриновый клей в оториноларингологии при операциях тонзиллэктомии и аденоидэктомии [206]. Фибриновый клей является альтернативой применению механических средств гемостаза при операциях в оториноларингологии [193]. При операции эпистаксиса у пациентов с болезнью Rendu-Osler-Weber и без нее также с хорошим эффектом используется фибриновый клей [207; 208]. Baumann A., Caversaccio M. использовали фибриновый клей флосеал при операциях на пазухах носа, отмечая при этом превосходные результаты — отсутствие системных побочных реакций, быстрое восстановление носового дыхания [91]. Кроме того, флосеал с успехом может применяться при лапароскопической нефрэктомии, решая проблему местного интраоперационного гемостаза [178; 179] и в сосудистой хирургии [177]. При кровотечении из дыхательных путей во время бронхоскопии с целью местного гемостаза с успехом применяется тиссукол [113]. При операции по поводу рака легкого в послеоперационном периоде нередко возникает проблема лимфорей, которая может быть решена использованием клея тиссукол, либо аэрозоля тиссумат [156]. Интересно применение фибринового клея при операции артропластики. Препарат продемонстрировал отличные кровоостанавливающие свойства, несмотря на необходимость применения низкомолекулярных гепаринов в предоперационном периоде для профилактики тромботических осложнений [150]. С хорошими результатами применяется фибриновый клей при трансплантации кожи [194]. Фибриновый клей дает антимикробный эффект — рост стафилококков в его присутствии замедляется в 2–3 раза. Введение в состав фибринового клея полиэтиленгликоля улучшает его гемостатические свойства [81]. Интересно, что различное соотношение тромбина и фибрина в фибриновых клеях изменяет свойства формирующегося фибринового сгустка. Высокое содержание фибриногена

способствует образованию более плотного сгустка, а более высокие концентрации тромбина ускоряет формирование фибринового сгустка. Добавление к клею антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновой кислоты, апротинина) замедляет разрушение сгустка и способствует более надежному гемостазу [79]. Однако, ряд исследований показали неблагоприятные последствия добавления антифибринолитиков к фибриновому клею — увеличиваются сроки заживления ран [146; 180]. Стимуляция регенераторных процессов компонентами фибринового клея позволяет применять его не только с гемостатической целью. Так, например, препарат с успехом может применяться для закрытия бронхо-эзофагеального свища, в частности, у пациентов, находящихся на длительной искусственной вентиляции легких [92].

Таким образом, фибриновый клей облегчает работу хирурга, т. к. его применение позволяет избежать более сложных манипуляций [218]. Тем не менее, некоторые авторы [40; 56; 65] отмечают, что технически использовать двухкомпонентный фибриновый клей тиссукол достаточно сложно, поскольку требуется согревание и интраоперационное смешивание компонентов, а также формирование специального устройства для наложения клея на раневую поверхность.

Для остановки кровотечения широкое применение нашли не только препараты, стимулирующие фибринообразование, но и ингибиторы фибринолиза. К ним, в частности, относят средства, содержащие эпсилон-аминокапроновую кислоту, транексамовую кислоту, апротинин. Эпсилонаминокапроновая кислота имеет сходство с лизином, аргинином и конкурентно взаимодействует с активным центром активатора профибринолиза, содержащего лизиновую группу, препятствуя переходу активатора профибринолиза в активный фибринолизин [15].

Салфетка активтекс АКФ, содержащая эпсилон-аминокапроновую кислоту и фурагин, представляет собой пропитанную специальным биосовместимым полимером и лекарственным веществом текстильную основу. При смачивании салфетки полимер образует гель, при контакте которого с раной начинается равномерное и постепенное поступление лекарственного вещества.

Салфетка обладает гемостатическим и антимикробным действием, рекомендована Министерством здравоохранения и социального развития РФ для использования в учреждениях скорой медицинской помощи. В ряде исследований показаны эффективность и удобство применения перевязочных средств активтекс АКФ [48].

Другим средством местного гемостаза на основе эпсилонаминокапроновой кислоты является поликапран. Фармакологическая активность препарата обусловлена полиангидроглюкуроновой и эпсилонаминокапроновой кислотой, при этом последняя способствует профилактике повторных кровотечений фибринолизной этиологии и улучшает регенерационные процессы. Поликапран является эффективным средством гемостаза при местном применении в условиях снижения активности свертывающей системы крови. При имплантации его в организм подвергается полной биодegradации в течение 23–28 суток. Поликапран не оказывает местного раздражающего действия. Препарат применяют у взрослых в качестве местного гемостатического средства при диффузных кровотечениях различной локализации и этиологии, в том числе при угнетении свертывающей системы крови. В зависимости от характера и величины геморрагической поверхности, поликапран с соблюдением правил асептики применяют в виде салфеток или сделанных из них тампонов, которые накладывают на всю площадь геморрагической поверхности, как правило, в 1–2 слоя. В случае угрозы продолжения кровотечения препарат может быть оставлен в ране, где он постепенно полностью рассасывается [50].

Ghosh K., Shetty S., Jijina F., Mohanty D. показали возможность успешного местного применения препаратов эпсилонаминокапроновой кислоты у пациентов с гемофилией [120].

Амифер — эпсилонаминокапроновая соль трехвалентного железа. Показана высокая гемостатическая активность препарата при его использовании в стоматологической практике [44] и при бронхоскопических манипуляциях [4].

К эффективным препаратам — фибринолитикам относится и апротинин [167]. Этот природный ингибитор тканевых и сывороточных протеаз по химической структуре

представляет собой полипептид; в фармацевтическом производстве его получают из легких крупного рогатого скота [78]. Гемостатики на основе апротинина находят применение в торакальной, сердечно-сосудистой [149] и в спинальной хирургии [205]. Кроме того, местное использование апротинина способно предотвратить послеоперационные кровотечения в нейрохирургической практике [121].

Транексамовая кислота по механизмам действия близка к эпсилонаминокапроновой кислоте. Dalmau A., Sabate A., Acosta F. et al. показали более высокую гемостатическую активность транексамовой кислоты по сравнению с эпсилонаминокапроновой кислотой при операции трансплантации печени [110]. Полоскание рта раствором транексамовой кислоты является эффективным средством остановки кровотечений при удалении зубов у пациентов, получающих варфарин [101]. У больных тромбоастенией Glanzmann для местной гемостатической терапии при удалении зубов также используется полоскание рта транексамовой кислотой в комплексной терапии с применением фибринового клея и парентеральным введением активированного фактора VII (Новосэвен) [104].

Губка гемостатическая с амбеном содержит плазму донорской крови человека, амбен и хлорид кальция. Губка представляет собой сухое, пористое, гигроскопичное вещество белого цвета с желтоватым оттенком. Плазма донорской крови содержит все плазменные факторы свертывания, амбен (парааминометилбензойная кислота) представляет собой вещество, угнетающее фибринолиз, действуя как конкурентный ингибитор при активировании плазминогена, а ионы кальция необходимы для превращения протромбина в тромбин, полимеризации фибриногена, для агрегации и адгезии тромбоцитов. Применяется местно асептически, извлекают необходимое количество препарата (от 1/4 части губки до 4 и более губок) и с его помощью тампонируют раневую поверхность. С этой целью губку прижимают к поверхности марлевым тампоном или плоским хирургическим инструментом на 3–5 мин. При необходимости всю раневую поверхность засыпают губкой или помещают губку в марлевый тампон, который оставляют в полости раны на сутки [50].

Феракрил — гемостатический препарат местного действия, с уникальным неспецифическим механизмом гемостаза удачно сочетает кровоостанавливающее действие с антибактериальным и анестезирующим эффектами. Это неполная железная соль полиакриловой кислоты с содержанием железа от 0,05% до 0,5%. Феракрил образует сгусток с белками плазмы крови, в том числе при дефиците факторов свертывающей системы крови, а также нерастворимые в воде поликомплексы с белками различного происхождения. Гемостатический эффект достигается быстро, повторные кровотечения, как правило, отсутствуют. Феракрил нетоксичен, не оказывает побочного действия на соприкасающиеся с ним ткани, не влияет отрицательно на функцию кроветворения и состояние внутренних органов. При хирургических вмешательствах с использованием феракрила в послеоперационный период не наблюдается повышения СОЭ и количества лейкоцитов, уровень гемоглобина вследствие малых кровопотерь существенно не снижается, внутрисосудистые тромбы не образуются. Раны заживают первичным натяжением шва без нагноений [33]. С хорошим эффектом феракрил используется в оториноларингологии [54; 58], при лечении желудочно-кишечных кровотечений, синдроме Меллори-Вейса [57], в стоматологической практике, где применяется препарат гемолок [172], при выполнении бронхоскопических манипуляций [4], в том числе при туберкулезе легких [7].

На основе феракрила разработан гемостатический пластырь, который не оказывает местного раздражающего и аутоаллергического действия [62].

Аналогична по строению и по свойствам перевязочным средствам активтекс АКФ салфетка активтекс Фгем, однако, она в качестве лекарственных агентов содержит феракрил и фурагин. Гемостатическое действие этих салфеток обусловлено входящим в их состав лекарственным веществом — феракрилом [48].

Большая группа гемостатиков представлена комбинированными препаратами. Комбинированные средства могут содержать гемостатические препараты из первых 4-х групп, либо используется комбинация из гемостатика и препарата другой группы, чаще всего антибиотика [2].

Так, например, введение в состав фибринового клея антибиотика амикацина спо-

собствует профилактике развития местной инфекции с сохранением хороших кровоостанавливающих свойств [163]. Пропитывание коллагеновой губки адреналином улучшает гемостатические свойства препарата при отсутствии значимого увеличения побочных эффектов по сравнению с контрольной группой. Такой гемостатик коллакот используется в стоматологической практике [210]. Фибриновый клей, пропитанный цитостатиком тауролидином, используется при злокачественных опухолях головного мозга — глиомах — при неоперабельности последних [196]. Коллагеновые пластины, пропитанные фибриногеном и антибиотиком рифампицином, с успехом применяются при травме селезенки [168].

К комбинированным препаратам российского производства относится тромбокол, который выпускается отечественным предприятием «Белкозин». Тромбокол был разработан лабораторией патологии и фармакологии гемостаза ГУ ГНЦ РАМН и отделом коллагеновых препаратов и изделий ММА им. Сеченова. Этот гемостатик представляет собой комбинацию матрицы из коллагеновой губки и тромбоцитарной массы, добавленной в матрицу. Известно, что коллагеновая губка, соприкасаясь с раневой поверхностью, вызывает ряд метаболических и морфологических изменений тромбоцитов и они становятся более активными. При этом происходит изменение конформации мембран и перемещение ряда тромбоцитарных рецепторов адгезивных белков из цитоплазмы на поверхность мембраны, что приводит к резкому усилению процессов адгезии и агрегации тромбоцитов. Данный процесс образования первичной тромбоцитарной пробки длится примерно от 3 до 20 сек, если этот процесс начинается в самой ране. Идея добавления тромбоцитарной массы к коллагеновой губке была обусловлена данным механизмом. В тромбололе первичная реакция взаимодействия коллагена с тромбоцитами, сопровождающаяся выделением тромбоцитарных факторов и изменением конформации тромбоцитарных мембран, уже пройдена. В связи с этим происходит ускорение тромбообразования в месте аппликации. Наличие развитой поверхности пор в структуре губки делает препарат более гигроскопичным и эластичным, а присутствие активированных тромбоцитов резко повышает адгезию

материала к раневой поверхности, что способствует агрегации тромбоцитов, мгновенному свертыванию крови и остановке кровотечения. Проведенные исследования на животных показали высокую эффективность тромбокола при остановке капиллярно-паренхиматозных кровотечений, в том числе в условиях гипокоагуляции и гиперфибринолиза. Кроме того, продемонстрировано отсутствие влияния этого гемостатика на ключевые параметры свертывающей системы крови в общем кровотоке [17].

Лаборатория фирмы «Никомед» разработала готовый к применению местный гемостатик, надежно склеивающий раневую поверхность и коллагеновую пластину, даже при нарушениях биологического гемостаза. Был создан препарат тахокомб, состоящий из коллагеновой пластины тахотоп, покрытой с одной стороны высококонцентрированными тромбином, фибриногеном и апротинином [66]. Рибофлавин обозначает клейкую поверхность. Человеческий фибриноген для тахокомба производится из плазмы доноров. После контакта с кровоточащей раной или другими жидкостями, факторы свертывания крови растворяются и создают связи между носителем — коллагеном и раневой поверхностью. Расщепляя пептиды, тромбин конвертирует фибриноген в фибрин. Подобно двухкомпонентному клею, раневая поверхность и коллаген склеиваются вместе во время полимеризации. В течение этого процесса (приблизительно 3–5 мин), тахокомб должен быть прижат к области раны. Апротинин предотвращает преждевременное растворение фибрина плазмином. Компоненты тахокомба деградируют в организме под действием ферментов в течение 3–6 недель.

За счет особенностей производства и стерилизации гарантируется максимальная вирусная и бактериальная безопасность в соответствии с современными требованиями. Тахокомб применяется при кровотечениях или в случаях, когда излияние лимфы, желчи или жидкости через фистулу не управляется обычными методами, или когда эти методы привели бы к неблагоприятным результатам. Тахокомб предназначен для гемостаза и агглютинации ткани при специфических хирургических вмешательствах на паренхиматозных органах (печень, селезенка, поджелудочная железа, почки, легкие,

надпочечники и щитовидная железа), лимфатических узлах и при операциях в гинекологии, урологии, сосудистой хирургии, ортопедии, травматологии [65]. Также тахокомб может применяться для профилактической обработки лимфатических сосудов, желчных путей и фистул. В легочной хирургии тахокомб может быть использован для предотвращения прохождения воздуха (например, при пневмотораксе). Сообщается о возможности применения тахокомба в торакальной хирургии при операциях по поводу опухоли легкого [109] и в трансплантологии при пересадке почек [173]. При кровотечении из геморроидальных вен также могут быть использованы пластины тахокомб. Использование тахокомба при лапароскопических манипуляциях — эффективный и безопасный метод гемостаза [127]. Пропитывание пластин тахокомб антибактериальным средством благоприятно сказывается на сроках заживления раны, при этом сохраняются хорошие гемостатические свойства препарата [85]. В эксперименте на животных было показано преимущество тахокомба по сравнению со спонгостаном в степени развития фиброза при операциях на позвоночнике [148].

Кузнецов Н.А. отмечает, что препарат тахокомб является одним из самых надежных современных средств для остановки кровотечения во время хирургической операции [40]. Северцев А.Н., Перельман М.И. указывают, что тиссукол и тахокомб являются высокоэффективными средствами окончательного азростаза, гемостаза, лимфостаза, холестаза при операциях на легких, средостении, органах брюшной полости [56; 65]. Их целесообразно использовать для укрытия культи бронха, линий швов, раневых поверхностей на легком, кровоточащих поверхностях на грудной стенке, раневой поверхности в средостении после лимфаденэктомии, кровоточащей раневой поверхности резецированной печени; методика применения клеевых композиций достаточно проста, однако, тахокомб по сравнению с тиссуколом имеет некоторые преимущества: он дешевле и его проще использовать. Тахокомб можно применять не только при резекциях и трансплантации печени, но и в случаях травмы селезенки, при резекции поджелудочной железы у больных с панкреатонекрозом, раком и хроническим панкреатитом со 100% гемостатическим

эффектом. Во всех случаях при разрывах ткани селезенки аппликация пластин тахокомб позволяла добиться надежного гемостаза и избежать спленэктомии. Аппликацией тахокомба удается остановить кровотечение при обширных язвенных дефектах [28]. При лапароскопических операциях, особенно в условиях неотложной хирургии, могут возникать проблемы локального гемостаза, когда применение коагуляции недостаточно для остановки возникшего кровотечения. В подобных ситуациях методом выбора остановки кровотечения может служить аппликация тахокомба [28].

Таким образом, на рынке представлено достаточно большое количество гемостатических препаратов с различным механизмом действия.

Переливание крови и ее компонентов, в том числе с гемостатической целью, становится все более опасной процедурой в связи с постоянным ростом числа новых неизученных, часто жизнеугрожающих инфекционных заболеваний с парентеральным механизмом инфицирования, таких как ВИЧ, вирусные гепатиты и другие. Вместе с тем наблюдается непрерывный рост числа техногенных катастроф, природных катаклизмов, региональных конфликтов следствием чего является увеличение количества пострадавших с кровотечениями, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, что делает задачу поиска новых, более эффективных и безопасных местных гемостатиков весьма современной и актуальной [63].

Литература

1. Абянц Р.К., Истратов Л.П., Истратова Е.В. и соавт. Материалы и изделия медицинского назначения на основе природного биополимера коллагена // Материалы V Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 1998. — С. 469.
2. Абянц Р.К., Истратов Л.П., Макаров В.А. Биоконформные гемостатики местного действия // Материалы III Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 1996. — С. 5.
3. Абянц Р.К., Истратов Л.П., Макаров В.А. Гемостатики местного действия на основе коллагена // Материалы II Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 1995. — С. 5.
4. Агаев Ф.Ф., Бадалов Р.К., Алиев А.А. Эндобронхиальное применение гемостатических средств феракрил и амифер // Сердечно-сосудистая хирургия. — 1990. — №10. — С. 52–54.
5. Адамян А.А., Кашперский Ю.П. Местные гемостатические препараты из естественных компонентов свертывающей системы крови // Хирургия им. Пирогова Н.И. — 1993. — №11. — С. 81–85.
6. Адамян А.А., Кашперский Ю.П., Макаров В.А. Местные гемостатические средства из природных биополимеров // Хирургия им. Пирогова Н.И. — 1994. — №11. — С. 47–51.
7. Алиев А.А., Агаев Ф.Ф., Меджидов Ф.А., Керимов Р.Б., Бадалов Р.К. Эндоскопические методы гемостаза у больных легочным туберкулезом // Проблемы туберкулеза. — 1990. — №12. — С. 47–50.
8. Альгинаты в проктологии: Натальсид // Русский медицинский журнал. — 2002. — №26. — С. 1227–1228.
9. Анненкова З.С., Анненкова В.М., Коночук Г.М. и соавт. Феракрил — гемостатик местного действия // Фармакология и токсикология. — 1991. — №3. — С. 36–40.
10. Анненкова В.З., Анненкова В.М., Казимировская В.Б., Коночук Г.М., Кузнецова Е.Е., Воронков М.Г. Экспериментальное токсикологическое исследование препаратов феракрила // Экспериментальная клиническая фармакология. — 1997. — №4. — С. 71–73.
11. Апоян В.Т. Применение гемостатической коллагеновой губки // Экспериментальная клиническая медицина. — 1987. — №3. — С. 306–309.
12. Асоян Г.А., Белоусов О.С. Местный гемостаз в хирургической практике // Вестник хирургии. — 1984. — №4. — С. 14–19.
13. Ахаладзе Г.Г. Применение препаратов фибринового клея в гепатопанкреатобилиарной хирургии // Консилиум-Медикум. — 2002. — № 6. — С. 320–322.
14. Баранов И.И. Современные принципы лечения акушерских кровотечений // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — №2. — С. 16–18.
15. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностики и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед, 2001. — 286 с.
16. Белозерская Г.Г., Олтаржевская Н.Д., Лысун Н.В., Макаров В.А. Гемостатический материал «Колетекс-гем» // Хирургия. — 1998. — №3. — С. 50–53.

17. Белозерская Г.Г., Макаров В.А., Абоянц Р.К., Истранов Л.П., Малыхина Л.С., Хитрый А.В. Современное аппликационное гемостатическое средство тромбокол // Хирургия им. Пирогова Н.И. — 2004. — №9 — С. 55–59.
18. Белозерская Г.Г., Жидков Е.А. Экспериментальное и клиническое исследование новых отечественных гемостатических салфеток для остановки капиллярно-паренхиматозных кровотечений // Омский научный вестник. — 2005. — №1 — С. 87–90.
19. Белозерская Г.Г. Исследование специфической фармакологической активности новых гемостатических средств местного и резорбтивного действия: Дисс... к.м.н. / Гематологический научный центр Министерства Здравоохранения СССР. — 1990. — 155 с.
20. Брискин Б.С. Выявление острых хирургических заболеваний на догоспитальном этапе // Новые лекарства. — 2004. — № 8. — С. 5–25.
21. Вёрткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях. Руководство для врачей. — Астана: РГКП «Дирекция административных зданий Президента и Правительства Республики Казахстан» Управления Делами Республики Казахстан, 2004. — 392 с.
22. Вишневский В.А., Икрамов Р.В., Савина Т.В. и соавт. Гемостаз при операциях на печени // Современные вопросы частной хирургии. — 1986. — №2. — С. 73–76.
23. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Консервативная терапия геморроя // Русский медицинский журнал. — 2001. — № 3–4. — С. 77–80.
24. Воробьев П.А. Актуальный гемостаз. М.: Ньюдиамед, 2004. — 139 с.
25. Гасанов М.Г., Муляр А.Г. Местные кровоостанавливающие средства // Фарматека. — 2000. — №5. — С. 14–17.
26. Гасанов М.Т. Сравнительная характеристика фармакологической активности местных гемостатиков. Дисс...к.м.н. / Московский государственный медико-стоматологический институт им. Семашко. — Москва. 1998. — 115 с.
27. Гаффни П.Дж., Балкув — Улютин С. Фибринолиз. Современные фундаментальные и клинические концепции. М.: Медицина, 1982. — 112 с.
28. Горский В.А. Технические аспекты аппликации биополимера Тахокомб при операциях на органах брюшной полости // Хирургия. — 2001. — №5. — С. 43–46
29. Данилов А.В., Горбунов А.А., Кузнецова Л.В. Применение тромбина для профилактики и остановки интраокулярных кровотечений во время витреэктомии при травматическом гемофтальме // Вестник офтальмологии. — 1990. — №4. — С. 36–39.
30. Даурова Т.Т., Андреев С.Д. Механизм гемостатического действия материалов из оксицеллюлозы // Клиническая хирургия. — 1981. — №1. — С. 5–7.
31. Дмитриева Л.А., Неживенко Л.Н. Опыт лечения пульпита методом витальной экстирпации с применением различных гемостатических средств // Стоматология. — 1986. — №3. — С. 28–30.
32. Иванов Е.П. Руководство по гемостазиологии. Норма и нарушение функции системы гемостаза, клинко-лабораторная диагностика кровотечений, тромбозов и ДВС-синдромов. Минск: Беларусь, 1991. — 302 с.
33. Казимировская В.Б., Левина М.Н. Феракрил // VI Всесоюзный съезд фармакологов. Тезисы докладов. — Ташкент, 1988. — С. 155.
34. Киркин В.В. Сравнительное исследование эффективности новых гемостатических средств местного действия в хирургии и онкологии. Дис...к.м.н. / Московский государственный медико-стоматологический университет. — 2000 — 140 с.
35. Ковалев А.И., Цуканов Ю.Т. Школа неотложной хирургической практики. — М.: Медицинская книга, 2004. — 912 с.
36. Кондена Р., Найхуса Л. М. Клиническая хирургия. — М.: Практика. — 1998. — 736 с.
37. Крылов Ю.Ф., Изюмов Е.Г., Гасанов М.Т. Фармакология местных гемостатических средств // Международный сборник научных трудов V научно-практической конференции по созданию и апробации новых лекарственных средств «Лекарства человеку». — Каунас, 1997. — С. 87–94.
38. Кудряшов Б.А. Большой практикум по физиологии человека и животных. — М.: Высшая школа, 1984. — С. 343–400.
39. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1995. — 640 с.
40. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери // Консилиум-Медикум. — 2003. — №6. — С. 347–357.
41. Кузник Б.И., Баркаган З.С. Современные представления о процессе свертывания крови, фибринолизе и действии естественных антикоагулянтов // Гематология и трансфузиология. — 1991. — №11. — С. 22–25.
42. Кузник Б.И., Васильев Н.В., Цыбиков Н.Н. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма. М.: Медицина, 1989. — 320 с.

43. Куприянов В.В. Сосудистый эндотелий. Киев.: Здоровье. — 1986. — 248 с.
44. Лалаев К.В. Применение в хирургической стоматологии нового гемостатического препарата Амифер. Дис... к.м.н. / Ереванский государственный медицинский университет. — 1979. — 175 с.
45. Макаров В.А. Современные проблемы лекарственной регуляции функции гемостаза // Фармакология и токсикология. — 1989. — №4 — С. 9–13.
46. Макаров В.А., Белозерская Г.Г. Гемостатики местного действия // Фарматека. — 1993. — №6. — С. 36–40.
47. Макаров В.А., Кондратьева Т.Б. Применение гепаринов в клинической практике // Русский медицинский журнал — 1998. — №3 — С. 64–67.
48. Максимова К.Л. Использование перевязочных материалов активтекс на догоспитальном этапе // Неотложная терапия. — 2002. — №3–4. — С. 95–98.
49. Малышев В.Д., Веденина И.В., Омаров Х.Т., Федоров С.В. Критерии инфузионной терапии при острой гиповолемии // Русский медицинский журнал. — 2005. — №9. — С. 589–595
50. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Пособие для врачей. Том 2. М.: ООО «Новая волна», 2001. — 608 с.
51. Мешалкин Ю.П. Взаимодействие коллагена с тромбоцитами // Успехи современной биологии. — 1997. — №3. — С. 17–20.
52. Мисинев Г.Н., Голик В.П., Башура А.Г. Пенный кровоостанавливающий препарат // Тезисы конференции «Основные направления работ в области создания лекарственных средств в аэрозольной упаковке и перспективы развития их производства». М., 1981. — С. 63–64.
53. Муляр А.Г. Лекарственная регуляция агрегации тромбоцитов. Дисс...к.м.н. / Московский государственный медико-стоматологический институт им. Семашко. — 1995. — 219 с.
54. Назиров В.А., Осмонова Р.О. Использование каноксицела, кровоостанавливающей вискозы, марли и феракрила в оториноларингологической практике // Вестник оториноларингологии. — 1989. — №2. — С. 78–79.
55. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 5. — М.: Медицинская литература, 2001. — 494 с.
56. Перельман М.И., Зыков А.С., Кононенко С.Н. и соавт. Современные клеевые композиции в торакальной хирургии // Хирургия. — 2002. — №2. — С. 47–49.
57. Пинский С.Б., Агеенко В.А., Брегель А.Л. Синдром Меллори — Вейса // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1986. — №3. — С. 22–25.
58. Плужников М.С., Воронков М.Г., Иванов Б.С. и соавт. Использование феракрила в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. — 1986. — №3. — С. 77–78.
59. Попов В.А. Физиологические основы военно-полевой хирургии. Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2003. — 304 с.
60. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
61. Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств. 2004. — 1504 с.
62. Резников К.М., Китаева Р.И. Екимов В.В. и соавт. Специфическая активность и токсичность гемостатического пластыря на основе феракрила // Фармакология и токсикология. — 1989. — №4. — С. 48–52.
63. Савельев В.С. Хирургия на рубеже тысячелетий // Русский медицинский журнал. — 2002. — № 26. — С. 1200–1203.
64. Савицкая И.М., Фурманов Ю.А. Механизм гемостатического действия альгинатных материалов // Клиническая хирургия. — 1989. — №1. — С. 17–19.
65. Северцев А.Н., Брехов Е.И., Миронов Н.П. и соавт. Использование местных фармакологических средств для достижения окончательного гемостаза при резекциях печени // Хирургия. — 2001. — №1. — С.86–90.
66. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: АстраФармСервис, 2004. — 1488 с.
67. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск III: Под ред. Чучалина А.Г., Вялкова А.И., Белоусова Ю.Б. — М.: «ЭХО», 2002. — 936 с.
68. Федоров В.Д., Ривкин В.Л., Морозов Н.В. и соавт. Фибринный клей в хирургии // Хирургия. — 1988. — №11. — С. 122–124.
69. Ферстрате Ж., Ферстрате М. Гемостаз. М.: Медицина, 1984. — 192 с.
70. Ферстрате Ж., Ферстрате М. Тромбозы. М.: Медицина, 1986. — 333 с.
71. Фигурнов В.А., Фигурнова Е.В., Фигурнов А.В. Препараты фибрина для лечения кожных язв. Сборник тезисов V Российского национального конгресса «Человек и лекарство». 1998. — С. 532.

72. Хамитова Г.М. Местная гемостатическая терапия при синдроме Меллори-Вейса и патоморфологическое обоснование применения препарата капрофер // *Здравоохранение Башкортостана*. — 2000. — №2. — С. 38–40.
73. Харкевич Д.А. Фармакология. М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — 661 с.
74. Хорев А.Н., Малашенко В.Н., Шабалин В.А. Диагностика и лечебная тактика при гастроуденальных кровотечениях: Метод. рек. — Ярославль, 1990. — 90 с.
75. Чазов Е.И., Смирнов В.Н. Стенка сосуда в атеро- и тромбогенезе. М.: Медицина, 1983. — 56 с.
76. Шептулин А.А. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // *Русский медицинский журнал*. — 1999. — №1. — С. 12–15.
77. Шептулин А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта // *Русский медицинский журнал*. — 2000. — № 2 — С. 70–73.
78. Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т. Аprotинин — важный компонент терапии критических состояний // *Русский медицинский журнал*. — 2000. — № 7. — С. 610–611.
79. Albala D.M. Fibrin sealants in clinical practice // *Cardiovasc. Surg.* — 2003. — №11. — P. 5–11.
80. Al-Belasy F.A., Amer M.Z. Hemostatic effect of n-butyl-2-cyanoacrylate (histoacryl) glue in warfarin-treated patients undergoing oral surgery // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* — 2003. — №12. — P. 1405–1409.
81. Albeniz Arbizu E., Lopez San Roman A., Garcia Gonzalez M. et al. Fibrin-glue sealed liver biopsy in patients with a liver transplantation or in liver transplantation waiting list: preliminary results // *Transplant Proc.* — 2003. — №5. — P. 1911–1912.
82. Alkan A., Metin M., Arici S., Sener I. A prospective randomised cross-over study of the effect of local haemostasis after third molar surgery on facial swelling: an exploratory trial // *Br. Dent J.* — 2004. — №1. — P. 42–44.
83. Arnijots B., Soderstrom T., Ezban M., Hedner U. Effect of locally-applied active site-blocked activated factor VII (ASIS) on experimental arterial thrombosis // *Blood Coagul. Fibrinolysis*. — 2000. — №11. — P. 145–148.
84. Avanoğlu A., Celik A., Ulman I. et al. Safer circumcision in patients with haemophilia: the use of fibrin glue for local haemostasis // *BJU Int.* — 1999. — №1. — P. 91–94.
85. Baar S., Schorner C., Rollinghoff M. et al. Collagen patches impregnated with antimicrobial agents have high local antimicrobial efficacy and achieve effective tissue gluing // *Infection*. — 2001. — №1. — P. 27–31.
86. Bak J.B., Singh A., Shekarriz B. Use of gelatin matrix thrombin tissue sealant as an effective hemostatic agent during laparoscopic partial nephrectomy // *J. Urol.* — 2004. — №2. — P. 780–782.
87. Balasubramanian V., Vele O., Nemer son Y. Local shear conditions and platelet aggregates regulate the incorporation and activity of circulating tissue factor in ex-vivo thrombi // *Thromb. Haemost.* — 2002. — №5. — P. 822–826.
88. Barker T.H., Fuller G.M., Klinger M.M. et al. Modification of fibrinogen with poly(ethylene glycol) and its effects on fibrin clot characteristics // *J. Biomed. Mater. Res.* — 2001. — №4. — P. 529–535.
89. Barret J.P., Dziewulski P., Wolf S.E. et al. Effect of topical and subcutaneous epinephrine in combination with topical thrombin in blood loss during immediate near-total burn wound excision in pediatric burned patients // *Burns*. — 1999. — №6. — P. 509–513.
90. Bartorelli A.L., Sganzerla P., Fabbiochi F. et al. Prompt and safe femoral hemostasis with a collagen device after intracoronary implantation of Palmaz-Schatz stents // *Am. Heart J.* — 1995. — №1. — P. 26–32.
91. Baumann A., Caversaccio M. Hemostasis in endoscopic sinus surgery using a specific gelatin-thrombin based agent (FloSeal) // *Rhinology*. — 2003. — №4. — P. 244–249.
92. Benko I., Molnar T.F., Horvath O.P. A case of fibrin sealant application for closing benign trachea-esophageal fistula (TEF) // *Acta Chir. Hung.* — 1997. — №1–4. — P. 25–26.
93. Blum H.E., Meyenberger C. Current therapy of esophageal varices hemorrhage // *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.* — 1995. — №51–52. — P. 1532–1533.
94. Bouma B.N., Meijers J.C. Role of blood coagulation factor XI in downregulation of fibrinolysis // *Curr. Opin. Hematol.* — 2000. — №5. — P. 266–272.
95. Brown J.A., Hubosky S.G., Gomella L.G., Strup SE. Hand assisted laparoscopic partial nephrectomy for peripheral and central lesions: a review of 30 consecutive cases // *J. Urol.* — 2004. — №4. — P. 1443–1446.
96. Buchta C., Hedrich H.C., Macher M., Hocker P, Redl H. Biochemical characterization of autologous fibrin sealants produced by CryoSeal (R) and Vivostat (R) in comparison to the homologous fibrin sealant product

Tissucol/Tisseel (R) // *Biomaterials*. — 2005. — №31. — P. 6233–6241.

97. Bulajic P., Savic N., Djordjevic Z. et al. Role of autologous fibrin tissue adhesive in abdominal surgery // *Acta Chir. Iugosl.* — 1999. — №1–2. — P. 43–45.

98. Camenzind E., Grossholz M., Urban P. et al. Collagen application versus manual compression: a prospective randomized trial for arterial puncture site closure after coronary angioplasty // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1994. — №3. — P. 655–662.

99. Canonico S. The use of human fibrin glue in the surgical operations // *Acta Biomed. Ateneo Parmense*. — 2003. — №2. — P. 21–25.

100. Carter G., Goss A.N., Lloyd J., Tocchetti R. Local haemostasis with autologous fibrin glue following surgical enucleation of a large cystic lesion in a therapeutically anticoagulated patient // *Br. J. Oral. Maxillofac. Surg.* — 2003. — №4. — P. 275–276.

101. Carter G., Goss A., Lloyd J., Tocchetti R. Tranexamic acid mouthwash versus autologous fibrin glue in patients taking warfarin undergoing dental extractions: a randomized prospective clinical study // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* — 2003. — №12. — P. 1432–1435.

102. Castaneda F., Swischuk J.L., Smouse H.B., Brady T. Gelatin sponge closure device versus manual compression after peripheral arterial catheterization procedures // *J. Vasc. Interv. Radiol.* — 2003. — №12. — P. 1517–1523.

103. Christenson J.T., Kalangos A. Autologous fibrin glue reinforced by platelets in surgery of ascending aorta // *Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2004. — №4. — P. 225–229.

104. Chuansumrit A., Suwannuraks M., Sri-Udomporn N. et al. Recombinant activated factor VII combined with local measures in preventing bleeding from invasive dental procedures in patients with Glanzmann thrombasthenia // *Blood Coagul. Fibrinolysis*. — 2003. — №2. — P. 187–190.

105. Clark R.A. Fibrin glue for wound repair: facts and fancy // *Thromb. Haemost.* — 2003. — №6. — P. 1003–1006.

106. Cole D.J., Connolly R.J., Chan M.W. et al. A pilot study evaluating the efficacy of a fully acetylated poly-N-acetyl glucosamine membrane formulation as a topical hemostatic agent // *Surgery*. — 1999. — №3. — P. 510–517.

107. Coughlin Shaun R. How the protease thrombin talks to cells // *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A*. — 1999. — №20. — P. 11023–11027.

108. Curnier A., Choudhary S. Triple approach to rhinophyma // *Ann. Plast. Surg.* — 2002. — №2. — P. 211–214.

109. Czerny M., Fleck T., Salat A. et al. Sealing of the mediastinum with a local hemostyptic agent reduces chest tube duration after complete mediastinal lymph node dissection for stage I and II non-small cell lung carcinoma // *Ann. Thorac. Surg.* — 2004. — №3. — P. 1028–1032.

110. Dalmau A., Sabate A., Acosta F. et al. Tranexamic acid reduces red cell transfusion better than epsilon-aminocaproic acid or placebo in liver transplantation // *Anesth. Analg.* — 2000. — №1. — P. 29–34.

111. Davey R.B., Sparnon A.L., Byard R.W. Unusual donor site reactions to calcium alginate dressings // *Burns*. — 2000. — №4. — P. 393–398.

112. Davidson B.R., Burnett S., Javed M.S. et al. Experimental study of a novel fibrin sealant for achieving haemostasis following partial hepatectomy // *Br. J. Surg.* — 2000. — №6. — P. 790–795.

113. De Gracia J., Mayordomo C., Catalan E. et al. The use of fibrinogen-thrombin via endoscope in the treatment of massive hemoptysis // *Arch. Bronconeumol.* — 1995. — №5. — P. 227–232.

114. Diaz-Ricart M., Estebanell E., Lozano M. et al. Thrombin facilitates primary platelet adhesion onto vascular surfaces in the absence of plasma adhesive proteins: studies under flow conditions // *Haematologica*. — 2000. — №3. — P. 280–288.

115. Dorsam Robert T., Kunapuli Satya P. Central role of the P2Y12 receptor in platelet activation // *J. Clin. Invest.* — 2004. — №3. — P. 340–345.

116. Eggebrecht H., Haude M., Baumgart D., Oldenburg O., Herrmann J., Bruch C., Hunold P., Neurohr C., von Birgelen C., Welge D., Katz MA, Erbel R. Hemostatic closure of arterial puncture site using Angio-Seal after diagnostic heart catheterization or coronary intervention // *Herz*. — 1999. — №8. — P. 607–613.

117. Falconer C., Larsson B. New and simplified vaginal approach for correction of urinary stress incontinence in women // *Neurourol. Urodyn.* — 1995. — №4. — P. 365–370.

118. Federici A.B., Sacco R., Stabile F., Carpenedo M., Zingaro E., Mannucci P.M. Optimising local therapy during oral surgery in patients with von Willebrand disease: effective results from a retrospective analysis of 63 cases // *Haemophilia*. — 2000. — №2. — P. 71–77.

119. Fernandez Lobato R., Garcia Septiem J., Ortega Deballon P., Martin Lucas F.J., Ruiz de Adana J.C., Limones Esteban M. Tissucol application in dermolipectomy and incisional hernia repair // *Int. Surg.* — 2001. — №4. — P. 240–245.

ФИЗИОТЕРАПЕВТ

<http://fizioterapevt.panor.ru>



Научно-практический журнал для врачей-физиотерапевтов

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

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

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

ОСНОВНЫЕ РУБРИКИ

Организация работы в физиотерапии

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

Оригинальные статьи

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

Новые технологии

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

Официальный отдел

- приказы, информационные письма, положения и методические рекомендации по

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

Обзоры и диссертации

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

Последипломное образование

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

Лекции

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

Как подписаться на журнал «Физиотерапевт»

На почте в любом отделении связи:

по Каталогу агентства «Роспечать» — 84881.

по Каталогу российской прессы «Почта России» — 13534.

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

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

ХИРУРГ

<http://hirurg.panor.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.

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

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

ГлавВрач – ВАШ ПУТЬ К ЭФФЕКТИВНЫМ УПРАВЛЕНЧЕСКИМ РЕШЕНИЯМ

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

В журнале можно прочитать:

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

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

Журнал издается Издательским домом «Панорама»

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

Журнал распространяется только по подписке:

- через каталог агентства «Роспечать» – подписной индекс 80755;
- через каталог «Почта России» – подписной индекс 99650;
- через редакцию – 8(499) 257-01-35

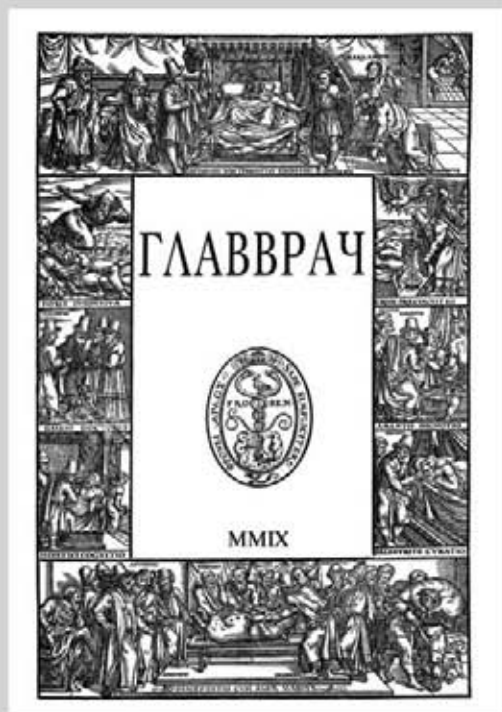
Редакция журнала приглашает к сотрудничеству:

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

Контактная информация:

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

Краснова Анна Яковлевна



Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
Агентства «Роспечать»

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на номеру журналу **46543**
(индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов

на 20 10 год по месяцам:

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

Куда (почтовый индекс) _____ (адрес) _____

Кому (фамилия, инициалы) _____

ДОСТАВочная КАРТОчка

Врач скорой помощи
(наименование издания)

на номеру журналу **46543**
(индекс издания)

ПВ место литер

Стоимость подписки руб. коп. Количество комплектов
Стоимость переподписки руб. коп.

на 20 10 год по месяцам:

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

Куда (почтовый индекс) _____ (адрес) _____

Кому (фамилия, инициалы) _____

Стоимость подписки на журнал указана в каталоге
«Почта России»

ф. СП-1

АБОНЕМЕНТ на номеру журналу **24216**
(индекс издания)

Врач скорой помощи
(наименование издания) Количество комплектов

на 20 10 год по месяцам:

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

Куда (почтовый индекс) _____ (адрес) _____

Кому (фамилия, инициалы) _____

ДОСТАВочная КАРТОчка

Врач скорой помощи
(наименование издания)

на номеру журналу **24216**
(индекс издания)

ПВ место литер

Стоимость подписки руб. коп. Количество комплектов
Стоимость переподписки руб. коп.

на 20 10 год по месяцам:

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

Куда (почтовый индекс) _____ (адрес) _____

Кому (фамилия, инициалы) _____

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (перепрессовки)

без кассовой машины на абонементе проставляется оттиск

календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонемент выдается подписчику с квитанцией

об оплате стоимости подписки (перепрессовки).

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ
ОФОРМЛЕНИЯ АБОНЕМЕНТА!**

На абонементе должен быть проставлен оттиск кассовой машины.

При оформлении подписки (перепрессовки)

без кассовой машины на абонементе проставляется оттиск

календарного штемпеля отделения связи.

В этом случае абонемент выдается подписчику с квитанцией

об оплате стоимости подписки (перепрессовки).

Для оформления подписки на газету или журнал,

а также для перепрессовки издания бланк абонемента

с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами,

разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями,

изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных клеток при перепрессовании

издания, а также клетки «ПВ-МЕСТО» производится

работниками предпринимой связи и подписных агентств.

Для оформления подписки на газету или журнал,

а также для перепрессовки издания бланк абонемента

с доставочной карточкой заполняется подписчиком чернилами,

разборчиво, без сокращений, в соответствии с условиями,

изложенными в подписных каталогах.

Заполнение месячных клеток при перепрессовании

издания, а также клетки «ПВ-МЕСТО» производится

работниками предпринимой связи и подписных агентств.

Выгодное предложение!

Подписка на 2-е полугодие по льготной цене – 2808 руб. (подписка по каталогам – 3510 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) 211-5418, 749-2164, 749-4273, 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 № 2ЖК2010 от « ____ » _____ 2010

Покупатель:

Расчетный счет №:

Адрес:

№№ п/п	Предмет счета (наименование издания)	Кол-во экз.	Цена за 1 экз.	Сумма	НДС 0%	Всего
1	Врач скорой помощи (подписка на II полугодие 2010 г.)	6	468	2808	Не обл.	2808
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 ДОСЬЛЮ 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 КУПЛИ-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 №		[]
Сумма прописью	Дата	Вид платежа
ИНН	КПП	Сумма
Плательщик		Сч.№
		БИК
Банк Плательщика Сбербанк России ОАО, г. Москва		Сч.№
		БИК
Банк Получателя ИНН 7718766370 КПП 771801001		Сч.№
		БИК
Получатель ООО Издательство «Профессиональная Литература» Вернадское ОСБ 7970 г. Москва		Сч.№
		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) 211-5418, 749-2164, 749-4273

тел./факс **(495) 250-7524**

или по e-mail: **podpiska@panor.ru**