

# СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

3/2005

Основан в 2000 году

## Учредители

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования  
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе  
Общероссийская общественная организация  
«Российское общество скорой медицинской помощи»

**Президент:** В.А.Михайлович  
**Вице-президент:** С.А.Селезнев  
**Главный редактор:** А.Г.Мирошниченко  
**Заместители  
главного редактора:** С.Ф.Багненко,  
В.В.Руксин

**Редакционная коллегия:**  
Н.А.Беляков                      Г.А.Ливанов  
А.Е.Борисов                     В.И.Мазуров  
В.А.Ваневский                    И.П.Миннуллин  
В.И.Ковальчук                Ю.С.Полушин  
К.М.Крылов                      Ю.Б.Шапот

**Ответственный секретарь:** О.Г.Изотова

**Редакционный совет:**  
М.М.Абакумов (Москва)  
В.В.Афанасьев (Санкт-Петербург)  
А.А.Бойков (Санкт-Петербург)

Т.Н.Богницкая (Москва)  
Ю.Дробнис (Вильнюс)  
Е.А.Евдокимов (Москва)  
А.С.Ермолов (Москва)  
В.А.Замятина (г. Вологда)  
А.П.Зильбер (г. Петрозаводск)  
А.А.Курыгин (Санкт-Петербург)  
С.В.Лобзин (Санкт-Петербург)  
Л.А.Мыльникова (Москва)  
А.Н.Осипов (г. Челябинск)  
В.Л.Радушкевич (г. Воронеж)  
Л.М.Рошаль (Москва)  
В.И.Симаненков (Санкт-Петербург)  
А.М.Хаджибаев (Ташкент)  
С.Н.Хунафин (Уфа)  
С.Штрих (Рига)  
И.С.Элькис (Москва)  
E.Krenzelok (США)

**Журнал включен в перечень периодических изданий, в которых ВАК рекомендует публиковать результаты диссертаций.**

Журнал ежеквартально публикует материалы по актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе, имеющие выраженную практическую направленность, подготовленные и оформленные в полном соответствии с существующими требованиями.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов опубликованных материалов.

Редакция не несет ответственности за последствия, связанные с неправильным использованием информации.

**Индекс для подписки в каталоге «Роспечати»: 38513**

**Наш адрес:** 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Медицинская академия последипломного образования, редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».

**Тел./факс:** (812) 588 43 11.

**Электронная почта:** [map@mail.lanck.net](mailto:map@mail.lanck.net)

**Сайт Российского общества скорой медицинской помощи:** [www.emergencyrus.ru](http://www.emergencyrus.ru)

# СОДЕРЖАНИЕ

## СТАТЬИ

О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» <i>А.А.Сидоров</i>	3
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>М.С.Белоусова, А.А.Васильев</i>	5
«О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»: ВЫБОР ПРИОРИТЕТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ <i>С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.Г.Мирошниченко, Н.В.Кечаева, Г.Ф.Гулуа, А.В.Драчук</i>	9
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.В.Сухин, А.А.Бойков, Н.И.Вишняков</i>	14
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ <i>Э.В.Бухтиярова, Г.И.Чеченин</i>	16
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ 7,5% РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА И АДАПТАГЕНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.А.Попов, А.В.Лоленко, С.А.Скрипкин, Е.А.Попова, А.А.Любченко, Н.В.Ути</i>	19
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СОБСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЕЕ НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ <i>В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова</i>	23

## ИНФОРМАЦИЯ

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	29
РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2005»	33
О ЗАСЕДАНИИ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	34
ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2004 г. <i>А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская</i>	35

## ОБЗОР

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>А.А.Ярмагомедов</i>	47
--	----

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ДВА СЛУЧАЯ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ю.М.Михайлов</i>	51
---	----

## ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ <i>С.В.Попов</i>	52
СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ПРИГОРОДНОЙ ЗОНЫ <i>В.Ф.Озеров, В.П.Асеев, В.А.Негрей, А.Н.Русакевич</i>	55
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ХАБАРОВСКЕ: ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ <i>В.В.Унжаков</i>	57
ТРАВМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА <i>В.Н.Фесенко, В.В.Михайличенко, В.П.Александров, В.Н.Вавилов</i>	60
НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА <i>Р.В.Чеминава</i>	63

## ИСТОРИЯ

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КРАСНОГО КРЕСТА В ВОЙНЕ 1904–1905 гг. (К 100-ЛЕТИЮ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ) <i>В.И.Буравцов</i>	66
---	----

## ЮБИЛЕИ

К 60-ЛЕТИЮ ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА ЕВДОКИМОВА	76
К 70-ЛЕТИЮ МАРАТА АРКАДЬЕВИЧА КАЦАДЗЕ	77
70 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЛАДИМИРА ФЁДОРОВИЧА ОЗЕРОВА	78
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ СОЧИ	79

## НЕКРОЛОГ

ВЛАДИМИР ЛЬВОВИЧ ВАНЕВСКИЙ	83
----------------------------	----

## СТАТЬИ

УДК 614.88

### О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»\*

А.А.Сидоров

*Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва, Россия*

© А.А.Сидоров, 2005 г.

Скорая медицинская помощь — самый массовый вид медицинской помощи, имеющий свои особенности, к которым относятся: доступность (безотказный характер предоставления); бесплатность; определяющее значение фактора времени, диагностическая неопределенность (необходимость посиндромной диагностики и терапии); многопрофильность; этапность; преемственность оказания помощи между этапами; высокая ресурсоемкость.

За последние годы существенно возросли обращаемость за скорой медицинской помощью и количество случаев госпитализации по экстренным показаниям.

Существенно выросло значение скорой медицинской помощи как одного из ведущих факторов национальной безопасности Российской Федерации.

Рост количества случаев и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико-санитарными потерями, усложнение внутри- и внешнеполитической обстановки в связи с ростом международного терроризма выдвигают дополнительные неотложные задачи совершенствования организации скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

Для совершенствования оказания скорой медицинской помощи в стране в первую очередь необходимо:

— усовершенствовать нормативно-правовую, материально-техническую и организационно-методическую базу службы скорой медицинской помощи;

— сформировать современную систему мониторинга и управления скорой медицинской помощью, выровнять условия ее оказания и обеспечить равную доступность для населения современных медицинских технологий на всей территории Российской Федерации;

— сформировать современные организационные модели оказания скорой медицинской помощи с учетом сложившейся в субъектах Российской Федерации социальной инфраструктуры;

— существенно снизить нагрузку на службу скорой медицинской помощи за счет ограничения ее роли исключительно случаями, требующими оказания экстренного медицинского пособия, переадресации вызовов к пациентам, нуждающимся в оказании неотложной помощи в поликлиники;

— повысить оперативность работы службы за счет оптимизации ее структуры, более эффективного использования ресурсов, оснащения современными средствами связи;

\* Из выступления на Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь-2005», с сокращениями.

— внедрить единые технологические требования и медико-экономические стандарты оказания скорой медицинской помощи, систему управления качеством, сформировать современные финансово-экономические механизмы и систему оплаты скорой медицинской помощи;

— улучшить преемственность догоспитального и госпитального этапов оказания скорой медицинской помощи;

— разработать и внедрить стандарты оказания, материально-технического и лекарственно-го обеспечения скорой медицинской помощи;

— улучшить научное сопровождение экстренной медицины, координацию научных исследований в этой сфере, ускорить разработку и внедрение современных технологий диагностики и лечения;

— создать эффективную систему информационного обеспечения скорой медицинской помощи;

— улучшить межведомственное взаимодействие при ликвидации чрезвычайных ситуаций;

— совершенствовать систему профессиональной подготовки и переподготовки кадров;

— в ряде случаев заменить оказание экстренной помощи врачебными бригадами скорой медицинской помощи максимально быстрой доставкой к месту оказания квалифицированной помощи в сопровождении фельдшера, оснащенного аппаратурой для поддержания жизненно важных функций организма во время транспортировки;

— обеспечить вовлечение в процесс оказания первой медицинской помощи персонала других служб жизнеобеспечения (милиции, инспекции по безопасности дорожного движения, пожарной службы и т. д.) и населения по мере решения вопросов по их подготовке;

— систематически проводить работу по информированию населения о новых правилах работы службы скорой помощи через средства массовой информации.

Особо следует подчеркнуть, что назрела необходимость в совершенствовании преемственности в оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Одним из ключевых элементов этой преемственности становится организация оказания экстренной

помощи пациентам в приемных отделениях стационаров.

Преобразование существующих приемных отделений в отделения экстренной помощи становится одной из актуальных задач совершенствования службы скорой медицинской помощи.

Серьезным тормозом в совершенствовании организации скорой медицинской помощи является отсутствие четкой системы управления этим сектором здравоохранения на всех уровнях.

Смешанный тип финансирования госпитального звена скорой медицинской помощи осуществляется по стандартам, разработанным по нозологическому принципу для пациентов, госпитализированных в плановом порядке, которые не соответствуют подходам и объемам оказания скорой медицинской помощи.

Ниже перечислены основные мероприятия по совершенствованию службы скорой медицинской помощи на 2005 г.

1. Развитие стратегии оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

2. Организация современной организационно-методической базы службы скорой медицинской помощи.

3. Широкое внедрение методов оценки экономической эффективности деятельности службы.

4. Укрепление межведомственного взаимодействия.

5. Повышение эффективности лечения на основе внедрения стандартов оказания скорой медицинской помощи.

6. Развитие системы мониторинга скорой медицинской помощи

7. Меры по совершенствованию подготовки кадров для службы скорой медицинской помощи.

Ожидаемые результаты:

— повышение качества и эффективности оказания скорой медицинской помощи;

— снижение летальности и инвалидизации при неотложных состояниях;

— улучшение преемственности оказания скорой медицинской помощи;

— повышение готовности лечебно-профилактических учреждений к оказанию скорой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

*Поступила в редакцию 03.06.2005 г.*

УДК 614.88.000.34

## МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

М.С.Белоусова, А.А.Васильев

*МУЗ Станция скорой медицинской помощи, г. Челябинск, Россия*

© М.С.Белоусова, А.А.Васильев, 2005 г.

Основу эффективного оказания экстренной медицинской помощи составляет система организационных, нормативно-правовых и лечебно-диагностических методов. Это особенно актуально для службы скорой медицинской помощи, условия и характер деятельности которой предъявляют особые требования к лечебно-диагностическим технологиям. Факторами, в значительной мере ограничивающими применение той или иной методики на догоспитальном этапе, являются мобильность бригад СМП, дефицит времени и ресурсов в сравнении со стационарами. В результате постоянного скрининга «выживают» лишь те методы экстренной диагностики и лечения, которые отвечают указанным критериям.

Несмотря на это, оперативность, адекватность объема и качества оказания экстренной медицинской помощи остаются основными требованиями доктрины СМП. В этой связи необходимы постоянный анализ факторов, определяющих эффективность проведения лечебных мероприятий в ургентных ситуациях, а также поиск и совершенствование технологий результативного воздействия на них.

Работа, проводимая в этом направлении в МУЗ ССМП г. Челябинска, позволяет выявить ряд специфических проблем правового, медицинского и организационного характера. Решение этих проблем в контексте современного реформирования системы здравоохранения, несомненно, позволило бы повысить эффективность технологического цикла лечебно-диагностического процесса. Не претендуя на систематизацию, выделим некоторые из них.

**1. Отсутствие ответственности за необоснованные вызовы СМП и эффективных мер их предупреждения.** Только в марте и апреле 2004 г. медицинскими работниками подстанции СМП Центрального района г. Челябинска осуществлено 302 «безрезультатных» выезда, в структуре которых ведущее положение занимают отказ больных от осмотра (46%) и отсутствие пациента на месте (36%). На обслуживание данной категории вызовов было затрачено 139 часов и 55 542 руб.

Нередки случаи вызова СМП для получения листа нетрудоспособности, консультации по плановому лечению; для оказания помощи чисто физического характера (поднять или переложить больного).

Заметно увеличилось количество явно необоснованных вызовов, преимущественно к лицам, ведущим асоциальный образ жизни (пример: больной хроническим алкоголизмом натер ногу обувью; ежедневно вызывая СМП, требует привезти мазь и бинты).

Эффективные способы воздействия на такую ситуацию, несмотря на ее типичность для многих регионов РФ, отсутствуют. Кодекс об административных правонарушениях РФ (ст. 19.13) предусмат-

ривает ответственность только за заведомо ложный вызов спецслужб, при этом для возбуждения дела об административном правонарушении в каждом случае требуется привлечение на место вызова сотрудника милиции, что вряд ли реально. Гражданско-правовая ответственность возможна только при условии признания необоснованного вызова СМП противоправным деянием.

Около 20% повторных вызовов обусловлены отказом больного от госпитализации при первом обращении. Поскольку такой отказ ни к чему не обязывает пациента, бригады СМП в ряде случаев фактически выполняют функцию «стационара на дому».

Значительная часть вызовов обусловлена не нуждаемостью в экстренной помощи, а нежеланием больного затруднять себя плановым посещением поликлиники.

Другая проблема — частые необоснованные вызовы СМП больными с выраженными нарушениями интеллекта и критических способностей. Несмотря на то, что их дееспособность часто сомнительна, действующее законодательство (ст. 23 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») не предусматривает возможности их принудительного психиатрического освидетельствования, за исключением случаев тяжелого психического расстройства. В соответствии со ст. 20 указанного закона, «установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса является исключительным правом врача-психиатра. Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов». Осмотр же психиатром в плановом порядке может быть проведен только с согласия больного, который, разумеется, его не дает. Процедура признания пациента недееспособным в судебном порядке по инициативе членов его семьи достаточно сложна и поэтому используется ими редко. Таким образом, ничто не препятствует лицу с девиантным поведением в реализации его «законного права» неоднократно, хотя и необоснованно вызывать СМП.

**2. Отсутствие реально выполнимых стандартов (протоколов) действий в urgentных ситуациях.** Существующие в настоящее время многочисленные монографии и учебные пособия имеют рекомендательный, а не общеобязательный ха-

актер; кроме того, в ряде случаев противоречивы и не соответствуют реальным возможностям оказания медицинской помощи. Так, в соответствии с действующим методическим письмом «Диагностика и лечение внебольничных пневмоний у взрослых» (г. Челябинск, 2002), абсолютными показаниями к госпитализации больных с пневмонией служат возраст старше 60 лет, а также наличие сопутствующих заболеваний, в число которых включены, в частности, цереброваскулярные заболевания (без указания стадии). Формально это означает необходимость госпитализации всех больных с выраженной цереброваскулярной недостаточностью, деменцией, а также последствиями ОНМК различной степени тяжести (в том числе и не способных к самообслуживанию, нуждающихся в постороннем уходе), что, учитывая возможности коечного фонда стационаров и их неукомплектованность младшим медперсоналом, вряд ли рационально.

С учетом специфики работы СМП часто представляется проблематичным выполнение стандарта купирования приступа бронхиальной астмы (Приказ МЗ РФ от 09.10.1998 г. № 300). Другой пример — рекомендации различных справочных пособий в отношении транспортировки больного, согласно которым при многих патологических состояниях (сотрясение головного мозга, острый панкреатит и т. п.) доставка пациента в приемное отделение должна осуществляться на носилках. Возможно, при соблюдении требований Приказа МЗ РФ № 179 от 01.11.2004 г. к укомплектованности бригад СМП (фельдшерская линейная бригада — два фельдшера, санитар, водитель; врачебная линейная бригада — врач, два фельдшера, санитар и водитель) данное указание рационально. Однако низкая оплата труда младшего медперсонала и водителей приводит к тому, что данная норма приказа имеет декларативный характер, а ответственность за неверный способ транспортировки ложится на врача.

Нуждаются в корректировке и алгоритмы лечения неотложных состояний. В частности, из пособия в пособие «перековывает» схема лечения гипертонических кризов натрия нитропруссидом, которого нет на оснащении уже много лет. Несмотря на изобилие фармакологических справочников, отсутствуют унифицированные, официально утвержденные МЗ РФ показания и противопоказания к применению препаратов (за исключением прилагаемых к ним аннотаций, которые часто отличаются необыкновенной краткостью).

**3. Наличие пробелов в правовом регулировании медицинских аспектов деятельности.** «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (ст. 30, 32) в числе других прав пациента при обращении за медицинской помощью закрепляют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от вмешательства и возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи. Закон устанавливает обязательность получения информированного добровольного согласия во всех случаях, когда состояние гражданина позволяет ему выразить свою волю. При этом определения термина «медицинское вмешательство» законодатель не дает, оставляя «за кадром» юридически значимые вопросы об объеме процедуры, требующей получения согласия, критериях информированности пациента, форме и объеме предоставления информации, форме выражения согласия гражданина на медицинское вмешательство или отказа от него.

В течение длительного периода становления службы СМП сложилось представление о форс-мажорном характере ее деятельности, исключающем соблюдение формальностей при оказании помощи. Однако такая точка зрения не соответствует действующему законодательству, в связи с чем врач в условиях дефицита времени и отсутствия возможностей коллегиального принятия решения, как это имеет место в стационаре, должен фактически осуществлять толкование вышеприведенных норм закона. Примером может служить ситуация проведения системной тромболитической терапии больным с острым инфарктом миокарда. Известно, что препараты, применяемые для этой цели, оказывают серьезные побочные действия (кровотечения; кровоизлияния в мозг, перикард; тромбоэмболии и др.), которые могут привести к стойкой утрате трудоспособности, инвалидности и даже смерти пациента. Кроме того, часто имеют место моменты, затрудняющие принятие решения о проведении тромболитической терапии: отсутствие медицинской документации на дому у больного, невозможность необходимого клинического обследования (не говоря уже о лабораторном). Возникает вопрос: относится ли проведение тромболитической терапии к медицинским вмешательствам и должен ли кардиолог получать согласие пациента на ее проведение? С позиции закона, ничто не препятствует больному со стабильными параметрами гемодинамики без нарушений соз-

нания выразить свою волю в отношении данного медицинского вмешательства; с позиции врача, вынужденного принимать решение, ситуация по меньшей мере неоднозначна.

При возникновении осложнений и обращении пациента в суд возникает вопрос о «правомерности» причинения вреда здоровью. Решающее значение при этом приобретает соответствие действий медицинского работника стандартам оказания медицинской помощи при данном виде патологии, которые в настоящее время в РФ имеют рекомендательный характер.

Кажущейся «надуманности» проблемы можно противопоставить нарастающее количество судебных процессов, выявляющих дефекты оказания медицинской помощи и оформления соответствующей документации. При этом возрастает количество исков, подлежащих удовлетворению, поскольку, как справедливо заметил А.В.Тихомиров (адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов, врач), «великолепное владение профессией при юридической неосведомленности не освобождает от правовой ответственности. То, что представляется очевидным с медицинской точки зрения, с позиции закона порой требует либо иного подхода, либо дополнительной активности с отражением этого в соответствующих документах».

**4. Отсутствие правовых льгот и системы мер социального обеспечения.** Медицинские работники СМП не пользуются никакими льготами в отношении медицинского обслуживания. В стационарах данная проблема решается за счет использования медико-технической базы ЛПУ и системы скидок для его сотрудников; станция скорой медицинской помощи аналогичными возможностями не располагает. Несмотря на «экстренность» службы, отсутствуют социальные гарантии, предусмотренные законодательством для сотрудников правоохранительных органов, военнослужащих и других категорий лиц (законы РФ «О милиции», «О прокуратуре Российской Федерации», «О статусе военнослужащих»). Так, медперсонал СМП не имеет права на дополнительную жилую площадь, получение беспроцентной ссуды на приобретение или строительство жилья, компенсацию расходов, связанных с наймом (поднаймом) жилого помещения, выплату выходного пособия при увольнении по состоянию здоровья или инвалидности, а также по достижению пенсионного возраста при наличии длительного стажа работы. Не способствует повышению престижа службы

и низкая заработная плата. Ряд субъектов РФ (Москва, Санкт-Петербург, Свердловская область) устанавливают систему надбавок на уровне региона, что решает кадровую проблему; в Челябинской области таких попыток не предпринимается.

**5. Нечеткое законодательное регулирование некоторых вопросов режима и оплаты труда медицинского персонала СМП.** До настоящего времени нет ясности в отношении оплаты вынужденной переработки (задержка бригады на вызове в конце рабочей смены в связи с невозможностью прервать оказание помощи больному). Трудовой кодекс РФ (ст. 99) не дает оснований рассматривать данную работу как сверхурочную, но и не содержит указаний по порядку оплаты либо компенсации «сверхнормативных» затрат времени. При обращении в Федеральную службу труда и занятости четкого разъяснения по данному вопросу не получено.

Перечисленные и другие проблемы свидетельствуют о необходимости пересмотра и систематизации нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность СМП для устранения пробелов и коллизионности правового регулирования в этой сфере. Ситуация, когда врач СМП, и без того работающий в экстремальных условиях, вынужден под угрозой юридической ответственности постоянно находить «точку равновесия» между нормативными документами, реальным потенциалом ЛПУ, требованиями больного и собственными возможностями, недопустима.

Представляется целесообразной разработка на федеральном уровне проекта Закона о службе скорой медицинской помощи, учитывающего специфику ее работы и предусматривающего систему адресных правовых льгот, гарантий и компенсаций.

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи и снижения затрат на обслуживание непрофильных вызовов, возможно, имеет смысл разграничение вызовов по критерию нуждаемости в экстренных лечебно-диагностических мероприятиях. При безусловном сохранении права граждан на бесплатное оказание медицинской помощи по экстренным показаниям, целесообразно предусмотреть систему оплаты за повторные вызовы, обусловленные отказом больного от госпитализации при первичном обращении, непрофильные выезды бригады СМП.

Решению кадрового вопроса могло бы способствовать решение вопроса об установлении медицинскому персоналу надбавок и доплат к заработной плате на региональном уровне; направление на работу в качестве санитаров лиц, проходящих альтернативную воинскую службу.

Для устранения разногласий во взглядах на оказание экстренной медицинской помощи при различных видах патологических состояний целесообразна разработка и утверждение реально выполнимых стандартов действий медицинского персонала СМП в urgentных ситуациях.

*Поступила в редакцию 03.02.2005 г.*



УДК 616-082

## «О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»: ВЫБОР ПРИОРИТЕТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ

С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.Г.Мирошниченко, Н.В.Кечаева, Г.Ф.Гулуа, А.В.Драчук  
*НИИ скорой медицинской помощи им. проф.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

В резолюции Всероссийской конференции «Скорая помощь-2005», прошедшей в начале июня этого года под эгидой МЗ и СР РФ и Всероссийского общества специалистов скорой медицинской помощи, нашли отражение предложения по законопроектам, направленным на модернизацию здравоохранения. В резолюции подчеркивается, что в современных условиях отсутствие каких-либо структурных изменений в здравоохранении — наихудший сценарий развития событий. Более того, подготовленные проекты Федеральных законов в целом содержат решение основных проблем отрасли. Вместе с тем в случае принятия законопроектов в неизменном виде следует ожидать возникновение новых острых проблем и формирование коллизий права.

Для более четкого уяснения сути данных проблем обратим внимание на ряд принципиальных вопросов. Первое: будут ли финансово обеспечены клинические протоколы и стандарты? Законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи» основывается на понимании того, что все госгарантии, безусловно, будут обеспечены необходимыми ресурсами. Подчеркнем, что данный тезис является краеугольным камнем всех остальных построений проекта закона. В случае если этот принцип окажется умозрительным, мы рискуем повторить ситуацию с реализацией Федерального закона № 122. В пользу утверждения о том, что средств хватит, обычно приводятся следующие основные аргументы:

- Во всех регионах высока доля необоснованной госпитализации (по некоторым данным, 20–30%). Исключение подобных случаев даст определенную экономию средств.
- Законопроекты прописывают некоторые механизмы, побуждающие органы власти субъектов РФ выделять большее количество средств в виде взносов на неработающее население.
- В настоящее время в ряде случаев при лечении больных используются медицинские технологии, клиническая и (или) экономическая эффективность которых сомнительна с позиций доказательной медицины.

В скобках заметим, что до широкой аудитории не доводились результаты каких-либо исследований (если таковые проводились), позволяющих уточнить насколько будут сбалансированы госгарантии, реализующиеся в том числе на основе клинических протоколов, и их финансовое обеспечение. Более того, некоторые из названных аргументов представляются дискуссионными. Например, мы не убеждены, что исключение неэффективных технологий даст какую-либо существенную экономию. Во-первых, использование таких технологий может быть не столь распростра-

ненным явлением, как это может показаться при оценке отдельных примеров, приводимых специалистами доказательной медицины. Вторых, высока вероятность того, что переход с экономически менее эффективных технологий на более эффективные потребует первоначально существенного вложения средств. И, наконец, клинические протоколы и клинико-экономические стандарты, безусловно, будут основаны на достижениях медицинской науки и техники. Новые медицинские технологии, как правило, являются более ресурсоемкими, чем старые. Данное обстоятельство является основной причиной увеличения расходов на здравоохранение во всем мире. Рискнем предположить, что если бы в одночасье были разработаны стандарты на все заболевания и состояния, то выяснилось бы, что средств для их выполнения необходимо в несколько раз больше, чем выделяется сейчас. В качестве примера приведем данные самого МЗ и СР РФ, по мнению которого, средние затраты на один койко-день должны быть в 3,25 раза больше, чем фактически сформированные в 2003 г. (1182 руб. и 363,6 руб. соответственно). Примерно такое же соотношение дают результаты исследований СПбНИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе и кафедры организации здравоохранения СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Сопоставлялись средние расходы многопрофильных стационаров в группе больных, стационарное лечение которых оплачивалось только из средств ОМС и пациентов, имевших дополнительное финансирование. При этом исходили из понимания того, что при наличии дополнительного финансирования оказываемой помощи врачи в меньшей степени ограничены в возможностях оказывать оптимальный объем помощи. Вместе с тем, вследствие ряда обстоятельств, в случае если сумма средств ОМС и по другим источникам была больше необходимого для лечения конкретного больного, специалисты не были заинтересованы потратить все средства (т. е. больше оптимального). Поэтому расходы, сформированные в процессе лечения больных с дополнительным финансированием близки к необходимым, а объемы помощи, оказанные пациентам, данной группы близки к оптимальным<sup>1</sup>. Согласно полученным данным средние расходы на лечение больных этой группы (19 967,71) бы-

ли в 3,4 раза больше, чем в группе лиц, лечение которых оплачивалось только из средств ОМС (5861,81). Никакая экономия от сокращения необоснованной госпитализации не покрывает указанную разницу<sup>2</sup>.

Если говорить не только о стационарной помощи, то согласно материалам Минсоцздрава, представленных к заседанию Правительства от 10 марта 2005 г. «О приоритетных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации на 2005–2006 годы», отрасль нуждается в увеличении расходов из государственных источников финансирования до 4,7% ВВП (в 2004 году этот показатель составлял около 2,8%). Если это в существующих социально-экономических условиях невозможно, то правильно ли создавать нормы права, предусматривающие, что требования медицинских стандартов обязательны для исполнения? Данное обстоятельство лишь усугубит разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. При этом следует обратить внимание на наличие жесткой конструкции в статье 17 законопроекта. В соответствии с подпунктом 11 пункта 1 данной статьи в случае нарушения медицинской организацией прав граждан на гарантированную медицинскую помощь (очевидно, в том числе невыполнение требований стандарта — авт.), может быть принято решение о приостановлении либо аннулировании лицензии на медицинскую деятельность.

Второй аспект, на который следует обратить внимание — это сроки, в течение которых будут разработаны клинические протоколы и, соответственно, клинико-экономические стандарты по всем заболеваниям. На конференции, посвященной проблемам стандартизации в здравоохранении, в 2003 году известный в России специалист в данной области профессор Воробьев П.А. упомянул, что за прошедший период (практически 7 лет — *Авт.*) удалось принять 50 стандартов, еще 500 существуют в виде проектов, а необходимо принять 5000 стандартов. От себя добавим, что подготовленные и принятые в 1998–1999 гг. клинические протоколы, возможно, уже устарели и их следует пересматривать. Следовательно, в ближайшее время, в том числе после принятия закона, клинические протоколы по всем заболеваниям разработаны не будут. Это понимают

<sup>1</sup> Данное обстоятельство подтверждалось в ходе ряда исследований, основанных на проведении экспертных оценок объемов помощи, оказанных различным группам больных.

<sup>2</sup> Это не означает, что не следует сокращать необоснованную госпитализацию. Рассматривались случаи стационарного лечения взрослых, оплачиваемые за счет средств ОМС.

и авторы законопроекта «О государственных гарантиях медицинской помощи», коль скоро пункт 1 статьи 8 проекта предусматривает, что клинические протоколы разрабатываются при наиболее распространенных заболеваниях (состояниях). Полагаем, что такой выбор приоритетов в формировании и использовании стандартов является ошибочным.

В целях обоснования данного утверждения определим перечень распространенных заболеваний из числа причин госпитализации<sup>1</sup> и изучим характеристики указанных заболеваний с точки зрения уровней летальности и ресурсоемкости их лечения. Структура госпитализированной заболеваемости и уровни летальности были определены на основе данных Медицинского информационного центра<sup>2</sup> Санкт-Петербурга, затраты на стационарное лечение — с помощью информационной системы Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе<sup>3</sup>.

Согласно полученным данным, в течение 2004 г. в системе ОМС Санкт-Петербурга было зарегистрировано 647 618 случаев госпитализации по поводу 6314 различных нозологических форм. После выполнения сортировки всех заболеваний по убыванию их доли в структуре госпитализации было установлено, что каждая нозологическая форма явилась причиной не более 4% всех случаев стационарного лечения. Однако первые 3 заболевания, перечисленные в табл. 1, в совокупности описывали почти каждый десятый случай госпитализации.

стационарное лечение. В совокупности больные данными заболеваниями в структуре госпитализированной заболеваемости составили 9,0%, но умершие от данной патологии в структуре причин смерти в стационарах — только 0,2%, расходы на лечение этой категории больных — 6,0% расходов стационара. Таким образом распространенные заболевания являются относительно нетяжелой патологией с низким уровнем затрат на лечение.

Проведем аналогичный анализ в отношении нозологических форм, являющихся основными причинами смерти в стационарах (табл. 2). Первоначально была выполнена сортировка всех заболеваний по убыванию их доли в структуре причин смерти и отобраны первые три нозологические формы.

Перечисленные заболевания характеризуются низким удельным весом в структуре госпитализированной заболеваемости, большой ресурсоемкостью и высокими уровнями летальности. Их, без сомнения, можно назвать тяжелыми заболеваниями. В совокупности больные данными видами патологии составляют лишь 4,4% среди всех госпитализированных, но умершие из их числа объясняют 17,9% всех причин смерти в стационарах. Следует обратить внимание, что средние затраты на стационарное лечение больных тяжелыми заболеваниями, как правило, не обеспечены средствами ОМС, перечисляемыми за данных пациентов. Более того, средние расходы не обеспечиваются доходами даже по всем источникам финансирования (табл. 3). Расходы,

Таблица 1  
Характеристики распространенных заболеваний из числа причин госпитализации среди взрослых

Код по МКБ-10	Нозологическая форма	Доля в структуре госпитализации, %	Больничная летальность, %	Доля в структуре умерших в стационаре, %
I20.8	Другие формы стенокардии	3,6	0,09	0,11
S06.0	Сотрясение головного мозга	2,8	0,07	0,07
I20.0	Нестабильная стенокардия	2,6	0,04	0,03

Помимо высокой распространенности, данные нозологические формы характеризуются невысокими уровнями летальности (около 0,1%), относительно низкими средними затратами на

превосходящие доходы в этой группе были произведены за счет перераспределения средств, полученных за лечение пациентов, у которых расходы на оказание помощи были меньше тарифа

<sup>1</sup> Рассматривались случаи стационарного лечения взрослых, оплачиваемые за счет средств ОМС.

<sup>2</sup> Медицинский информационный центр централизованно обрабатывает счета, выставленные всеми стационарами в адрес страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга.

<sup>3</sup> Данная информационная система используется более шести лет и позволяет учитывать все выполненные медицинские услуги, объем полученных средств за лечение по источникам, величину сформированных расходов — в отношении как конкретного пациента, так и группы больных, сформированной по любому признаку.

Таблица 2

**Характеристики заболеваний, являющихся основными причин смерти среди взрослого населения**

Код по МКБ-10	Нозологическая форма	Доля в структуре госпитализации, %	Больничная летальность, %	Доля в структуре умерших в стационаре, %
I63.5	Инфаркт мозга, вызванный не-уточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий	1,1	23,95	8,8
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца	2,5	6,19	5,4
I25.2	Перенесенный в прошлом ин-фаркт миокарда	0,75	14,65	3,7

Таблица 3

**Средние доходы и расходы многопрофильного круглосуточно дежурящего стационара в «разрезе» различных групп больных\***

Код по МКБ-10	Нозологическая форма	Средние расходы, руб.	Средние доходы по ОМС, руб.	Средний доход по всем источникам, руб.	Доля лиц, имевших дополни-тельное финан-сирование, %
<b>I20.8</b>	<b>Другие формы стенокардии</b>	4464,55	5675,69	5895,13	6,1
<b>S06.0</b>	<b>Сотрясение головного мозга</b>	3725,82	3609,66	3717,24	2,9
<b>I20.0</b>	<b>Нестабильная стенокардия</b>	6331,82	7081,33	7466,55	8,3
O20.0	Угрожающий аборт	3461,08	4467,24	4633,39	4,5
I11.	Гипертензивная болезнь сердца	4473,57	5143,84	5890,33	16,7
<b>I63.5</b>	<b>Инфаркт мозга, вызванный не-уточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий</b>	12473,02	6896,37	7659,81	17,5
<b>I25.1</b>	<b>Атеросклеротическая болезнь сердца</b>	5117,43	5228,40	5501,90	7,5
<b>I25.2</b>	<b>Перенесенный в прошлом ин-фаркт миокарда</b>	6074,67	5250,03	5557,85	7,0
T06.8	Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела	34045,49	7019,30	11408,55	28,6
T29.3	Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог III степени	27287,01	14326,81	23712,74	16,5
S06.1	Травматический отек головного мозга	23451,76	6555,67	8530,11	18,6
K85.	Острый панкреатит	10087,87	4726,89	5909,99	11,9

\* Ранее перечисленные группы распространенных и тяжелых заболеваний выделены жирным шрифтом. В верхней части таблицы к самым распространенным заболеваниям добавлены примеры «заболеваний-доноров», также являющихся распространенными (O.20.0 — 6-е место). В нижней части к заболеваниям, являющимся основными причинами смерти, добавлены примеры других затратных патологий.

(страдающих обычно легкими и распространенными заболеваниями). В табл. 3 представлены средние доходы стационара по ОМС, по всем источникам и расходы в различных нозологических группах. Неверно полагать, что тариф на оказание стационарной помощи пациентам, например кардиологического профиля с различными формами ИБС был избыточным. По результатам проведенной экспертной оценки, превалирование доходов над расходами было обусловлено

неполным соответствием объема диагностических мероприятий и лекарственной терапии современным требованиям. Если бы современные, но дорогостоящие медицинские технологии были использованы шире, то сформированные расходы превысили бы доходы стационара по данной категории пациентов. В сложившихся же условиях стационар оказал тем же больным нестабильной стенокардией меньшие, но необходимые объемы помощи, перераспределив остаток

средств в пользу других, более тяжелых категорий больных. Распространенные, но относительно легкие виды патологии, на которые законопроект предполагает формирование стандартов, являются сегодня своего рода «заболеваниями-донорами».

Очевидно, что предполагаемые законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи» стандарты будут основаны на современных достижениях медицинской науки и техники, и выполнение требований стандарта не позволит перераспределить оставшиеся от лечения больных с распространенными заболеваниями средства в пользу тяжелых, но не защищенных стандартами пациентов. Предлагаем сравнить: сегодня на стационарное лечение больных «другими формами стенокардии» (I20.8) в среднем затрачивается около 4,5 тыс. руб., что меньше, чем средний доход по ОМС — около 5,7 тыс. В группе больных с этим же диагнозом, получивших оптимальный объем помощи, средние расходы составили уже 8431,14 руб., что больше, чем предусмотрено тарифами ОМС. Заболевание перестает быть «донором». А теперь представим, что вследствие этого стационар по заболеваниям, не прикрытых стандартами, может сформировать расходы только

в пределах средств ОМС, которых при инфаркте мозга (I63.5) почти в 2 раза меньше минимально необходимых (см. табл. 3). Какую помощь можно оказать находящимся в тяжелейшем состоянии пострадавшим с сочетанной травмой (T06.8) на 7 тыс. рублей, когда необходимо 34 тыс. руб.? Перераспределить средства уже не удастся.

Таким образом, в условиях недофинансирования, сохранив норму, регламентирующую формирование стандартов только по наиболее распространенным заболеваниям, мы заведомо подталкиваем медицинские организации к замещению государственных расходов на лечение больных с тяжелыми видами патологии средствами граждан. В новых правовых условиях медицинские организации не смогут оказать даже минимально необходимой медицинской помощи тяжелым больным. В связи с изложенным необходимо внести поправки в проект Федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи», предусматривающие, что клинические протоколы и клиничко-экономические стандарты должны формироваться не на распространенные заболевания, а на заболевания, являющиеся основными причинами смерти и инвалидности.

*Поступила в редакцию 04.06.2005 г.*

УДК 614:88-616

## ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.В.Сухин, А.А.Бойков, Н.И.Вишняков

*Санкт-Петербургская городская станция скорой медицинской помощи;  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

Своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе и решение тактического вопроса о госпитализации являются самыми актуальными задачами службы скорой медицинской помощи. Их правильное решение существенно влияет на продолжительность и качество лечения, а в целом — и жизни пациентов, на психологический статус больных, а также на экономику здравоохранения, поскольку стоимость лечения в стационаре высока.

Все это требует научного анализа многих составляющих эффективности работы скорой медицинской помощи. К числу показателей качества работы скорой медицинской помощи мы относим:

- 1) показатели госпитализации больных по экстренным показаниям;
- 2) удельный вес необоснованной доставки в стационар;
- 3) показатели поздней доставки больных в стационар;
- 4) долю повторных вызовов к одному больному;
- 5) процент расхождения диагнозов догоспитального и госпитального этапов;
- 6) показатель обеспеченности СМП медицинскими кадрами.

Для исследования показателей оказания СМП на догоспитальном и госпитальном этапах нами была изучена выборка из 1912 отрывных талонов к сопроводительным листам пациентов, направляемых на госпитализацию врачом скорой медицинской помощи. Предварительно была рассчитана достоверность выборочной совокупности.

Средний возраст пациентов составил 41,0 год.

По местонахождению на момент принятия вызова случаи распределились следующим образом: 45% пациентов находилось в квартире, 16% — на улице, 11% — в медицинском учреждении, 7% — на рабочем месте, 21% — в других местах.

По обстоятельствам в 41% случаев происшествие было квалифицировано как внезапное заболевание, в 28% случаев — как бытовая травма на квартире, в 11% — как уличная травма, в 2% — как дорожно-транспортное происшествие, в 2% — как отравление, в остальных 16% случаев происшествия были иного характера.

Из находящихся на улице каждый третий (33,3%) был с внезапным заболеванием, 29% — с травмой на улице, 18% — с травмой в квартире, 7,7% составили пострадавшие в результате ДТП.

Для пациентов, находившихся в момент вызова на рабочем месте, причиной вызова чаще всего (77,2%) было внезапное заболевание, в 11,8% случаев — бытовая травма. Примерно такое же соотношение отмечено у пациентов, находившихся в момент вызова в медицинском учреждении: 64,1% — внезапные заболевания, 16,2% — бытовая травма.

15% пациентов нуждались в транспортировке на носилках, 2% — с помощью медперсонала, остальные 83% могли передвигаться самостоятельно.

По диагнозу направления у 56% пациентов были внезапные заболевания, у 44% — несчастные случаи.

В 87% случаев пациентов госпитализировали в многопрофильные стационары, в 5% — в родильный дом, в 2% — в инфекционную больницу и в 6% случаев — в другие медицинские учреждения.

Амбулаторно были обслужены 50,4% доставленных пациентов, госпитализированы 49,6%.

В таблице представлены результаты оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара.

100% больных с острым нарушением мозгового кровообращения, с инфекционным заболеванием, с отравлением были госпитализированы. Среди больных с острым инфарктом миокарда, пневмонией или патологией беременности госпитализированы более 90%. Среди пациентов с сердечно-сосудистыми и хирургическими заболеваниями, а также пострадавших с ожогами доля госпитализированных превышает 50%. Среди больных с неврологическими заболеваниями (за исключением острого нарушения мозгового кровообращения) госпитализированы всего 26%, среди пострадавших с открытыми повреждениями — 24%, среди пострадавших с закрытыми повреждениями — 46%.

При анализе структуры группы госпитализированных оказалось, что большую часть состав-

Т а б л и ц а

## Результаты оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров

Местонахождение пациента	Доставлены в стационар	В том числе		
		госпитализированы	обслужены амбулаторно	госпитализированы, %
Улица	287	83	204	29
Квартира	643	358	285	56
Рабочее место	106	53	53	50
Медицинское учреждение	191	167	24	87
Другое место	318	107	211	34
<b>Всего</b>	<b>1545</b>	<b>768</b>	<b>777</b>	<b>51,2</b>

Наблюдается связь доли госпитализированных пациентов с их местонахождением в момент вызова бригады скорой помощи. Данное предположение подтверждается расчетом критерия  $\chi^2$  Пирсона. Результаты такого расчета свидетельствуют о неслучайности и высокой достоверности ( $p < 0,001$ ) выявленных закономерностей.

Также было проанализировано распределение пациентов, обслуженных амбулаторно и госпитализированных, по обстоятельствам происшествия. Из исследуемой совокупности вызовов были госпитализированы 60% внезапно заболевших, 28% пострадавших с бытовой травмой, 32% пострадавших с уличной травмой, 52% пострадавших в результате ДТП и 96% пострадавших с отравлением. О неслучайности отмеченных различий свидетельствует расчет критерия  $\chi^2$  Пирсона для данной совокупности.

Средний возраст госпитализированных пациентов составил 41,6 года, обслуженных амбулаторно — 39 лет.

Доля госпитализированных различается в группах пациентов с разными диагнозами. Все

люют пациенты с заболеваниями органов кровообращения — в среднем 27 на 1000 населения. Второе место занимают заболевания органов дыхания (26 на 1000). На третьем месте находятся нейрососудистые заболевания, на четвертом — заболевания органов пищеварения (20 на 1000).

## ВЫВОДЫ

1. Среди пациентов, доставленных в стационар из квартиры, с рабочего места или из другого медицинского учреждения, доля госпитализированных выше, чем среди доставленных в стационар с улицы.

2. Вероятность госпитализации внезапно заболевших, попавших в дорожно-транспортное происшествие или получивших отравление выше, чем пациентов, получивших бытовую или уличную травму.

3. Показатели и структуру госпитализации следует учитывать при планировании работы бригад скорой медицинской помощи.

Поступила в редакцию 15.03.2005 г.

УДК 614.88:

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ**

Э.В.Бухтиярова, Г.И.Чеченин

ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» МЗ РФ,

*Кустовой медицинский информационно-аналитический центр г. Новокузнецка*

© Э.В.Бухтиярова, Г.И.Чеченин, 2005 г.

Одним из факторов, определяющих общественное здоровье, является социально-экономический. Известно, что рост материального благосостояния населения вызывает увеличение спроса не только на дорогостоящие предметы, но и на услуги, среди которых получение качественных дорогостоящих видов медицинской помощи, лечение в домах отдыха и санаториях. Высокие доходы населения, как правило, обеспечивают более высокое качество жизни людей.

Целью исследования было выявление возможной зависимости обращаемости населения за скорой медицинской помощью от социально-экономических факторов; прогнозирование обращаемости.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось на базе муниципального лечебно-профилактического учреждения «Станция скорой медицинской помощи» (ССМП) г. Новокузнецка, которая по своей мощности относится к внекатегорийной, с количеством обслуживаемых вызовов свыше 150 000 в год. ССМП обслуживает население крупного промышленного города и сельских населенных пунктов Новокузнецкого района в радиусе 70 км с общим числом жителей 628 549 человек, из них городского населения — 92,0%, сельского — 7,9%. Основные методы исследования — документальный, статистический, экономический, экспериментальный. Протокол исследования включал в себя информацию из годовых отчетов ССМП (ф. 40) и дополнительные данные, в соответствии с поставленными задачами, за период с 1971 по 2003 гг. Методом сплошного массива было обработано 5 730 596 вызовов СМП за 32-летний период. Методом многоступенчатого отбора выделено 5 502 769 обслуженных вызовов на территории г. Новокузнецка и Новокузнецкого сельского района. Из всех обслуженных вызовов выделены те, причиной которых были внезапные заболевания, несчастные случаи, роды.

Расчет обращаемости на 1000 человек проводился по обычной методике.

Материалы обработаны с использованием стандартных программных средств статистического анализа, реализованных в среде Microsoft Access, Microsoft Excel, Microsoft Query.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

За период с 1971 по 2004 гг. средняя обращаемость населения за экстренной медицинской помощью в г. Новокузнецке составила  $280,0 \pm 3,5$  случаев на 1000 населения при  $\sigma = 19,6$ ,  $p < 0,05$ .



За исследуемый период наиболее высокая обращаемость (314,2) была зарегистрирована в 1974 г., наименьшая (229,6) — в 1997 г. Относительно стабильная (277,7±2,2) обращаемость зарегистрирована в период с 1979 по 1989 гг. Более значительные колебания обращаемости (от 229,6 до 312,3) отмечаются в период с 1990 по 2003 гг. Начало 90-х годов связано с денежной реформой и последующей инфляцией. Этот экономический процесс сразу отразился на обращаемости, высокий (294,3–300,5) уровень которой сохранялся в течение 3 последующих лет.

Интересен тот факт, что именно с 1992 г. произошло резкое снижение обращаемости по поводу родов — от 7,2 в 1991 г. до 4,7 в 1993 г. Только в 2000 г. обращаемость по поводу родов несколько возросла (5,0).

Необходимо отметить, что с 1992 г. наблюдалось снижение денежных доходов населения, преимущественно связанное с уменьшением оплаты труда [1], что повлияло на материальное благосостояние населения в целом. Поэтому увеличение потребности населения в СМП, как в наиболее доступном и бесплатном виде медицинской помощи, является закономерным.

Очередное повышение обращаемости отмечалось сразу после очередного экономического потрясения — девальвации рубля в 1998 г., которая проявилась в повышении стоимости импорта, банкротстве «новых русских» [2]. Пик увеличения обращаемости (312,3) пришелся на 2002 г., ознаменовавшийся резким снижением доходов населения [3].

Интенсивность обращений населения по поводу внезапных заболеваний весьма схожа с обращаемостью в течение данного периода. Необходимо отметить, что между интенсивностью обращений по поводу внезапных заболеваний и обращаемостью в целом обнаружена заметная прямая корреляционная связь ( $r=0,59$ ).

Таким образом, наибольшее влияние на уровень обращаемости населения за экстренной медицинской помощью оказывают внезапные заболевания. Обращаемость населения, связанная с внезапными заболеваниями, за все эти годы в среднем составила 201,4±3,0 (при  $\sigma=16,7$ ,  $r<0,05$ ). Наиболее высокая обращаемость, связанная с внезапными заболеваниями (236,6), зарегистрирована в 1995 г., наименьшая (162,0) — в 1976 г.

Значительно реже население г. Новокузнецка обращается за экстренной помощью по поводу несчастных случаев (33,8±1,2 при  $\sigma=6,7$ ). Наи-

большее количество обращений по поводу несчастных случаев зарегистрировано в 1976 г. (52,9); наименьшее (23,4) — в 1986 г., что, по-видимому, связано с принятием мер по ограничению потребления алкоголя в 1985 г. [4]. Повышение обращаемости по поводу несчастных случаев до 44,2, зарегистрированное в 1993 г., также обусловлено инфляцией начала 90-х гг.

С принятием мер по ограничению потребления алкоголя в 1985 г., наряду со снижением количества несчастных случаев, отмечается еще один положительный социальный эффект — увеличение обращаемости по поводу родов, которая приблизилась к величине этого показателя (11,1±0,2) в 1971–1979 гг. и сохранялась высокой до начала 1988 г. По мнению И.Д.Тургеля (2003), рождаемость, как правило, напрямую связана с повышением доходов мужчин и обратно пропорциональна доходам женщин.

Таким образом, было установлено, что на обращаемость за экстренной медицинской помощью существенно влияют социально-экономические факторы и проводимые экономические реформы.

Наш анализ был бы неполным без попытки проведения прогноза обращаемости населения за экстренной помощью. Для повышения достоверности прогноза была выбрана адекватная модель исследования временного ряда. Линии тренда подбирались с учетом социально значимых выбросов, а весь временной период был разделен на три интервала: 1971–1979 гг., 1980–1991 гг. и 1992–2003 гг. Учитывая, что величина интенсивности обращаемости нестабильна, для построения тренда использовали полиномиальную аппроксимацию с полиномом 6-й степени, которая и явилась наиболее адекватной для всех трех временных периодов. Так, квадрат смешанной корреляции ( $R^2$ ) для всех трех временных интервалов находился в пределах 0,88–0,98, что свидетельствует о хорошем совпадении кривой с данными.

Прогнозирование проводили по формуле:

$$\text{Прогноз} = a + bx,$$

где:  $a = \bar{Y} - b\bar{X}$ ;

$$b = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{n \sum x^2 - (\sum x)^2}.$$

На рисунке представлены результаты прогноза и фактическое значение обращаемости.

Видно, что фактические и прогнозируемые данные почти совпадают ( $R^2=1$ ).

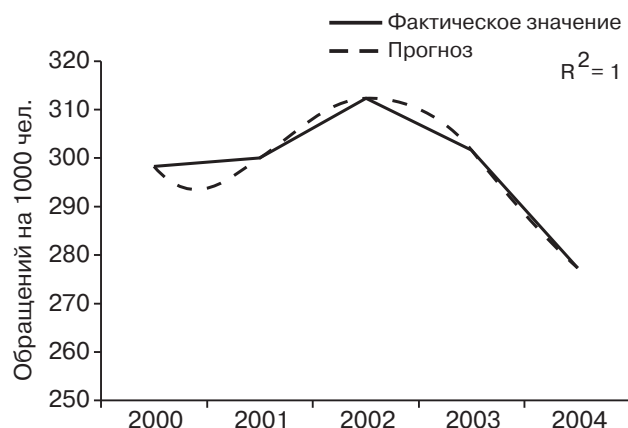


Рисунок. Прогноз обращаемости и ее фактическая величина.

Таким образом, наиболее эффективной методикой для прогнозирования обращаемости является полиномиальная с точностью аппроксимации ( $R^2=0,98-1,0$ ).

Используя данный метод, мы рассчитали прогноз обращаемости населения за экстренной медицинской помощью на период 2005–2010 гг. Прогнозируемая обращаемость в ближайшие 5 лет будет находиться в пределах 284,5–299,2. Полученные данные позволят планировать необходимое количество выездных бригад, санитар-

ного автотранспорта, рационально распределять финансовые средства СМП.

### ВЫВОДЫ

1. Обращаемость населения за экстренной медицинской помощью в период с 1971 по 2004 гг. находилась в пределах 229,6–314,2 на 1000 населения в год.

2. Отмечена положительная прямая корреляционная связь между общей обращаемостью и обращаемостью, связанной с внезапными заболеваниями. Уровень обращаемости за экстренной медицинской помощью обратно пропорционален уровню материального благосостояния населения и уровню его доходов.

3. Использование методики полиномиального прогнозирования позволяет с высокой точностью предсказать обращаемость за скорой медицинской помощью и принимать своевременные управленческие решения.

4. Учитывая влияние экономических процессов на обращаемость за скорой медицинской помощью, необходимо введение в расчеты экономических коэффициентов.

### Литература

1. *Российский статистический ежегодник: Статистический сборник.*— М.: Госкомстат России, 1996.— С. 118–119.
2. *Роузфилд С.* Метаморфоза российской экономики: от Ельцина до Путина // *Экономическая наука современной России.*— 2002.— № 4.— С. 134.
3. *Социальное положение и уровень жизни населения России: Статистический сборник.*— М.: Госкомстат России, 2003.
4. *Постановление ЦК КПСС от 15 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма».*— М., 1985.

*Поступила в редакцию 09.02.2005 г.*

УДК 616-001.36:615.03

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ 7,5% РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА И АДАПТАГЕНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.А.Попов, А.В.Лоленко, С.А.Скрипкин, Е.А.Попова, А.А.Любченко, Н.В.Утц  
*Красноярская государственная медицинская академия, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

### ВВЕДЕНИЕ

Не снижающееся количество травм, дорожно-транспортных происшествий, высокая (16,7–25,3%) летальность пострадавших с тяжелой травмой и значительная частота развития осложнений [1–3] обуславливают актуальность исследования патогенетической терапии травматического шока.

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению патогенетической терапии при шоке [4–8], задача быстрого и адекватного лечения тяжелой гипотензии и гипоксии на сегодняшний день решена недостаточно полно.

Причина развития поздних осложнений травматического шока состоит в нарушениях микроциркуляции, которые могут проявиться отсроченно, несмотря на нормализацию системных гемодинамических параметров [9, 10].

Рядом авторов доказана эффективность применения антиоксидантов, адаптагенов и 7,5% раствора натрия хлорида при травматическом шоке [11], однако работ, посвященных изучению применения данных препаратов на догоспитальном этапе, не так много.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические наблюдения проведены у 200 пострадавших с проникающими колото-резаными ранениями (грудной клетки, абдоминальными, торакоабдоминальными, шеи), осложненными травматическим шоком.

100 пострадавших основной группы на догоспитальном этапе получали даларгин, милдронат и 7,5% раствор натрия хлорида. 100 пациентам контрольной группы проводили традиционную интенсивную терапию. По полу, возрасту, характеру ранений и исходной тяжести состояния группы были сопоставимы.

В обеих группах на догоспитальном этапе для анальгезии использовались фентанил в дозе 0,05–0,1 мг внутривенно и кеторол в дозе 30 мг внутримышечно.

В основной группе пострадавшим с травматическим шоком I степени вводили кристаллоидные растворы внутривенно со скоростью 0,38 мл/(кг · мин) и даларгин в дозе 14 мкг/кг внутривенно струйно.

При острой кровопотере, осложненной шоком II и III степени, пострадавшим вводили внутривенно 4 мл/кг 7,5% раствора натрия хлорида и милдронат в дозе 7 мг/кг.

Затем при II степени шока продолжали введение коллоидных растворов со скоростью 0,2–0,3 мл/(кг · мин) и кристаллоидных растворов со скоростью 0,3–0,4 мл/(кг · мин).

При III степени шока после введения 7,5% раствора натрия хлорида вводили коллоидные растворы со скоростью

0,3–0,4 мл/(кг·мин) и кристаллоидные растворы со скоростью 0,5–0,6 мл/(кг·мин). Всем пациентам проводилась ингаляция кислородом.

На стационарном этапе пациенты получали общепринятую терапию травматического шока.

Для оценки тяжести состояния и величины дефицита объема циркулирующей крови у пострадавших с травматическим шоком использовали клиническую классификацию [5]. Сатурацию крови и частоту сердечных сокращений определяли на пульсоксиметре модели «Palco-350» (Palco labs, USA). Систолическое артериальное давление определяли методом Короткова, центральное венозное давление — в верхней полой вене. Рассчитывали шоковый индекс Альговера — Бурри [6]. Потребность миокарда в кислороде определяли по формуле:

$$ПМО_2 = ЧСС \times АД_c [12].$$

Индекс напряжения рассчитывался по формуле:

$$ИН = АМ_0 / 2М_0 \Delta x [13].$$

В стационаре у пострадавших определяли количество эритроцитов и лейкоцитов, концентрацию гемоглобина, показатель гематокрита, скорость оседания эритроцитов, содержание глюкозы, лактата, натрия и калия в плазме крови.

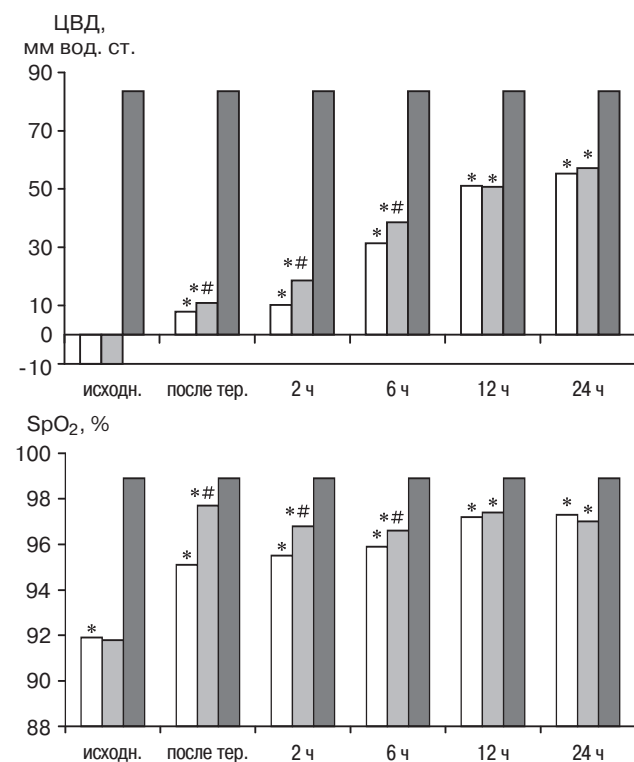


Рис. 1. Изменение некоторых показателей гемодинамики, сердечного ритма и дыхания у пострадавших с травматическим шоком.

\* — достоверное отличие от нормы, # — достоверное отличие от контрольной группы.

Рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по следующей формуле:

$$ЛИИ = (4m + 3y + 2p + c) \times (pl + 1) / (l + mo) \times (a + 1),$$

где: m — миелоциты, mo — моноциты, pl — плазматические клетки, p — палочкоядерные лейкоциты, y — юные, c — сегментоядерные, l — лимфоциты, a — эозинофилы.

Оценку тяжести состояния и величины кровопотери проводили до и после проведенной терапии на догоспитальном этапе, на 1-е и 2-е сутки стационарного лечения.

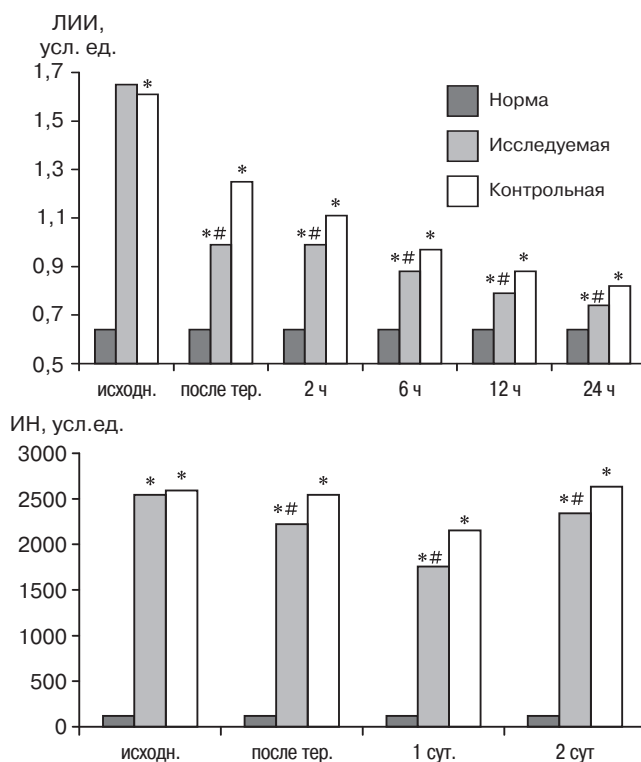
Все данные обрабатывали с использованием параметрических статистических методов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные исследования показывают, что возникающие нарушения микроциркуляции ухудшают состояние пострадавших с шоком даже при нормальных или незначительно измененных показателях гемодинамики.

Применение традиционной терапии на догоспитальном этапе не всегда приводило к стабилизации состояния пациентов, о чем свидетельствовали изменения ЧСС, шокового индекса, индекса напряжения, систолического артериального давления и ЦВД (рис. 1).

Комплексная терапия травматического шока на догоспитальном этапе с использованием да-



ларгина, милдроната и 7,5% раствора натрия хлорида не оказывала отрицательного воздействия на состояние пострадавших. Применение интенсивной терапии на догоспитальном этапе способствовало снижению выраженности тахикардии, уменьшению шокового индекса, числа дыхательных движений, увеличению систолического артериального давления, ЦВД и улучшению ряда других показателей (см. рис. 1).

У пострадавших с травматическим шоком отмечаются явления постгеморрагической анемии, лейкоцитоз, повышение ЛИИ, содержания глюкозы в плазме крови и нарушения водно-электролитного баланса, степень выраженности которых зависит от тяжести шока. При применении разработанной интенсивной терапии на догоспитальном этапе, включающей в себя введение даларгина, милдроната и 7,5% раствора натрия хлорида, отмечается положительная динамика в изменении количества эритроцитов, концентрации гемоглобина и показателя гематокрита (рис. 2), что, возможно, свидетельствует о подавлении патологического депонирования и выхода крови в активный кровоток.

Применение разработанной методики оказывает положительное влияние на углеводный обмен, что проявляется в снижении содержания глюкозы и лактата в крови, а также позволяет в более ранние сроки провести коррекцию показателей электролитного баланса, о чем свидетельствует стабилизация содержания калия и натрия в крови (см. рис. 2).

Данная терапия может явиться профилактикой осложнений воспалительного характера, возникающих после выхода пострадавших из шока, на что указывает снижение содержания лейкоцитов и ЛИИ (см. рис. 2).

Применение указанной методики интенсивной терапии на догоспитальном этапе позволяет достоверно уменьшить частоту возникающих осложнений с 99% до 50,9%, сократить сроки пребывания больных в стационаре в сре-

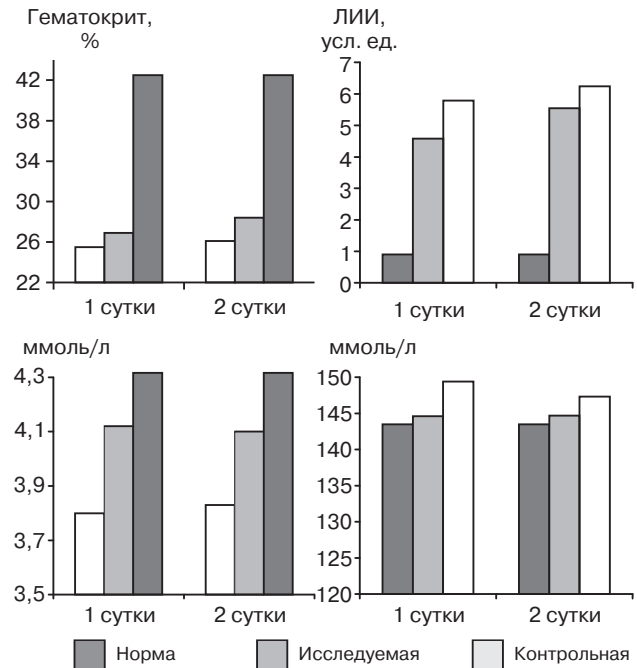


Рис. 2. Изменение показателей красной крови, лейкоцитарного индекса интоксикации, содержания калия и натрия в крови у пострадавших с травматическим шоком.

\* — достоверное отличие от нормы, # — достоверное отличие от контрольной группы.

днем на 7 суток и снизить общую летальность с 13% до 3,6%.

## ВЫВОДЫ

1. Применение даларгина, милдроната и 7,5% раствора натрия хлорида на догоспитальном этапе способствует улучшению адаптационных возможностей организма пострадавших с травматическим шоком.

2. Раннее использование предлагаемой методики интенсивной терапии шока позволяет улучшить ряд клинических и биохимических показателей у пострадавших с травматическим шоком.

3. Применение предлагаемой методики интенсивной терапии шока на догоспитальном этапе позволяет уменьшить частоту развития осложнений с 99% до 50,9%, сократить сроки пребывания пострадавших в стационаре и снизить общую летальность с 13,0% до 3,6%.

## Литература

1. Богдавленский И.Ф., Закс И.О. Применение гипертонических растворов натрия хлорида в реаниматологии, интенсивной терапии и медицине катастроф // Анестезиология и реаниматология. — 1994. — № 2. — С. 59–62.
2. Руководство для врачей. Шок: Теория, клиника, организация противошоковой помощи / Под ред. Г.С.Мазуркевича, С.Ф.Багненко. — СПб.: Политехника, 2004. — 539 с.
3. Широков Д.М., Сомов С.В., Полушин Ю.С. Объективная оценка тяжести огнестрельных ранений // Анест. и реаниматол. — 1998. — № 2. — С. 8–11.
4. Гуревич К.Я., Губарь Л.Н., Демидов В.Е. Ранняя интоксикация у больных с тяжелыми механическими повреждениями // Вестн. хир. — 1988. — № 4. — С. 71–75.

5. *Лихачев Е.А., Янкин Ю.М.* Лечение травматического и геморрагического шоков на догоспитальном этапе гипертоническим раствором натрия хлорида // Актуальные вопросы оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях и перспективы их развития: Сб. науч. тр.— Новокузнецк, 1994.— Ч. I.— С. 69–72.
6. *Руководство для врачей скорой медицинской помощи* / Под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко.— СПб.: Невский Диалект, 2001.— 704 с.
7. *Davis J.W., Kaups K.L, Parks S.N.* Base deficit is superior to pH in evaluating clearance of acidosis after traumatic shock // *J. Trauma.*— 1998.— Vol. 44, № 1.— P. 114–118.
8. *Sen A.P., Dong Y.A., Saxena P.R.* Modulation of resuscitative effect of diaspirin cross-linked hemoglobin by L-NAME in rats // *Shock.*— 2000.— Vol. 13, № 3.— P. 223–230.
9. *Креймер У., Петер К.* Новая концепция терапии микроциркуляторных расстройств при шоке — «интенсивная терапия малыми объемами жидкости» // Травматол. и ортопед.— 1994.— № 6.— С. 20–29.
10. *Nordin A., Mildh L., Myakisalo H.* Hepatosplanchnic and peripheral tissue oxygenation during treatment of hemorrhagic shock: the effects of pentoxifylline administration // *Surgery.*— 2000.— Vol. 228, № 6.— P. 741–747.
11. *Слепушкин В.Д.* Нейропептиды в анестезиологии и реаниматологии // *Анест. и реаниматол.*— 1997.— № 6.— С. 59–61.
12. *Дарбинян Т.М., Тверской А.А.* VIII Всемирный конгресс анестезиологов в Маниле // *Анест. и реаниматол.*— 1984.— № 6.— С. 61.
13. *Баевский Р.Н., Кириллов О.И., Клецкин С.З.* Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.— М.: Наука, 1984.— 219 с.

*Поступила в редакцию 25.02.2005 г.*

УДК 725.5

## ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СОБСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЕЕ НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ\*

В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова

*ЦНИИОИЗ, Москва, Россия*

© В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова, 2005 г.

Понятие «нематериальные активы» широко используется в хозяйственной деятельности ведущих фирм мира с конца XIX века. В нашей стране этот термин был узаконен лишь в 1990 г., когда был введен в финансово-бухгалтерскую отчетность совместных предприятий с иностранным капиталом.

Показателем стремительно возрастающей значимости «интеллектуального капитала» предприятия, действующего в реальной «экономике знания» (на примере экономики США), является резкое преобладание показателя совокупной капитализации фондового рынка, который характеризуется биржевым индексом Доу-Джонса (DJIA) и бухгалтерской оценкой материальных активов (здания, сооружения, оборотные запасы) [1].

В современном мире нарастает ранее отчетливо не проявлявшаяся тенденция к тому, что из двух секторов активов предприятия — материальных и нематериальных — возрастает значимость нематериальных активов (НА).

Нематериальные активы предприятия — это совокупность прав юридического лица, включающая такие права, как интеллектуальная собственность (ИС); отложенные затраты (например, на регистрацию предприятия, проведение НИР и ОКР); гудвилл («деловая репутация», «цена фирмы»).

Необходимо отметить, что приведенное определение НА отражает реалии отечественного законодательства и сложившуюся практику в этой области. За рубежом зачастую используются несколько иные (чем перечисленные) подходы к классификации объектов НА: они делятся на три группы объектов по признаку отделимости (неотделимости) от предприятия или индивидуума. Эта классификация дополняется другими характеристиками по признакам: 1) установившимся (неустановившимся) сроком службы НА; 2) группового или индивидуального характера оценки объектов НА.

НА первой группы (неотделимые от предприятия) классифицируются по следующим признакам:

- наличие обученного персонала;
- наличие системы и методов управления и функционирования, разработанных в качестве составной части предприятия;
- наличие клиентуры;
- наличие фактов преодоления стартовых трудностей;
- наличие достижений в области рекламы и продвижения продукции предприятия;
- наличие преимуществ территориального расположения предприятия, не являющихся характеристикой собственно объекта недвижимости;

---

\* Статья публикуется с сокращениями.

— наличие гудвилла, т.е. репутации предприятия (на местном, региональном или национальном уровне), утвердившейся на основе осведомленности клиентов и общественности о надежности предприятия, качестве предоставляемого им обслуживания и выпускаемой продукции, уровне цен на товары и услуги, кредитоспособности по отношению к поставщикам и банкам. Однако гудвиллом иногда называют не только этот элемент первой группы, но всю совокупность элементов этой группы и даже совокупность всех элементов всех групп (рассматривают гудвилл как синоним НА, т. е. смесь всех нематериальных активов, «сваренных в большом котле»).

Как правило, НА, относящиеся к этой группе, имеют неопределенный срок службы и оцениваются в совокупности. В связи с этим они не амортизируемы (в том смысле, который придается термину «амортизация» в экономике).

НА второй группы (неотделимые от индивидуума) классифицируются по таким признакам, как:

— личная репутация работников или владельцев предприятия у представителей обществ, клиентов, других работников, других владельцев и ссудодателей;

— личные профессиональные качества индивидуумов, включая их ноу-хау, коммерческие способности, талант в области финансовых операций и т. п.;

— общая квалификация и личные качества персонала или владельца в таких областях, как организация работы персонала, менеджмент, отношения с клиентами, отношения в коллективе и т. п.

НА этой группы в большинстве своем не имеют установленного срока службы (кроме специалистов, работающих на предприятии по обусловленному сроком контракту). Таким образом, применяемые оценки являются индивидуальными.

НА третьей группы (отделимые от предприятия) составляют фабричные марки; товарные (фирменные знаки); торговые марки; секретные методы и технологии; технические библиотеки; авторские права; редакционные архивы; секретные формулы; лицензии; патенты; франшизы; чертежи и шаблоны; контракты (такие, как соглашения о неконкурируемости, контракты о найме, контракты на закупку, договоры купли-продажи, рекламные контракты); списки (такие, как адресные ведомости, списки клиентов, списки подписчиков). НА этой группы могут оцениваться на индивидуальной основе и в своем

большинстве имеют определенный срок службы (например, товарные знаки).

Приведенная классификация имеет преимущество перед классификацией, применяемой в нашей стране, поскольку имеет более четкий и однозначный признак деления. Однако при этой классификации невозможно выделить ИС из НА, что представляется серьезным недостатком [2].

Основную (по стоимости и значимости) часть нематериальных активов составляют объекты интеллектуальной собственности. Поэтому в нашей статье главное внимание будет уделено именно интеллектуальной собственности медицинской организации.

Даже в профессиональной литературе встречаются грубые ошибки в толковании этого понятия, а из 200 медицинских работников, проанкетированных нами, ни один не дал правильного определения интеллектуальной собственности, поэтому, с нашей точки зрения, проблема является не только понятийной, но и методологической.

Интеллектуальная собственность — это исключительное право физического или юридического лица на результаты интеллектуальной деятельности и приравненные к ним средства индивидуализации юридического лица, индивидуализации продукции, выполняемых работ или услуг, включающие: промышленную собственность; объекты авторского и смежных прав; информацию, представляющую коммерческую и (или) служебную тайну.

Часто употребляемое словосочетание «права интеллектуальной собственности» является, с нашей точки зрения, некорректным, так как получается «права на права»).

Авторским правом регулируются отношения, которые возникают в связи с созданием и использованием литературных, музыкальных, художественных произведений, в том числе научных произведений, компьютерных программ, баз данных.

Авторское право возникает при воплощении идеи в ту или иную форму и охраняет права авторов от тех, кто копирует, неоднократно репродуцирует оригинал, созданный автором, без выплаты ему вознаграждения или гонорара. В мировой практике английское слово *copyright* (символ ©) означает авторское право.

Патентным правом, в отличие от авторского права, охраняется не форма, а результат технического решения. Основное назначение патентного права — это предоставление исключитель-



ного права на использование того или иного новшества, защищенного охранным документом, который называется патентом. Лицо, на чье имя выдан патент, называется патентообладателем. Патентообладатель, используя свое законное право, может запрещать третьим лицам применять свою разработку без адекватного вознаграждения. В таком случае владелец патента является законным монополистом на рынке любого государства, в котором ему выдан патент. Промышленная собственность — это охраняемые после регистрации и выдачи специальным государственным органом (в настоящее время этим органом является Российское агентство по патентам и товарным знакам — Роспатент) охранных документов следующие результаты интеллектуальной деятельности: патенты на изобретения; свидетельства на полезные модели; патенты на промышленные образцы; средства индивидуализации товаров и услуг (свидетельства на товарные знаки; свидетельства на знаки обслуживания; свидетельства на наименования мест происхождения товаров); селекционные достижения (патенты на новые сорта растений; патенты на новые породы животных; патенты на новые штаммы микроорганизмов); права на защиту от недобросовестной конкуренции.

В повседневной практике применяется упрощенная форма обозначения объектов промышленной собственности. Например, вместо более строгих терминов «право на патент на изобретение», «право на свидетельство на товарный знак», применяют более простые выражения «изобретение», «товарный знак».

К нетрадиционным объектам интеллектуальной собственности относят топографии интегральных микросхем, сорта растений, информацию, представляющую коммерческую и/или служебную тайну, к которой относятся следующие ее виды: коммерческая информация; секреты производства (ноу-хау, т.е. знания и опыт технического и управленческого характера — административного, коммерческого и финансового, — находящиеся в состоянии «Используемые в режиме коммерческой тайны предприятия» и приносящие доход или иную пользу); результаты НИР и НИОКР, не охраняемые патентами (проектная, конструкторская, технологическая документация); сведения об организационно-управленческой деятельности: (системы организации производства; системы управления качеством, кадрами; производственный опыт и обучение персонала).

Объектами авторского права в области медицины являются:

- лекции, доклады, выступления (на заседаниях обществ различных медицинских направлений, ученых советах, конгрессах, симпозиумах, конференциях), концепции и программы и т. д.;

- научно-медицинские статьи, диссертации, монографии; технологическая и конструкторская документация на медицинские приборы, инструменты; рекламные проспекты; методические пособия и руководства для врачей, типовые формы опроса пациентов и др.;

- переводы научно-медицинских статей, монографий, аннотаций, рефератов и др.;

- аудиовизуальные демонстрационные версии оперативных вмешательств и компьютерные версии этапов моделирования оперативного вмешательства;

- иллюстрации, рисунки, чертежи, изображающие фрагменты оперативного вмешательства, детали специальных устройств или приборов;

- презентации, программы дистанционного обучения, сюжеты медицинских радио- и телепередач [3, 4].

Учитывая все нарастающий уровень автоматизации медицинских учреждений, увеличение количества используемых медицинских информационных систем и баз данных, мы считаем оправданным чуть более подробно рассмотреть такие объекты авторского права, как программные продукты и базы данных.

В настоящее время действует целый ряд законодательных актов, в рамках которых регулируются правоотношения, возникающие при создании программ для электронных вычислительных машин (ЭВМ), баз данных (БД) и топологии интегральных микросхем (топология ИМС) [5–7].

С точки зрения программистов и пользователей, программа для ЭВМ представляет собой детализацию алгоритма решения какой-либо задачи и выражена в форме строго определенной последовательности предписаний, обеспечивающих выполнение с помощью ЭВМ преобразования исходных данных в искомым результат.

Программа для ЭВМ как объект права имеет двойственный характер: по форме представления она — вещь (записана на конкретном материальном носителе) и может иметь значение товарной продукции, по сути же она — нематериальное благо в виде комплекса математико-тех-

нических знаний, правил, определенных операций, сосредоточенных в алгоритме, а затем воплощенных в программе.

В понятия объектов правовой охраны «программа для ЭВМ», «база данных» и «топология интегральных микросхем», которым предоставляется правовая защита в рамках действующих законодательных норм, входят следующие определения:

«Программа для ЭВМ» — объективная форма представления совокупности данных и команд, предназначенных для функционирования ЭВМ и других компьютерных устройств с целью получения определенного результата, подготовительные материалы, полученные в ходе ее разработки, и порождаемые ею аудиовизуальные изображения.

Программам для ЭВМ предоставляется правовая охрана как произведениям литературы, независимо от носителя, назначения, достоинства, выпущенным и не выпущенным в свет, если они являются результатом творческой деятельности автора (соавторов).

При этом предоставляемая охрана распространяется: на все виды программ для ЭВМ (в том числе на операционные системы и программные комплексы), которые могут быть выражены на любом языке и в любой форме, включая исходный текст и объективный код; на подготовительные материалы и другую документацию, относящуюся к программе (инструкции, руководства, описания и т. п.).

«База данных» (БД) — объективная форма представления и организации совокупности данных (например, статей, расчетов), систематизированных таким образом, чтобы эти данные могли быть найдены и обработаны с помощью ЭВМ. В отношении этого объекта правовой охраны следует подчеркнуть, что охрана предоставляется базе данных не как совокупности данных, то есть ее содержанию, а как форме представления и организации этой совокупности данных, то есть ее структуре (как сборникам). Для программы ЭВМ или БД правовая охрана не распространяется на идеи, принципы, алгоритмы, лежащие в основе программы или какого-либо их элемента; идеи и принципы организации интерфейса и его алгоритма; языки программирования.

«Топология интегральных микросхем» (Топология ИМС) — зафиксированное на материальном носителе пространственно-геометрическое расположение совокупности элементов инте-

гральной микросхемы и связей между ними. Материальным носителем выступает кристалл интегральной микросхемы, т.е. часть полупроводниковой пластины, в объеме и на поверхности которой сформированы элементы полупроводниковой микросхемы, межэлементные соединения и контактные площадки.

Таковыми объектами промышленной собственности, как изобретения, могут быть признаны медицинские инструменты и техника, средства медицинского назначения, лекарственные препараты, штаммы микроорганизмов, способы профилактики, диагностики, лечения заболеваний, исследование биологических сред, прогнозирование заболеваний, моделирование патобиологических процессов, выполнение оперативных вмешательств, способ изготовления лекарственных препаратов и т. д.

Вещества как объекты изобретений — это лекарственные средства, различные лечебные композиции (составы, смеси), продукты генной инженерии.

Патент на промышленный образец выдается художественно-конструкторскому решению изделия, которое определяет его внешний вид. Примеры промышленных образцов в области медицины — модели медицинской одежды (халаты, костюмы, колпаки, маски), постельные принадлежности, обувь, матрацы и т. п. Это может быть и диагностическое оборудование, вид материала для изготовления одноразовой медицинской одежды, форма лекарственного препарата (таблетка, капсула и т. п.), упаковка, этикетка, эмблема и т. д.

Как знаки для товаров и услуг признаны названия учреждений, фирм, журналов, лекарственных препаратов, эмблемы и прочее [3,4].

Очень часто, особенно в медицине, употребляются термин «научное открытие», которое не является объектом интеллектуальной собственности, поскольку ни действующее законодательство страны, ни один международный договор не устанавливают права собственности относительно его.

В Российской Федерации в отношении каждого из перечисленных объектов интеллектуальной собственности есть соответствующий пакет законодательных документов, который обеспечивает предоставление, использование и защиту прав на объект. В целом национальное законодательство по интеллектуальной собственности многоаспектно, насчитывает значительное количество документов, является достаточно слож-

ным и постоянно совершенствуется. К сожалению, в повседневной практике действующее законодательство используется недостаточно, в результате чего зачастую утрачиваются экономические преимущества как владельцев прав на объекты интеллектуальной собственности, так и государства в целом.

Результат умственной и творческой деятельности врача — товар, предмет купли-продажи, объект страхования. Его можно передать в залог, вложить в уставной капитал, то есть он является участником инновационного процесса в медицине.

Права на результаты интеллектуальной деятельности регулируют имущественные и связанные с ними неимущественные отношения, возникающие в связи с созданием и использованием таких объектов. Любые манипуляции с правами осуществляются только на основании существующих договоров (авторский договор, договор на передачу права собственности, лицензионный договор, договор автора/изобретателя с работодателем и т. д.), которые являются основным правовым инструментом регулирования отношений.

Медицинский работник, считающий, что он создал объект интеллектуальной собственности, в отношении которого он желает узаконить свои права, должен четко представлять себе необходимость и достаточность каких бы то ни было действий. Вопросы своевременной защиты и охраны объектов интеллектуальной собственности являются актуальными еще и потому, что в рыночных условиях они становятся таким товаром, который очень быстро устаревает, теряет конфиденциальность, ценность и, естественно, цену. Поэтому такой подход позволит избежать ошибок, которые, как правило, приводят к различным нарушениям и причинению себе либо другим лицам вреда, например, в виде материального или морального ущерба. Вышеприведенное касается медицинских работников медицинских организаций различных форм собственности, работников санаторно-курортных учреждений, сотрудников НИИ системы РАМН, преподавателей медицинских ВУЗов и курсов переподготовки.

В условиях рыночных отношений каждому организационно-правовому образованию необходимо решать, какая информация имеет потенциальную ценность и может принести прибыль. Такая информация в области медицины чаще всего касается лечебных технологий, проведе-

ния научных медицинских исследований, их результатов, ведения дел с партнерами и должна представлять какой-то временной период коммерческую тайну. В конце декабря 2004 г. Минздравсоцразвития России выпустил Приказ № 316 «Об охране объектов интеллектуальной собственности» (от 16.12.2004 г.). Приказ принят, в частности, в целях реализации норм международных соглашений в области охраны объектов интеллектуальной собственности и сохранения данных, получаемых в ходе доклинических и клинических исследований и предоставляемых при государственной регистрации лекарственных средств, от раскрытия и недобросовестного коммерческого использования третьими лицами. В соответствии с документом в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития должны быть определены должностные лица, ответственные за работу с информацией, имеющей действительную или потенциальную коммерческую ценность, к которой нет свободного доступа на законном основании и в отношении которой обладателем такой информации введен режим коммерческой тайны.

Кроме того, в Минздравсоцразвития в самое ближайшее время будет подготовлен и утвержден регламент работы с документацией, направленный на охрану конфиденциальности информации, составляющей коммерческую тайну, и предотвращение несанкционированного использования указанной информации без согласия правообладателя иными хозяйствующими субъектами в течение шести лет.

Внимание, которое последнее время уделяет государство охране интеллектуальной собственности, позволяет надеяться, что нормотворческая деятельность Минздравсоцразвития России охватит в ближайшее время проблемы, связанные не только с коммерческой тайной, но и с другими объектами интеллектуальной собственности.

Важно, что приказ предусматривает выполнение одного из условий установления режима коммерческой тайны — определения круга должностных лиц, ответственных за работу с конфиденциальной информацией, и согласуется с Федеральным законом «О коммерческой тайне», вступившим в силу 16.08.2004 г. Этот закон в ст. 10 определил перечень мер, которые должен предпринимать обладатель конфиденциальной информации, чтобы в отношении таких данных мог быть установлен режим коммерческой тайны.

Однако формулировка п. 1.2. приказа, предусматривающая установление срока в шесть лет для режима конфиденциальности информации, вызвала замечания у специалистов по вопросам интеллектуальной собственности, т.к. она не дает однозначного понимания, с какого момента такой срок исчисляется и чем он обоснован. Ссылки на шестилетний срок нет в ФЗ «О коммерческой тайне». Более того, ФЗ «О коммерческой тайне» предусматривает, что устанавливать, изменять и отменять режим коммерческой тайны может только

обладатель такой информации (п. 1 ч. 2 ст. 7 закона), а должностные лица не вправе разглашать или передавать другим лицам информацию, составляющую коммерческую тайну, без согласия обладателя информации за исключением случаев, предусмотренных законом (ч. 2 ст. 12 закона).

Поэтому правильнее полагать, что конфиденциальная информация подлежит охране в течение неограниченного срока с момента ее представления в государственные органы, если иное не указано обладателем информации.

### Литература

1. Дынкин А.А. Экономика знаний в России и мире. <http://fp6.csrs.ru/news/data/dynkin.doc>.
2. Азгальдов Г.Г., Карпова Н.Н. Некоторые вопросы оценки интеллектуальной собственности. — М.: МАОЖ, 2000. — 134 с.
3. Шевцов В.И., Коваленко Т.Н. Интеллектуальная собственность в медицине: правовые аспекты // Здравоохранение. — 2003. — № 1. — С. 153–157.
4. Жданова Н.Н. Интеллектуальная собственность в медицине // Здоровье Украины. — 2002. — № 1. — С. 6.
5. Закон РФ «Об авторском праве и смежных правах» № 5351–1 от 09.07.1993 г., в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 г. № 110-ФЗ, от 20.07.2004 г. № 72-ФЗ.
6. Закон РФ «О правовой охране программ для ЭВМ и баз данных» № 3523 от 23.09.1992 г., в ред. Федеральных законов от 24.12.2002 г. № 177-ФЗ, от 02.11.2004 г. № 127-ФЗ.
7. Закон РФ «О правовой охране топологий интегральных микросхем» № 3526–1 от 23.09.1992 г.

*Поступила в редакцию 02.06.2005 г.*

# ИНФОРМАЦИЯ

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Минздравсоцразвития России)

### ПРИКАЗ

29 мая 2005 г.

№ 362

Москва

#### О Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по скорой медицинской помощи

В соответствии с подпунктом 6.4. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898, 2005, № 2, ст. 162) и в целях совершенствования работы по оказанию скорой медицинской помощи населению **приказываю:**

1. Создать Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по скорой медицинской помощи (далее — Координационный совет) и утвердить его состав (приложение № 1).

2. Утвердить Положение о Координационном совете (приложение № 2).

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2002 года № 178 «О Консультативном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по скорой медицинской помощи».

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

Министр

М. Зурабов

Приложение № 1  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 29.05.2005 г. № 362

#### Состав Координационного совета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по скорой медицинской помощи

- |   |  |
|---|--|
| 1. Стародубов В.И.<br>(председатель)          | Заместитель Министра здравоохранения<br>и социального развития Российской Федерации                                  |
| 2. Хальфин Р.А.<br>(заместитель председателя) | Директор Департамента развития медицинской<br>помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России                    |
| Члены совета:                                 |  |
| 1. Багненко С.Ф.                              | Директор Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи<br>им. проф. И.И.Джанелидзе, г. Санкт-Петербург<br>(по согласованию) |
| 2. Бойков А.А.                                | Главный врач Городской станции скорой медицинской<br>помощи г. Санкт-Петербург (по согласованию)                     |

3. Володин Н.Н. Директор Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Минздравсоцразвития России
4. Верткин А.Л. Заведующий кафедрой клинической фармакологии и внутренних болезней Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава
5. Гончаров С.Ф. Директор ВЦМК «Защита» Минздравсоцразвития России
6. Евдокимов Е.А. Заведующий кафедрой неотложной медицины с курсом экстренной помощи Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава
7. Ермолов А.С. Директор Московского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва (по согласованию)
8. Зиганшин М.М. Главный врач Городской станции скорой помощи г. Уфа (по согласованию)
9. Какорина Е.П. Заместитель Директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
10. Махакова Г.Ч. Заместитель Директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
11. Мирошниченко А.Г. Заведующий кафедрой неотложной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росминздрава
12. Михайлова Л.А. Заместитель начальника отдела нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
13. Осипов А.Н. Главный врач Городской станции скорой медицинской помощи г. Челябинск (по согласованию)
14. Остроумова Л.А. Главный врач Городской станции скорой помощи г. Тюмень (по согласованию)
15. Павлова О.В. Начальник отдела Министерства здравоохранения Московской области (по согласованию)
16. Полушин Ю.С. Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российской Военно-медицинской академии Минобороны России (по согласованию)
17. Радущкевич В.Л. Заведующий кафедрой скорой и неотложной медицинской помощи Воронежской медицинской академии им. Н.Н.Бурденко Росминздрава
18. Салеев В.Б. Главный врач Городской станции скорой медицинской помощи г. Йошкар-Ола (по согласованию)
19. Сидоров А.А. Начальник отдела нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
20. Слепушенко И.О. (секретарь) Консультант отдела нормативно-правового регулирования первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России
21. Ушаков Л.В. Заместитель главного врача по работе со средним медицинским персоналом Городской станции скорой медицинской помощи г. Санкт-Петербург (по согласованию)

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 22. Хабриев Р.У.  | Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития               |
| 23. Шарапова О.В. | Директор Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России |
| 24. Элькис И.С.   | Главный врач Городской станции скорой медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москва (по согласованию)   |

**Приложение № 2**  
к приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 29.05.2005 г. № 362

**Положение о Координационном совете Министерства здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации по скорой медицинской помощи**

**I. Общие положения**

1. Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по скорой медицинской помощи (далее — Координационный совет) создается для анализа перспективных направлений развития, повышения качества и доступности скорой медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, совершенствования организационного и научно-методического обеспечения скорой медицинской помощи в России.

2. В состав Координационного совета входят представители структурных подразделений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее — Министерства), Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, научно-исследовательских, образовательных и медицинских организаций.

3. Координационный совет в своей деятельности руководствуется федеральными законами, нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации, Министерства и настоящим Положением.

**II. Задачи Координационного совета**

Основными задачами Координационного совета являются: анализ и мониторинг организации скорой и неотложной помощи в субъектах Российской Федерации и Российской Федерации в целом;

- обобщение и оценка отечественного и зарубежного опыта организации экстренной медицинской помощи;
- определение направлений развития экстренной медицинской помощи в Российской Федерации;
- подготовка предложений по совершенствованию экстренной медицинской помощи, разработке нормативно-правового, кадрового и научно-методического обеспечения, совершенствованию образования в области скорой и неотложной помощи;
- рассмотрение предложений медицинских организаций, научно-исследовательских учреждений здравоохранения по внедрению современных методов диагностики и лечения неотложных состояний и разработке стандартов скорой и неотложной медицинской помощи;
- проведение анализа стандартов оказания скорой медицинской помощи и программ развития экстренной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

**III. Функции Координационного совета**

Координационный совет осуществляет следующие функции:

3.1. Готовит проекты предложений к нормативно-правовым актам Министерства по вопросам оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

3.2. Проводит анализ статистической информации об организации скорой помощи в субъектах Российской Федерации и готовит предложения по совершенствованию статистической отчетности по скорой помощи.

3.3. Оказывает методическую помощь руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований, учреждений скорой медицинской помощи по вопросам организации и совершенствования скорой медицинской помощи.

3.4. Участвует в организации научно-практических конференций, совещаний и семинаров, посвященных вопросам скорой медицинской помощи.

#### IV. Права Координационного совета

Координационный совет имеет право:

4.1. Вносить проекты предложений к нормативно-правовым актам Министерства по вопросам оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

4.2. Проводить заседания и совещания с приглашением руководителей органов управления здравоохранением, учреждений скорой медицинской помощи субъектов Российской Федерации, научно-исследовательских, образовательных учреждений и заслушивать их по вопросам, входящим в компетенцию Координационного совета.

4.3. При необходимости Координационный совет может привлекать для работы в качестве экспертов высококвалифицированных специалистов и создавать экспертные группы в целях обеспечения деятельности Координационного совета, в том числе для подготовки проектов приказов Министерства по вопросам, входящим в компетенцию Координационного совета.

4.4. Осуществлять контроль выполнения решений Координационного совета.

#### V. Структура и организация деятельности Координационного совета

5.1. Координационный совет и его состав утверждается приказом Министерства.

5.2. Общее руководство работой Координационного совета осуществляет его председатель.

5.3. Координационный совет определяет основные направления своей деятельности, разрабатывает план работы.

5.4. Заседания Координационного совета проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в квартал.

5.5. Заседание Координационного совета считается правомочным, если на нем присутствуют не менее половины его членов.

5.6. Заседание Координационного совета ведет председатель или его заместитель.

5.7. Решения Координационного совета принимаются большинством голосов, присутствующих на заседании его членов и оформляются протоколом, который ведет секретарь Координационного совета и подписывает председатель Координационного совета. Особое мнение членов Координационного совета, голосовавших против принятого решения, излагается в письменном виде и прилагается к решению Координационного совета. Документы формируются в дела и хранятся у секретаря.

5.8. Каждый член Координационного совета извещается о планируемом заседании не позднее, чем за пять дней до совещания.

5.9. Решения и рекомендации Координационного совета после их утверждения являются обязательными для всех членов Координационного совета.



## РЕЗОЛЮЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2005»

Участники конференции обсудили ход выполнения целевой программы «Скорая медицинская помощь», первые результаты применения Приказа МЗ и СР РФ «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи», итоги выполнения научных работ по скорой медицинской помощи, подготовку стандартов по оказанию скорой медицинской помощи детям на догоспитальном этапе и взрослым в приемных отделениях стационаров.

Отмечено, что за истекший год только часть задач, намеченных в целевой программе, была выполнена.

Участники конференции вновь отметили, что при имеющемся высоком научном потенциале количество научных исследований по скорой медицинской помощи не имеет тенденции к увеличению в связи с недостаточным финансированием и отсутствием соответствующей научной специальности.

Участники конференции обратили внимание на необходимость создания в стране единых стандартов по оказанию скорой медицинской помощи как взрослым, так и детям и необходимость их взаимосвязи со стандартами оказания скорой медицинской помощи в приемных отделениях стационаров.

Участники конференции оценивают состояние отечественного здравоохранения как предкризисное. Поэтому отсутствие структурных изменений в здравоохранении является наихудшим сценарием развития событий. Участники конференции считают, что подготовленные проекты Федеральных законов, направленные на модернизацию здравоохранения, содержат решение основных проблем отрасли. Вместе с тем, в случае их принятия в неизменном виде, следует ожидать возникновения новых острых проблем. В условиях недофинансирования, сохранив норму, регламентирующую формирование стандартов только по наиболее распространенным заболеваниям, медицинские организации подталкиваются к замещению государственных расходов на лечение пациентов с тяжелыми заболеваниями средствами самих граждан. В но-

вых правовых условиях медицинские организации не смогут оказать даже минимально необходимой медицинской помощи тяжелым больным.

Участники конференции одобрили создание при МЗ и СР РФ Координационного совета по скорой медицинской помощи и завершение юридической регистрации общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи».

Участники конференции положительно оценили результаты работы российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь» и организацию подписки на журнал через «Роспечать».

В связи с изложенным участники Всероссийской конференции «Скорая помощь-2005» считают необходимым довести до сведения Правительства Российской Федерации, МЗ и СР РФ и Координационного совета по скорой медицинской помощи при МЗ и СР РФ:

1. Необходимость решения вопросов унификации оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах.

2. Необходимость существенного усиления научно-технического сопровождения службы скорой медицинской помощи, целесообразность создания научной специальности «скорая медицинская помощь».

3. Целесообразность возложить подготовку стандартов и внедрение современных методов оказания экстренной медицинской помощи в клиническую практику на Общероссийскую общественную организацию «Российское общество скорой медицинской помощи».

4. Необходимость внесения поправок в проект Федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи», предусматривающих, что клинические протоколы и клинико-экономические стандарты должны формироваться не только на распространенные заболевания, но и на заболевания, являющиеся основными причинами смерти и инвалидности.

5. Необходимость финансового обеспечения выполнения требований стандартов и протоколов.

## О ЗАСЕДАНИИ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1 июня 2005 г. состоялось заседание Правления Российского общества скорой медицинской помощи.

На заседании Правления была представлена подробная информация об успешном завершении регистрации Общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» в Федеральной Регистрационной Службе и в Министерстве Российской Федерации по налогам и сборам.

Принято решение одобрить Резолюцию Всероссийской конференции «Скорая помощь-2005».

Принято решение о вхождении Российского общества скорой медицинской помощи в Российскую медицинскую ассоциацию.

В состав Общества была принята новая региональная (г. Вологда и Вологодская область) организация.

Определены размеры вступительных и ежегодных взносов для членов Общества.

Обсуждены текущие рабочие вопросы.

*Ученый секретарь Общества  
проф. В.В.Руксин*

### **ВНИМАНИЕ!**

Адрес сайта Общероссийской общественной организации  
«Российское общество скорой медицинской помощи»:  
**[www.emergencyrus.ru](http://www.emergencyrus.ru)**

## ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2004 г.

А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская  
*НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

Научная работа по проблемам неотложной хирургии продолжает интенсивно развиваться в России не только в количественном, но и в качественном отношении.

В отчетном 2004 г. нам удалось получить сведения о 126 завершённых научных работах, в том числе о 13 докторских и 107 кандидатских диссертациях.

В научно-исследовательской работе принимали участие 54 научных учреждения, среди них кафедры 43 вузов и учреждений последипломной подготовки врачей.

Издано 6 монографий, 8 методических рекомендаций и 5 пособий для врачей.

В центральной печати опубликованы 37 статей.

По проблеме перитонита завершены 25 работ.

Показано, что одним из ведущих звеньев патогенеза эндотоксикоза при остром распространённом гнойном перитоните в токсической и терминальной фазах является компрессионно-ишемический синдром кишечника, развивающийся вследствие сдавления и вторичной ишемии кишечной стенки при повышении внутрикишечного давления выше 35 мм рт. ст., следствием чего является прогрессирующая острая энтеральная недостаточность вплоть до некроза кишечной стенки. Это приводит к развитию тяжёлых гнойно-септических состояний (сепсис, инфекционно-токсический шок) вследствие транслокации кишечной микрофлоры в брюшную полость, забрюшинное пространство, в лимфу, венозный кровоток, а в итоге — к полиорганной недостаточности с повышением летальности, увеличением количества гнойно-деструктивных осложнений и срока лечения больных острым распространённым перитонитом.

Экспериментально доказана необходимость пролонгированной декомпрессии брюшной полости (пролонгированная декомпрессивная лапаростомия), которая устраняет патологически повышенное внутрибрюшное давление, снижает внутрикишечное давление до физиологической нормы, что препятствует развитию и прогрессированию вторичных нарушений микроциркуляции и ишемии кишечника и способствует восстановлению его функций, продлевая жизнь экспериментальных животных в 1,7 раза.

Разработана и применена в клинике новая технология региональной забрюшинной интерстициальной лимфотропной терапии при тяжёлых формах острого распространённого гнойного перитонита. Высокая эффективность этого метода позволяет считать его основным в патогенетической терапии в стадии полиорганной недостаточности, выраженных нарушений микроциркуляции и ишемии кишечника.

Применение комплексной программы детоксикации в токсической и терминальной фазах перитонита в раннем послеоперационном периоде позволило снизить летальность в токсической

фазе перитонита с 4,0 до 2,5%, в терминальной — с 16,4% до 4,5% и сократить сроки лечения (Сибирский медицинский университет, Томский военно-медицинский институт).

Показано, что оценка вторичного распространенного гнойного перитонита на основе критериев сепсиса Американского общества пульмонологов и Общества специалистов критической медицины позволяет оперативно и адекватно стратифицировать пациентов по тяжести состояния. На основе критериев сепсиса предложен алгоритм дифференцированного подхода к интенсивной терапии распространенного гнойного перитонита, позволяющий достичь госпитальной летальности, соответствующей современным результатам лечения абдоминального сепсиса (19,1%). В группе больных с неосложненным сепсисом летальность составила 3,5%, при тяжелом сепсисе — 9,5%, при септическом шоке — 62,2% (Северный медицинский университет).

Установлено, что тяжесть течения и частота развития неблагоприятных исходов при перитоните имеют прямую связь с выраженностью системной воспалительной реакции и сепсиса. Сопоставление показателей интегральной оценки тяжести состояния больных по шкале SAPS с критериями синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса позволяют в большинстве случаев определить индивидуальный прогноз. Мониторинг в послеоперационном периоде распространенного гнойного перитонита содержания молекул средней массы в сопоставлении со шкалами интегральной оценки тяжести состояния, показателями системной воспалительной реакции и сепсиса позволяет осуществлять динамический контроль выраженности синдрома эндогенной интоксикации, определять прогноз течения заболевания. Разработан метод фракционирования средномолекулярных соединений крови и создан диагностический алгоритм, позволяющий осуществлять раннее прогнозирование развития гнойно-септических осложнений и проводить целенаправленное упреждающее лечение (РГМУ).

Показано, что наиболее точными лабораторными критериями, определяющими неблагоприятное течение перитонита, являются увеличение содержания средномолекулярных пептидов и повышение лейкоцитарного индекса интоксикации к 3–4-м суткам послеоперационного периода (Воронежская медицинская академия).

Обращено внимание на расстройства системы регуляции агрегатного состояния крови, тя-

жесть которых напрямую зависит от распространенности воспалительного процесса. Они характеризуются структурной и хронометрической гиперкоагуляцией, а в ряде случаев коагулопатией потребления. Проведение управляемой гипокоагуляции оперативно восстанавливает функциональное состояние органов естественной детоксикации, способствуя раннему включению их в процесс детоксикации (Сибирский медицинский университет).

Разработан комплекс ускоренных методов бактериологического исследования перитонеального экссудата, позволяющий в кратчайшие сроки выявить особенности микрофлоры брюшной полости и повысить эффективность воздействия на нее (РГМУ).

Продолжены работы по изучению эффективности применения глутамина и пектина в комплексном лечении синдрома кишечной недостаточности при распространенном перитоните. Введение глутамина и пектина в состав энтеральной терапии способствует восстановлению барьерной функции тонкой кишки и позволяет снизить интенсивность бактериальной транслокации через слизистую оболочку кишки (ГИУВ МО РФ).

Разработана программа зондовой коррекции синдрома кишечной недостаточности у больных распространенным перитонитом, включающая аспирацию содержимого тонкой кишки, введение водного раствора энтеродеза и питательной смеси «Нутризон» (Казанская медицинская академия).

Продолжает широко обсуждаться вопрос об объективизации показаний, оценки эффективности и продолжительности послеоперационной санации брюшной полости при распространенном перитоните.

Обоснованы показания к программированным санациям брюшной полости. Выявлено изменение соотношения полиморфно-ядерный лейкоцит — макрофаг — лимфоцит в воспалительном инфильтрате от 20 : 2 : 1 в остром периоде до 4 : 2 : 1 в стадии выздоровления. При превалировании полиморфно-ядерных лейкоцитов над макрофагами и лимфоцитами в ткани большого сальника. полученной интраоперационно и индексе токсичности крови 30–40%, показан режим ежедневных санаций. Выравнивание соотношения лейкоцитов, макрофагов и лимфоцитов и повышение семенного индекса токсичности до 40–60% служит основанием для прекращения санационных релапаротомий. Это позволило снизить летальность при распространенном гнойном перитоните с 35,5% до 20,4% и умень-

шить количество послеоперационных осложнений (МГМСУ).

Разработан метод комбинированной послеоперационной санации брюшной полости и устройство для его осуществления, основанное на санации брюшной полости микродисперсными потоками антисептического раствора и барботажем газом медицинского назначения с последующим внутрибрюшным введением антигипоксанта раствора «Мафусол». Применение этого метода в комплексном лечении распространенного перитонита привело к снижению летальности с 25% до 17,8% (Воронежская медицинская академия).

Разработан способ программных лапароскопических санаций брюшной полости как альтернативы открытым лаважам. Для оценки тяжести патологического процесса в брюшной полости и эффективности лечения создана пятибалльная шкала, в которой в качестве объективного показателя, определяющего степень воспалительных изменений, используется уровень микробной контаминации и визуальные критерии (МОНИКИ).

Продолжены исследования по применению непрямого электрохимического окисления крови с помощью гипохлорита натрия. Обращено внимание на целесообразность использования этого метода в ранние сроки после операции, когда еще не наступило естественное истощение резервов антиоксидантной защиты (ВМА).

Экспериментальными исследованиями показано, что комплексное использование 0,04% раствора натрия гипохлорита и внутривенное лазерное облучение крови при лечении 24-часового желчного перитонита приводит к снижению лейкоцитоза и лейкоцитарного индекса интоксикации, восстановлению пула веществ низкой и средней молекулярной массы плазмы крови и эритроцитов, нормализации белкового метаболизма. Сочетанное применение натрия гипохлорита и альфа-токоферола в комплексном лечении экспериментального желчного перитонита способствует более раннему снижению воспалительной реакции, нормализации сорбционной способности эритроцитов, прерыванию процессов свободнорадикального окисления. Применение этого метода снизило летальность при экспериментальном желчном перитоните с 80% до 37% (Кубанская медицинская академия).

Продолжены исследования по применению озонотерапии в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита. Показано, что озонотерапия ускоряет нормализацию показателей перекисного окисления липидов, антиоксидант-

ной системы и синдрома эндогенной интоксикации, что позволило снизить летальность с 28,6% до 17,3% (Кабардино-Балкарский университет).

Предложена комбинированная озонотерапия, предполагающая интраоперационную санацию брюшной полости озонированным изотоническим раствором натрия хлорида раствором с концентрацией озона 6 мг/л, внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 4–6 мг/л и введение в кишечник иммобилизованного озонированного изотонического раствора натрия хлорида через двухпросветный зонд (Красноярская медицинская академия).

Обосновано применение гипербарической оксигенации, корригирующей основные функции внешнего дыхания (Смоленская медицинская академия), использование криоплазменно-антиферментного комплекса, направленного на ослабление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (Алтайский медицинский университет), ионизированных инфузионных сред, ингибирующих процессы ПОЛ (Мордовский университет).

В работе из Ярославской медицинской академии показано, что основной причиной развития послеоперационного перитонита является несостоятельность анастомозов желудочно-кишечного тракта (в 82,5%), а также интраоперационное инфицирование, прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости. Установлено, что эндогенная интоксикация у больных с послеоперационным перитонитом связана с накоплением в плазме крови токсичных соединений промежуточного метаболизма, таких как диэтиламин, ацетальдегид, ацетон, масляный и изовалериановый альдегиды, метилизоцианид, триметиламин, этанол, этаннитрил. Их концентрация превышает показатели физиологической нормы в 16–75 раз. Доказана эффективность внутриаортального введения антибиотиков в раннем послеоперационном периоде в течение 5–9 дней, что приводит к снижению летальности при полиорганной недостаточности почти в 1,5 раза.

Экспериментально-клиническими исследованиями, проведенными в Дагестанской медицинской академии, показано, что причиной развития несостоятельности кишечного шва при перитоните и непроходимости кишечника является нарушение микроциркуляции и развитие гипоксии тканей кишечной стенки в зоне анастомоза. Установлено, что энтеральная терапия антигипоксантами в сочетании с декомпрессией кишеч-

ника в режиме программированной аспирации улучшает микроциркуляцию, повышает парциальное давление кислорода, улучшает его утилизацию кишечной стенкой и обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода. Разработаны способы эндопротезирования кишечных анастомозов и краевой оментопластики, создающие оптимальные условия для заживления кишечного шва. Внедрение разработанных способов повышения надежности кишечного шва в условиях перитонита и непроходимости кишечника позволило уменьшить частоту случаев несостоятельности кишечного шва в 3,8 раза, а летальности — в 3,3 раза.

Проблеме острого панкреатита в отчетном году посвящено наибольшее количество завершённых работ.

Показано, что на прогноз и выбор метода лечения при этом заболевании влияют распространенность и морфологические особенности патологических изменений забрюшинной клетчатки. Формы заболевания с распространенным парапанкреатитом характеризуются развитием тяжелой эндогенной интоксикации, большой вероятностью септических осложнений и высокой летальностью. Для неинвазивной диагностики распространенности зон некроза и перифокального воспаления в режиме мониторинга целесообразно использовать простой и эффективный метод трансрезонансной функциональной топографии, базирующийся на явлении резонансно-волнового состояния живых тканей, обнаруженном учеными Саратовского отделения Института радиотехники и электроники РАН. Этим методом регистрируются резонансно-волновые процессы, отражающие физиологическую активность тканей в обследуемых анатомических областях. Метод позволяет регистрировать функциональные отклонения до развития структурных изменений в тканях и определять границы зон воспаления и деструкции тканей (Саратовский военно-медицинский институт).

Этим же целям ранней диагностики тяжелых форм острого панкреатита служит и метод протонной магнитно-резонансной спектроскопии сыворотки крови, позволяющий определить интегральный показатель тяжести эндотоксикоза в организме человека (РНЦХ).

В РГМУ обоснован метод определения количественных критериев оценки риска тяжелого течения и летального исхода заболевания, базирующийся на измерении общей концентрации альбумина, эффективной концентрации альбу-

мина и их соотношения (индекса токсичности). Разработанный диагностический алгоритм позволяет определить риск тяжелого течения заболевания и летального исхода на стадии панкреатогенного шока. В дальнейшем, на стадии гнойных осложнений, алгоритм дает возможность оценить показания к упреждающей терапии.

Показана возможность значительной редукции тяжести острого панкреатита («обрыва») при условии своевременной госпитализации, раннего дренирования брюшной полости, внутриартериальной инфузионной терапии, использовании эффективных методов детоксикации, отказе от ранней хирургической тактики в первую-вторую неделю развития заболевания. Установлена эффективность иммунопрофилактики гнойно-септических осложнений ронколейкином и (или) олифеном в реактивной фазе развития острого панкреатита. Разработаны пункционно-аспирационные методы диагностики инфекционных осложнений на третьей неделе развития острого панкреатита (НИИ СП им. проф. И.И.Джанелидзе).

Рекомендовано включать в комплексное лечение осложнений инфицированного панкреонекроза препарат миелопид, способствующий быстрой нормализации показателей иммунного статуса больных, а также клеточного состава цитогаммы из полости деструкции (Курский медицинский университет)

Исследована конституциональная предрасположенность и особенности течения острого панкреатита. Выявлено, что женщины мегалосомной конституции, мужчины грудного соматотипа и лица обоего пола с формой живота, расширяющейся вниз, наиболее предрасположены к возникновению острого панкреатита и к развитию его деструктивных форм (Красноярская медицинская академия).

Экспериментальными исследованиями, проведенными в Курском медицинском университете, показано, что острый панкреатит сопровождается развитием «окислительного стресса», что в дальнейшем приводит к развитию полиорганной недостаточности. Существенную роль в развитии острого панкреатита играют цистеиниловые лейкотриены, определяющие изменения макро- и микроциркуляторного русла поджелудочной железы. Применение при остром панкреатите блокатора клеточных рецепторов цистеиниловых лейкотриенов зафирлукаста позволяет снизить летальность при остром деструктивном панкреатите в эксперименте в 2,5 раза (Курский медицинский университет).

Установлено, что у больных с панкреонекрозом в ранние сроки заболевания развиваются тяжелые нарушения энергетического гомеостаза, характеризующиеся снижением аэробного окисления и активацией анаэробного гликолиза. Декомпенсация клеточного энергетического метаболизма сопровождается увеличением активности процессов перекисного окисления липидов, депрессией системы антиоксидантной защиты, гипоперфузией тканей и органов. Комбинированная антигипоксанта́ная терапия, основанная на сочетанном применении реамберина и сулодексиды, улучшает микроциркуляцию, стабилизирует параметры энергетического метаболизма, способствует восстановлению редокс-гомеостаза, что позволяет уменьшить количество ранних системных осложнений (печеночной недостаточности — на 16,3%, полиорганной недостаточности — на 21,8%, дыхательной недостаточности — на 13,2%) и снизить летальность у больных с деструктивным панкреатитом на 12,2% (Красноярская медицинская академия).

Разработан метод исследования системной и органной микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии с определением микроциркуляции, позволяющий оценивать течение острого панкреатита. Выявлено, что использование электромагнитного излучения миллиметрового и светового диапазонов оказывает влияние на проявления заболевания у больных с острым панкреатитом в стадии токсемии, снижая проявления системной воспалительной реакции, улучшая состояние свертывающей системы крови и системной микроциркуляции и оказывая протективное действие на иммунную систему. Миллиметрововолновая терапия при стерильном панкреонекрозе приводит к снижению летальности с 13,9% до 5,6%, при инфицированном панкреонекрозе уменьшается количество операций, летальность снижается в 2 раза (МГМСУ).

Доказаны эффективность применения споробактерина в комплексном лечении острого панкреатита (Оренбургская медицинская академия), метода инкубации клеточной массы крови с антибиотиками в комплексе с экстракорпоральной гемокоррекцией (Жемеровская медицинская академия), комплексного применения длительных регионарных блокад органических нервов брюшного сплетения и внутриартериальной интенсивной лекарственной терапии (Алтайский медицинский университет), местного применения окситоцина и антибиотика в лечении острого деструктивного панкреатита (Оренбург-

ская медицинская академия), гемофильтрации с мембранной оксигенацией и энтеросорбцией (Ивановская медицинская академия).

Показано, что течение панкреонекроза сопровождается развитием «перфузионного блока», обусловленного патологическими изменениями сосудистого русла поджелудочной железы от сдавления извне и тромбоза крупных артерий до спазма и микротромбообразования на уровне внутриорганных и внеорганных артерий, что способствует прогрессированию некротического процесса и препятствует доступу лекарственных средств к очагу поражения. В целях восстановления перфузии поджелудочной железы при проведении длительной регионарной внутриартериальной лекарственной терапии целесообразно введение антикоагулянтов и дезагрегантов для раскрытия сосудистого русла. Ликвидация «перфузионного блока» позволяет уменьшить число гнойных осложнений и инфицированных форм и снизить летальность с 35,7% до 9,8% (Алтайский медицинский университет).

Показано, что применение сандостатина в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита в самом начале лечения и ронколейкина с 4–6-х суток заболевания приводит к снижению количества гнойных осложнений и летальности до 2,2% (РУДН).

Сочетанное использование внутривенного введения гипохлорита натрия и сандостатина с орошением брюшной полости гипохлоритом натрия при многократных плановых санациях при осложненных формах острого деструктивного панкреатита ускоряет процесс очищения брюшной полости от фибрина и гнойных затеков, предотвращает развитие септических осложнений и язвенных кровотечений и приводит к снижению летальности в два раза (Ижевская медицинская академия).

Специалистами из ВМА установлено, что раннее энтеральное питание не вызывает рецидива ферментативной агрессии и не ухудшает прогноз острого деструктивного панкреатита. Раннее энтеральное питание предотвращает атрофию слизистой оболочки ЖКТ, способствует сохранению ее барьерной функции и препятствует бактериальной транслокации, снижая риск развития осложнений и летальность с 26,4% до 11,3%. Оптимальным доступом для энтерального питания является назоюнональный зонд, введенный дистальнее дуоденоюнонального изгиба эндоскопически или интраоперационно.

Широко обсуждается в научной литературе вопрос о хирургическом лечении острого пан-

креатита. Подавляющее большинство авторов считает, что ранние операции оправданы только при тяжелом прогрессирующем панкреонекрозе с развитием распространенного геморрагического парапанкреатита, что составляет не более 6% всех наблюдений. Выявлено, что хирургическая агрессия по поводу панкреонекроза приводит к ухудшению всех показателей интоксикации у 62% больных. Для выбора рационального объема вмешательства оправдано выделение стадий устойчивой, неустойчивой компенсации и декомпенсации эндогенной интоксикации. Безопасное дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки из широкого лапаротомного и поясничного доступов возможно на стадии устойчивой компенсации эндогенной интоксикации. В других случаях целесообразно этапное лечение с применением малоинвазивных технологий и активной детоксикационной терапии (Саратовский военно-медицинский институт).

При стерильных формах панкреонекроза должна проводиться интенсивная консервативная терапия с включением в нее антибиотиков группы карбопенемов, фторхинолонов, цефалоспоринов третьего поколения. Показанием к операции признаются инфицированные формы панкреонекроза, неэффективность проводимой терапии при стерильном панкреонекрозе и нарастании тяжести состояния больных (Якутский университет).

Обращено внимание на целесообразность проведения диагностической лапароскопии, позволяющей получить необходимую информацию и избежать необоснованной открытой операции при неэффективности лекарственной терапии в течение 24–48 часов от момента поступления больного (Ростовский медицинский университет).

При инфицированном распространенном панкреонекрозе и его осложнениях рекомендованы «открытые» методы дренирующих операций с использованием бисубкостального доступа с последующими этапными ревизиями и санациями поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в программируемом режиме с использованием методики «открытого» живота. Наиболее эффективным методом дренирования при тотально-субтотальном инфицированном панкреонекрозе является создание широкой оментобурсостомы (ретроперитонеостомы), позволяющая снизить летальность более чем в 2 раза (РГМУ, ММА).

Сочетанное применение абдоминализации и открытой программированной бурсооментоскопии привело к снижению количества кровотечений

и других осложнений посттравматического панкреонекроза (Уральская медицинская академия).

Показано, что оптимальным доступом для выполнения ранних оперативных вмешательств является лапароскопия с лифтинговым вспоможением. Она позволяет выполнить адекватное хирургическое пособие, снизить количество осложнений и летальность у больных с высоким операционным риском (Красноярская медицинская академия).

В Кемеровской медицинской академии предложено использование трансторакального доступа при повторных операциях у больных с инфицированным панкреонекрозом с распространением гнойно-некротического процесса в левом верхнем квадранте живота. Доступ через интактные ткани, в обход зоны гнойного воспаления и выраженного спаечного процесса существенно снижает риск интраоперационного повреждения сосудов селезенки, брыжейки ободочной кишки и полых органов при ревизии инфильтратов и предупреждает развитие послеоперационных осложнений, характерных для лапаротомных доступов.

Обосновано широкое применение эндоскопических и других мини-инвазивных методов лечения больных с панкреонекрозом (РГМУ, ММА, Нижегородская медицинская академия, Саратовский военно-медицинский институт, Кабардино-Балкарский университет).

По проблеме хирургического лечения острого холецистита закончены три работы. Особое внимание в них уделено наиболее тяжелой категории больных — людям пожилого и старческого возраста, лечение которых представляет собой наиболее трудную задачу.

Подчеркнуто, что результаты лечения пожилых и старых людей зависят от наличия у них тяжелых сопутствующих заболеваний, вызывающих на фоне деструктивных форм острого калькулезного холецистита синдром взаимного отягощения, что необходимо учитывать в предоперационной подготовке, проведении анестезии и в послеоперационном периоде. Подтверждено, что по сравнению с традиционной операцией лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита значительно легче переносится больными пожилого и старческого возраста, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, сроки стационарного лечения, послеоперационную летальность и приносит существенный экономический эффект (Саратовский медицинский университет).



Оптимальным для больных с высоким риском операции признано этапное лечение острого осложненного холецистита. Оно обеспечивает хороший результат в 91,5% наблюдений. На первом этапе используется чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия, обеспечивающая санацию желчного пузыря и позволяющая сократить период подготовки больных к радикальной операции. Использование при видеолaparоскопической холецистэктомии на втором этапе ультразвукового дезинтегратора-аспиратора и аргоноплазменной коагуляции расширяет возможности ее выполнения, обеспечивая снижение риска кровотечения (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Разработан метод внутритканевого электрофореза антибиотика с магнитотерапией, позволяющий в два раза повысить эффективность местного медикаментозного воздействия и сократить сроки лечения околопузырных инфильтратов на первом этапе лечения с помощью специального внутрисполостного электрода после наложения декомпрессионной холецистостомы. Использование лапароскопической холецистэктомии в первые 48 часов и этапного лечения при перипузырном инфильтрате приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов (Казанская медицинская академия).

Проблеме острого аппендицита посвящены три законченные работы.

Обращено внимание на необходимость проведения видеолaparоскопии больным, поступившим с сомнительным диагнозом. Она уточняет причину заболевания и позволяет избежать ненужной операции. Разработаны способы видеолaparоскопически ассистированной аппендэктомии, позволяющие произвести эту операцию в 95,9% случаев. Она малотравматична, позволяет в 4 раза снизить количество послеоперационных осложнений, сокращает период нетрудоспособности (Воронежская медицинская академия).

Показано, что колориметрия при помощи видеоэндоскопического комплекса с соответствующей программой метрологии цвета и интраоперационное исследование микроциркуляции в червеобразном отростке методом лазерной доплеровской флоуметрии могут использоваться для дифференциальной диагностики в трудных случаях (Башкирский медицинский университет).

Предложен метод применения фонофореза активированного диоксида для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений

после аппендэктомии, позволяющей в 6,7 раза снизить количество послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений (СПБМАПО).

Проблеме диагностики и лечения острой кишечной непроходимости посвящены 14 завершённых научных работ.

В экспериментах установлено, что вне зависимости от места обструкции тонкой кишки адаптивно-компенсаторные механизмы обеспечивают сохранность пристеночного пищеварения, всасывания воды, электролитов и мономерных соединений, что является основанием для внутрикишечного применения солевых и мономерно-солевых энтеральных растворов при острой тонкокишечной непроходимости.

Разработан комплексный алгоритм для принятия решений по диагностике и тактике лечения тонкокишечной непроходимости, включающий оценку значимых клинических проявлений, результатов рентгенологического и ультразвукового методов исследования, позволяющий повысить скорость и точность диагностики, дифференцировать различные виды тонкокишечной непроходимости и оптимизировать тактику лечения. У больных с подозрением на спаечную кишечную непроходимость для уточнения диагноза рекомендовано использовать радионуклидный метод исследования эвакуаторной функции желудка и пассажа по кишечнику.

Подчеркнуто, что на всех этапах лечения острой тонкокишечной непроходимости назоэнтеральная интубация по сравнению с назогастральной позволяет более эффективно проводить декомпрессию ЖКТ, снижать концентрацию микробной флоры, устранять токсическое действие застойного содержимого желудка и кишечника, проводить инфузию растворов. Закрытая декомпрессия и кишечный лаваж являются эффективным способом очищения кишечника, снижают концентрацию микробной флоры в кишечном содержимом, уменьшают микробную транслокацию и интоксикацию, создают благоприятные условия для выполнения оперативного вмешательства. Эффективность метода энтеральной интубации доказана снижением послеоперационной летальности до 6,3%, в то время как при использовании назогастральной интубации летальность составила 12,1% (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Доказано, что назогастроинтестинальная интубация проксимальных отделов тонкой кишки в сочетании с кишечным сорбционным диализом способствует оптимизации лечения

больных пожилого и старческого возраста с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью и приводит к снижению летальности с 10% до 3% (СПбМАПО).

Обращено внимание на тот факт, что больные после операции по поводу острой тонкокишечной непроходимости, дополненной назоинтестинальной интубацией, составляют группу повышенного риска развития осложнений, среди которых ведущее место занимают изменения со стороны дыхательной системы, достигающие 40% среди всех осложнений. Основным патогенетическим фактором развития пневмонии у больных с назоинтестинальной интубацией является ухудшение бронхиальной проходимости в результате компрессии мембранозной части стенки трахеи и левого главного бронха.

Использование у больных с назоинтестинальной интубацией в раннем послеоперационном периоде высокочастотной аэрозольтерапии позволяет улучшить бронхиальную проходимость и уменьшить частоту развития послеоперационной пневмонии (Санкт-Петербургская медицинская академия им. акад. И.П.Павлова).

Выделены два локальных кишечных синдрома острой обтурационной тонкокишечной непроходимости, отражающие морфофункциональные изменения тонкой кишки: синдром кишечной гипертензии и поздний синдром кишечной недостаточности и один общеклинический синдром — синдром эндогенной интоксикации. Определены особенности патофизиологических процессов, которые ведут к различной продолжительности синдрома кишечной гипертензии при высокой и низкой острой обтурационной тонкокишечной непроходимости. При высокой продолжительность синдрома кишечной гипертензии составляет 13–15 часов. При этом необходимо проведения предоперационной инфузионной подготовки. При синдроме кишечной гипертензии у больных с низкой острой обтурационной тонкокишечной непроходимостью, длящейся 17–20 часов, развивается метаболический ацидоз с более длительной компенсацией жизненно важных функций, в результате чего пациенты не нуждаются в специальной предоперационной подготовке. Во всех случаях синдром кишечной гипертензии не требует продленной послеоперационной декомпрессии тонкой кишки (Волгоградский медицинский университет).

Экспериментальными исследованиями показано, что прекращение магистрального кровотока в бассейне брыжеечных сосудов от 15 до 60 минут

вызывает тотальную ишемию стенки тонкой кишки с преимущественным поражением слизистой оболочки. Выявлено, что острая ишемия тонкой кишки в течение 30 минут и более сопровождается развитием бактериальной транслокации, которая развивается с первой минуты восстановления магистрального кровотока. В этих случаях необходимо применение профилактических мероприятий — системной антибактериальной терапии (Институт реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН).

Показана ценность контрастной катетерной энтерографии и компьютерной полигастроэнтерографии в диагностике ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости.

Выявлено, что использование ультрафиолетового лазерного облучения брюшины (длиной волны 337 нм) во время хирургического вмешательства по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости и динамической лапароскопии в послеоперационном периоде способствует разрешению перитонита, раннему восстановлению моторики кишечника, профилактике внутрибрюшных осложнений (Казанский медицинский университет).

Установлено, что примененные в эксперименте инертные эластические лигатуры для наложения межкишечных анастомозов снижают развития гнойно-воспалительной реакции и риск развития несостоятельности анастомоза при острой кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, что подтверждено морфологическими исследованиями и представляет интерес к применению их в клинической практике (Башкирский медицинский университет).

Разработана техника и определены показания к выполнению лапароскопически-ассистированных вмешательств при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, позволяющих расширить возможности эндохирургических методов в лечении этой категории больных (РГМУ).

Подтверждается целесообразность первичного восстановления непрерывности кишечника при операциях по поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости, при этом в качестве операции выбора предлагается субтотальная колонэктомия. Выполненная по показаниям у больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза субтотальная колонэктомия не влечет за собой развития большего количества осложнений и летальных исходов по сравнению с другими типами резекции толстой кишки. Продолжительность и качество

жизни пациентов, перенесших субтотальную колонэктомию, значительно выше по сравнению с больными, перенесшими операцию типа Гартмана (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, РМАПО). В стадии суб- и декомпенсации кишечной непроходимости при локализации препятствия в левой половине ободочной кишки операцией выбора остается операция типа Гартмана (РМАПО) или первичное восстановление непрерывности кишечника с формированием разгрузочной колостомы (Северный медицинский университет).

Проблеме осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки посвящены 24 законченные работы. Подтверждено, что лапароскопия и фибродуоденоскопия являются наиболее эффективными методами диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы, позволяющими определить оптимальный метод и вид оперативного вмешательства.

Установлено, что у 50% больных с перфоративной язвой оперативное лечение может быть выполнено с применением эндовидеохирургической технологии. Методом выбора является ушивание язвы (СПБМАПО, ММА, Башкирский медицинский университет, Смоленская медицинская академия).

Разработан способ ушивания прободной язвы с применением однорядного шва и «парусной» оментопексии, позволяющий улучшить регионарный кровоток в области ушитой язвы. Улучшению микроциркуляции в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки способствует и транссерозное введение стимуляторов регенерации аллопланта и актовегина (Башкирский медицинский университет).

Предложен способ ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки двумя и тремя «П»-образными швами с подведением участка сальника на ножке. Этот способ эффективен при различных локализациях, формах и размерах прободного отверстия и выраженности перитонита. Он обеспечивает герметичность и не дает несостоятельности швов (Ижевская медицинская академия).

Предложено использование альтернативных методов санации брюшной полости — озонированного изотонического раствора натрия хлорида в концентрации 3–4 мг/л и физиотерапевтического потока аргоновой плазмы при прободной язве, осложненной распространенным перитонитом, позволяющих снизить количество санационных релапароскопий и повысить антибактери-

альный эффект лечения (Смоленская медицинская академия).

В ближайшем послеоперационном периоде в комплексе лечения рекомендовано применение лазеротерапии, при этом эффективно чрескожное облучение язвенного дефекта через переднюю брюшную стенку. Лазеротерапия после ушивания перфоративной язвы позволяет ускорить восстановление параметров клеточного иммунитета и стимулировать фагоцитарную активность нейтрофилов (Уральская медицинская академия).

Для включения в арсенал хирургических вмешательств при прободной язве двенадцатиперстной кишки рекомендована операция криовагодеструкции, являющаяся мало травматичной и не нарушающей кровоснабжение желудка и его связочный аппарат (Уральская медицинская академия).

Разработаны перспективные способы пластического укрытия больших дефектов передней стенки двенадцатиперстной кишки серозно-мышечно-подслизистым лоскутом на питающем основании из передней стенки пилорического отдела желудка для использования при больших перфоративных язвах (РУДН).

Экспериментально-клиническими исследованиями показано, что в области язвенного процесса в желудке происходит усиленный распад лизосом с выходом гидролитических ферментов. Установлено, что при применении ингибиторов протеолитических ферментов и ингибиторов протонной помпы происходит стабилизация фосфолипидной мембраны лизосом и усиление биоэнергетики митохондрий (в 2,5 и 3,5 раза соответственно), что ведет к усилению регенеративных процессов и способствует заживлению язвы. При применении ингибиторов протеолитических ферментов и ингибиторов протонной помпы у пациентов с язвой желудка, осложненной кровотечением, отмечено усиление биоэнергетики митохондрий и регенеративных процессов, что снижает риск рецидива кровотечения (РУДН).

Показано, что при тяжелых язвенных гастродуоденальных кровотечениях развивается метаболический ацидоз, активизируются процессы перекисного окисления липидов на фоне угнетения системы антиоксидантной защиты, ослабляется сократительная способность сердца, определяющие тяжесть состояния больных и неблагоприятный исход лечения. Для коррекции постгеморрагической гипоксии при тяжелых гастродуоденальных кровотечениях обоснована це-

лесообразность применения перфторана, что связано с его газотранспортными свойствами и непосредственным взаимодействием перфторуглеродов и их эмульгаторов с мембранами клеток. Разработаны показания и методики его применения. Для улучшения энергозависимых процессов в жизненно важных органах при массивных язвенных кровотечениях показано применение многокомпонентного инфузионного солевого раствора полиоксифумарина. Для профилактики значительной постгеморрагической и послеоперационной супрессии рекомендовано применение иммуностимулятора ронколейкина.

Установлено, что в первые сутки после тяжелой и крайне тяжелой кровопотери у больных развиваются признаки ДВС-синдрома различной степени выраженности. В последующем наблюдается гипокоагуляция и гиперфибринолиз, являющиеся дополнительными факторами риска рецидива язвенного кровотечения (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

Продолжены работы по оптимизации эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (РНЦХ, Алтайский медицинский университет, НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, ММА).

Предложен программированный эндоскопический гемостаз с введением безопасных растворов в подслизисто-мышечный слой в больших количествах до формирования инфильтрационной «подушки», позволяющий у пациентов с массивными язвенными гастродуоденальными кровотечениями снизить показатели общей и послеоперационной летальности. На основании экспериментальных данных к безопасным «мягким» склерозантам отнесены гипертонические растворы глюкозы. К повреждающим «жестким» склерозантам относятся 1% раствор этоксисклерола, 70% этиловый спирт (РНЦХ).

Показано, что у больных с дуоденальной отмечается высокий артериальный сосудистый тонус в печеночном русле, обуславливающий риск рецидива гастродуоденального кровотечения. Значительная частота (26,3%) рецидива язвенных дуоденальных кровотечений при инъекционном эндоскопическом гемостазе с использованием раствора адреналина, возможно, объясняется его вазопрессорным резорбтивным действием, вызывающим спазм сосудистого русла печени. Рекомендовано использование инъекционного метода с масляным раствором токоферола ацетата, который вызывает длительную механическую компрессию периульцерозных сосудов,

снижая количество рецидивов язвенных кровотечений (Алтайский медицинский университет). Показано, что комбинированный эндоскопический гемостаз инъекцией адреналина и аппликацией «Тромбокола» у больных с активным кровотечением по сравнению с электрокоагуляцией, инъекцией 70% этанола и 1% этоксисклерола существенно снижает риск возникновения рецидива (ММА).

Обращено внимание на то, что используемые традиционные показания для переливания эритроцитов приводят к тому, что до 50% трансфузий являются непоказанными. Для оценки адекватности восполнения кровопотери у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями необходимо определение показателей центральной гемодинамики и системного транспорта кислорода. (МГМСУ). Обращено внимание на необходимость раннего восполнения кровопотери у больных пожилого и старческого возраста при любой степени кровопотери, так как у больных этой группы желудочно-кишечные кровотечения приводят к усугублению течения сопутствующих заболеваний с развитием синдрома взаимного отягощения (Самарский медицинский университет).

При обсуждении вопросов хирургического лечения осложненных кровотечением форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки подчеркнуто, что выбор способа и объема оперативного вмешательства должен быть строго индивидуален и учитывать тяжесть кровопотери, давность заболевания, наличие и тяжесть сопутствующей патологии и общее состояние больного (СПбМАПО). Если позволяет состояние больного, то при язве желудка адекватным вмешательством остается резекция желудка. При язве двенадцатиперстной кишки, пре- и пилорического отделов желудка наиболее выгодным является стволовая поддиафрагмальная ваготомия в сочетании с выполнением гемостатического вмешательства на самой язве и проведением дренирующей желудка операции (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

При консервативном лечении больных с состоявшимся гастродуоденальным язвенным кровотечением рекомендовано использование энтеросорбента, позволяющего нормализовать уровень кислотности в желудке, ускорить процесс рубцевания язвенного дефекта и избежать рецидива кровотечения (МГМСУ).

Установлено, что уреазный дыхательный тест, выполненный в первые 24 часа после госпитализации, может считаться методом выбора для ди-

агностики *H. pylori* у пациентов с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, а препаратом выбора для эрадикации может считаться «Пилобакт», отличающийся высокой эффективностью (93,8%), минимальными побочными явлениями, не требующими отмены препарата, по сравнению с тройной терапией де-нолом, кларитромицином и фуразолидоном. Эрадикация *H. pylori* снижает частоту повторного кровотечения и более предпочтительна, чем длительная поддерживающая антисекреторная терапия.

Изучена частота и особенности течения гастродуоденальных кровотечений у больных с острым инфарктом миокарда (Самарский медицинский университет), после операций на сердце и аорте (РНЦХ), у пациентов с ишемической болезнью сердца (Ульяновский университет), при патологии желчных путей (РМАПО).

По проблемам повреждений груди и живота выполнены 16 работ.

Доказана патогенетическая значимость показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы для оценки метаболических нарушений и эффективности проводимого лечения у пострадавших с ранениями груди. Установлена зависимость нарушений в системе ПОЛ/АОС от вида и характера ранений, объема кровопотери, антиоксидантной терапии у пострадавших с ранениями груди (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Установлено, что выбор метода лечения при травматическом свернувшемся гемотораксе зависит от тяжести состояния пострадавшего, возраста больного, времени, прошедшего с момента образования гемоторакса, а также от его объема. Доказано, что химический внутриплевральный фибринолиз (введение 750 000 ЕД стрептазы с экспозицией 9 часов) является эффективным методом лечения травматического свернувшегося гемоторакса на второй-третьей неделе после травмы при отсутствии внутриорганных и обширных внутритканевых кровоизлияний, ушитых ран сердца, печени, селезенки. Высокоэффективным и малоинвазивным методом лечения свернувшегося гемоторакса в первые три недели после травмы при отсутствии пневмонии в контралатеральном легком и гнойного трахеобронхита является видеоторакоскопия. После трех недель вынужденным методом лечения является торакотомия с эвакуацией свернувшегося гемоторакса объемом более 500 мл с плеврэктомией и декортикацией легкого (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Показано, что применение эндовидеохирургических технологий позволяют улучшить результаты лечения раненых, способствуют снижению летальности при тяжелой и крайне тяжелой огнестрельной травме на 11,3%, сроков нетранспортабельности — на 2 суток (ВМА).

Установлено, что при огнестрельных повреждениях живота методом выбора диагностики на этапе специализированной медицинской помощи является спиральная рентгеновская компьютерная томография (КТ). Чувствительность КТ при огнестрельных ранениях составила 92%, специфичность до 100%. Разработанные диагностические и лечебные алгоритмы позволили снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений на 20%. Обращено внимание на то, что объем и характер хирургического лечения на этапе специализированной медицинской помощи зависят от тяжести состояния пострадавшего и могут быть разделены на несколько последовательных этапов: устранение жизненно опасных повреждений, ликвидация осложнений и восстановление функций поврежденных органов живота (МГМСУ).

В экспериментальных исследованиях показано, что интрамуральное артериальное давление в тонкой кишке носит импульсный характер и ниже системного артериального давления. Поэтому в тонкой кишке легко развивается ишемия. Установлены отклонения в перфузии тонкой кишки у больных с перитонитом при травматических разрывах тонкой кишки и при острой кровопотере, обусловленной разрывом паренхиматозных органов. Выявлена корреляция между ударным объемом сердца и интестинальным артериальным давлением при перитоните и кровопотере. Предложен аппарат для измерения интрамурального артериального давления при оказании хирургической помощи пострадавшим с закрытой травмой живота и повреждением тонкой кишки. Определено, что пульсирующий кровоток находится на расстоянии 10 см от линии демаркации, определяемой визуально. Резекции тонкой кишки, выполненные на этом уровне, завершились выздоровлением (Кемеровская медицинская академия).

Экспериментальное изучение состояния кишечной стенки в области воздействия контузионного синдрома при огнестрельных ранениях кишечника выявило нарушение микроциркуляции и метаболических процессов, позволяющее выделить зону выраженных изменений, распространяющихся на 0,5–3 см, и зоны умеренных и слабовыраженных изменений, достигающих

9 см. Рекомендовано удаление зоны ушиба (выраженных изменений) в качестве адекватной хирургической обработки раны кишечной стенки (Северо-Осетинская медицинская академия).

Установлено, что течение послеоперационного периода у больных с тяжелой абдоминальной травмой паренхиматозных и полых органов после операций с использованием биогерметика «Сульфакрилат» третьего поколения характеризовалось быстрым наступлением окончательного гемостаза, сокращением сроков восстановления функции ЖКТ на 1–2 дня, снижением количества осложнений с 12,9% до 1,8% при отсутствии летальных исходов (Новосибирская медицинская академия).

Показано, что при лапаротомии как единственное лечебно-диагностическое пособие у пострадавших с открытыми абдоминальными повреждениями в 42,8% случаев является лишь диагностическим методом, и возникшие у 19% больных послеоперационные осложнения лишь усугубляют тяжесть состояния пациентов. Использование неинвазивных (рентгенологических, УЗИ) и мини-инвазивных (лапароскопия) технологий при открытых абдоминальных повреждениях позволяет установить ранний топический диагноз в 74,7% случаев и провести оперативные вмешательства с применением эндоскопических и эндоскопически ассистированных операций у 44% пострадавших, что возможно при одиночных проникающих ранениях, изолированной травме органов, геморрагическом

шоке I–II степени и местном перитоните (Башкирский медицинский университет).

Разработано устройство для применения баллонно-компрессионного метода с целью надежного бесшовного гемостаза при повреждении паренхиматозных органов брюшной полости, обладающего меньшим по сравнению с традиционными методами гемостаза травмирующим воздействием на ткань печени и селезенки. При этом у 50–70% пострадавших возможно видеолапароскопическое выполнение операции (Ростовский медицинский университет).

В эксперименте разработано лечение ран печени с применением сверхнизких температур с удлинением времени оттаивания (Тюменская медицинская академия) и использованием монофиламентных полипропиленовых сетчатых имплантатов (Астраханская медицинская академия).

Обращено внимание на возрастающую частоту и высокую летальность при повреждениях поджелудочной железы (Тверская медицинская академия). В качестве эффективного метода первичной хирургической профилактики травматического панкреатита при повреждениях поджелудочной железы предложена селективная вагодеструкция желудка и поджелудочной железы электромагнитными волнами в радиочастотном диапазоне (Башкирский медицинский университет).

*Поступила в редакцию 04.04.2005 г.*

## ОБЗОР

УДК 547.458.6:616-083.98

### ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ\*

А.А.Ярмагомедов

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия*

© А.А.Ярмагомедов, 2005 г.

Декстраны являются основными искусственными коллоидными объемозамещающими растворами (КОР), используемыми в системе оказания скорой медицинской помощи (СМП). Сегодня они уступают свое место более безопасным препаратам — производным гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК).

Препараты на основе ГЭК многочисленны, имеется три поколения этих лекарственных средств. Целью данного обзора является ознакомление врачей СМП с препаратом ГЭК третьего поколения — волювеном, который по эффективности и безопасности весьма привлекателен для применения его на догоспитальном этапе (ДЭ).

Эффективность интенсивной терапии на ДЭ обеспечивается комплексным решением следующих проблем: респираторная поддержка, обезболивание, транспортная иммобилизация, инфузионная терапия (ИТ), мониторинг. В каждом конкретном случае значимость этих составляющих зависит от характера и тяжести поражения.

На всех этапах лечения, особенно на ДЭ, основной задачей ИТ является нормализация внутрисосудистого объема, что при лечении геморрагического и (или) травматического шока достигается высокой линейной скоростью и объемом заместительной терапии.

Для неотложного восполнение ОЦК допускается привлечение в сосудистое русло жидкости из интерстициального пространства.

Другим, более многочисленным контингентом больных, получающих ИТ на ДЭ, являются пациенты с эндо- и экзотоксикозами различного генеза, у которых наблюдаются существенные изменения объема интерстициального пространства, нарушения электролитного баланса, дисфункция легких и почек.

Эти факторы предъявляют более жесткие требования к линейной скорости, объему и составу ИТ, которая должна иметь одновременно и объемозамещающий, и корригирующий характер.

Задача эта не из легких, тем более что многие десятилетия «продолжается оживленная дискуссия» о преимуществах того или иного класса объемозамещающих растворов. Нет согласия и в вопросе об адекватном соотношении солевых и коллоидных растворов в терапии критических состояний.

КОР гемодинамического действия за счет большой молекулярной массы остаются в сосудистом русле. Они повышают коллоидно-осмотическое давление крови, что способствует удержанию введенных кристаллоидных растворов и (или) привлекают жидкость из интерстициального пространства в сосудистое русло.

\* Статья публикуется с сокращениями.

Сила связывания воды коллоидными препаратами прямо пропорциональна концентрации вещества и обратно пропорциональна его молекулярной массе. Волемический эффект коллоидов характеризуется: объемным коэффициентом (отношением увеличения ОЦК к объему введенного раствора); продолжительностью объемного действия; периодом полувыведения.

Синтетические коллоиды, наряду с основным фармакологическим действием, неизбежно дают и побочные эффекты, основными из которых у данной группы являются:

1. Модифицирующее действие на систему гемостаза и на реологические свойства крови.
2. Аллергические реакции.
3. Влияние на функцию почек.
4. Накопление в ретикулоэндотелиальной системе.

Декстраны более 60 лет применяются в клинической практике. Из декстранов наиболее широко используются препараты со средней относительной молекулярной массой (ММ) — 70 000 дальтон (полиглюкин) и низкой ММ — 40 000 дальтон (реополиглюкин). Они эффективно ликвидируют стаз крови, увеличивают ОЦК, быстро повышают артериальное давление и стойко его поддерживают.

При применении декстранов наблюдается целый ряд осложнений:

1. Декстран-40 может спровоцировать повышенную кровоточивость в результате уменьшения агрегации тромбоцитов, угнетения активации плазменных факторов II, V и VIII свертывания крови, а также способствовать фибринолизу [1]. Степень отрицательного воздействия на систему гемостаза прямо пропорциональна ММ и введенной дозе декстранов.

2. Примерно у 1% больных аллергические реакции наблюдаются различной степени выраженности и это обусловлено тем, что, несмотря на совершенствование технологии производства, не удается полностью очистить препараты от иммунных ингредиентов микробного продуцента [2].

В 1976 г. T.G.Feest писал, что применение растворов декстранов может стать причиной развития острой почечной недостаточности (ОПН) [3]. Предполагаемый механизм ее возникновения связывают с тем, что при инфузии декстранов кровь, находящаяся в клубочках, становится гиперосмолярной, что ведет к снижению эффективного фильтрационного давления и скорости клубочковой фильтрации [4].

Существует и другая точка зрения: при инфузии декстранов повышается вязкость мочи и сни-

жается поток жидкости через канальцы, что ведет к повышению резистентности афферентных артериол и к снижению скорости клубочковой фильтрации [5].

Считается, что развитие ОПН при применении декстранов — явление редкое [6, 7]. Данный диагноз правомерен только при отсутствии других возможных причин развития ОПН, что затрудняет реальную оценку частоты развития этого осложнения.

С увеличением числа больных с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, полиартритами, алкоголизмом и острыми отравлениями, включая острые лекарственные поражения почек, актуальность этой проблемы постоянно растет, в том числе и на ДЭ.

Применение декстранов при гиповолемии, несбалансированное их введение и превышение терапевтической дозы, увеличивает риск развития ОПН.

Несмотря на наличие многочисленных побочных действий, декстраны продолжают широко использовать, что обусловлено существованием хорошо налаженного отечественного производства и низкой себестоимостью этих препаратов.

КОР на основе ГЭК производятся с 60-х годов.

За последнее десятилетие во многих странах мира среднемолекулярные препараты ГЭК 200/5 (класс pentastarch) заняли лидирующее положение, отодвинув на второй план декстраны.

Основными причинами этого являются:

1. По влиянию на гемостатический потенциал крови препараты ГЭК 200/5 безопаснее декстранов.

2. Препараты ГЭК реже других КОР вызывают аллергические реакции, что связано с их структурным сходством с молекулой естественного эндогенного вещества — гликогена [8–10].

3. Препараты ГЭК 200/5 считаются безопасным с точки зрения почечной функции [11]. По мнению многих специалистов, наименьшее нефротоксичное действие оказывают производные желатина.

В зависимости от предназначения производится 3%, 6% и 10% растворы ГЭК 200/5. Для дальнейшего повышения эффективности гемодинамического действия уже разработан комплексный препарат на основе ГЭК и 7,5% раствора натрия хлорида.

Другой причиной роста популярности препаратов на основе ГЭК является их высокий технологический потенциал в плане модификации



физико-химических свойств и уменьшения побочных действий.

Это достигается изменением ММ, молекулярного замещения и степени замещения. Степень замещения представляет собой среднее количество гидроксильных групп, приходящихся на глюкозную единицу. Данная величина является заданной и находится в пределах 0,8–0,4. Период полувыведения ГЭК со степенью замещения 0,5 составляет 6–8 ч.

В 2001 г. на Российском фармакологическом рынке появился 6% препарат ГЭК нового поколения волювен («Fresenius Kabi», Германия). В волювене ММ снижена с 250 до 130 кДа, степень молекулярного замещения с 0,5 до 0,4.

Важной характеристикой волювена является его молекулярно-массовое распределение. Распределение ММ волювена самое узкое из всех типов ГЭК [12]. Уменьшение низкомолекулярного пула улучшило фармакокинетику препарата, а снижение высокомолекулярного пула уменьшает воздействие волювена на реологические свойства крови после инфузии.

#### Фармакокинетика

В отличие от других типов ГЭК, волювен на 60% выводится почками, а на 40% гидролизуеться  $\alpha$ -амилазой плазмы крови. Период полувыведения препарата составляет около 3 ч. [13].

#### Фармакодинамика

Объемный коэффициент волювена 1,0, плато-эффект примерно 4 ч, волемическое действие длится до 6 ч [13]. По волемическому действию волювен идентичен 6% ГЭК 200/0,5, они не различаются и по гемодинамической эффективности [14–16].

Из всех механизмов воздействия на гемостаз для ГЭК 130/0,4 отмечено только влияние на гемодилюцию [17–19], что отличает его от других ГЭК. Волювен является единственным препаратом из группы ГЭК, не влияющим на функцию тромбоцитов [20].

#### Влияние волювена на функцию почек

У пациентов без предшествующей патологии почек волювен считается безопасным [21]. При введении препарата пациентам со сниженной функцией почек и сохранном диурезе отмечается отсутствие изменения фармакокинетики волювена [22].

Результаты рандомизированного контролируемого, мультицентрового исследования показа-

ли, что у детей младше 24 мес по эффективности и безопасности ГЭК 130/0,4 не уступает 5% альбумину. Эффективность и безопасность волювена доказаны и в геронтологической практике [23].

Подтверждением эффективности и безопасности ГЭК 130/0,4 является накопленный опыт его применения при кардиологических операциях, когда во время вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде больным вводили до 3 л препарата, что позволяло почти полностью обеспечить потребность в замещении ОЦК [24, 25].

Доказано безопасность ГЭК 130/0,4 при обширных абдоминальных и ортопедических операциях [12]. Отмечается, что при применении волювена, по сравнению с ГЭК 200/0,5, уменьшается объем интраоперационной кровопотери [26].

Специальные исследования по применению различных КОР в интенсивной гематологии подтверждают, что наименьшее модифицирующее действие на гемостаз характерно для ГЭК 130/0,4 [27, 28].

Волювен рассматривается как препарат выбора у пациентов с патологией гемостаза и (или) в ситуациях, когда влияние ИТ на систему гемостаза должно быть строго ограничено [28]. Практически все критические ситуации, возникающие на ДЭ, можно отнести в эту категорию.

Хотя желание иметь в арсенале СМП «максимально универсальное» КОР неосуществимо, но стремление к этому объяснимо.

Если рассмотреть эту проблему с позиции поиска препарата с максимально широким терапевтическим диапазоном и возможностью длительного применения, то очень интересен опыт многократного применения больших доз волювена у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой [29].

При тяжелой черепно-мозговой травме адекватный подбор объемов инфузионной терапии направлен на достижение высокого церебрального перфузионного давления. При этом положительные эффекты ИТ ограничены увеличивающимся внутричерепным давлением.

При сравнении длительного введения больным с тяжелой черепно-мозговой травмой больших (до 70 мл/(кг·сут) доз волювена и 33 мл/(кг·сут) ГЭК 200/0,5 с 37 мл/(кг·сут) 5% раствора альбумина полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности длительного (в течение 28 сут) введения волювена в количестве до 5800 мл/сут [29]. Причина этого, как отмечалось выше, заключается в том, что ГЭК 130/0,4 на 60–70% выводится почками и до 40% гидролизуеться  $\alpha$ -амилазой плазмы крови, что обеспечива-

ет низкое накопление препарата в тканях (в 3 раза меньше, чем у ГЭК 200/0,5) и отсутствие эффекта кумуляции в плазме крови [30, 31].

В настоящее время регистрируется новая максимальная суточная доза волювена — 50 мл/кг массы тела в сутки, что может иметь большое

значение и при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Таким образом, волювен по своей эффективности и безопасности является качественно новым КОР, что предопределяет перспективу применения данного препарата в практике СМП.

### Литература

1. Munoz E. // Intensive Care World.— 1987.— Vol. 4.— P. 12–17.
2. Messmer F.L. // Ren. Fail.— 1998.— Vol. 20.— P. 543–545.
3. Feest T.G. // Brit. Med. J.— 1976.— Vol. 2.— P. 1300–1303.
4. Messmer K.F.W. // World J. Surg.— 1987.— Vol. 11.— P. 69–74.
5. Простакова Т.М. и др. // Арх. патол.— 1986.— № 7.— P. 43–47.
6. Бирюкова Л.С. // Новое в трансфузиологии.— 2002.— № 33.— Т. 48–51.
7. Akihiko Kato et al. // Ren. Fail.— 2001.— Vol. 23, № 5.— P. 679–684.
8. Laxenaire V.C. et al. // Ann. Fr. Anesth. Reanim.— 1994.— Vol. 13.— P. 301–310.
9. Ragaller M.J.R. et al. // J. Amer. Soc. Nephrol.— 2001.— Vol. 12.— P. 33–39.
10. Ring J. et al. // Lancet.— Vol. 1977.— P. 466.
11. Godet G. et al. // Anesth. Analg.— 1997.— Vol. 85.— P. 1227–1232.
12. Langeron O. et al. // Anesth. Analg.— 2001.— Vol. 92.— P. 855–862.
13. Waitzinger J. et al. // Clin. Drug. Invest.— 1998.— Vol. 16.— P. 151–160.
14. Boldt J. et al. // J. Cardiothor and Vascul Anesth.— 2000.— Vol. 14, № 3.— P. 264–268.
15. Entholzner E.K. et al. // Acta Anaesth. Scand.— 2000.— Vol. 44, № 9.— P. 1116–1121.
16. Kasper S.M. et al. // J. Clin. Anesth.— 2001.— Vol. 13.— P. 486–490.
17. Asskali F et al. // Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.— 2002.— Vol. 37.— P. 258–266.
18. Baron J.F. // Kidney Blood Press Res.— 2001.— Vol. 24.— P. 213–244.
19. Haisch G. et al. // Anesth. Analg.— 2001.— Vol. 92, № 3.— P. 565–571.
20. Franz A. et al. // Anesth. Analg.— 2001.— Vol. 92.— P. 1402–1407.
21. Dehne M.G. et al. // J. clin. Anesth.— 2001.— Vol. 13, № 2.— P. 103–111.
22. Jungheinrich C. et al. // Anesth. Analg.— 2002.— Vol. 95, № 3.— P. 544–551.
23. Буланов А.Ю. // Клиническая геронтология.— 2003.— № 2.— С. 41–47.
24. Молчанов И.В., Гольдина О.А., Горбачевский Ю.В. Растворы гидроксипропилированного крахмала — современные и эффективные плазмозамещающие средства инфузионной терапии: Монографический обзор.— М., 1998.
25. Haisch G. et al. // Вестник службы крови России.— 2003.— № 3.— С. 27–33.
26. Baron J.F. // Transfusion Medicine.— 2000.— Vol. 2, № 2.— P. 13–21.
27. Буланов А.Ю. и др. // Новые лекарства.— 2003.— № 9–10.— С. 27–32.
28. Буланов А.Ю. и др. // Анестезиология и реаниматология.— 2004.— № 2.— С. 25–30.
29. Neff T.A. et al. // Вестник службы крови России.— 2003.— № 4.— С. 41–48.
30. Bepperling F. et al. // Crit. Care Med.— 1999.— Vol. 3, Suppl. 1.— P. 76.
31. Bepperling F. et al. // Crit Care Med.— 1999.— Vol. 3, Suppl. 1.— P. 154.

Поступил в редакцию 2.03.2005 г.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

### ДВА СЛУЧАЯ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ю.М.Михайлов

*Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия*

© Ю.М.Михайлов, 2005 г.

Специализированная реанимационно-хирургическая бригада (врач-реаниматолог и два фельдшера, у всех стаж работы более 20 лет) была направлена по вызову на предприятие в помощь медицинской сестре здравпункта. Больной, мужчина 56 лет, находился на лестничной площадке второго этажа заводоуправления. В анамнезе приступы стенокардии около полугода, сегодня ангинозные боли усилились, медсестра здравпункта до приезда бригады дала больному 0,4 мг нитроглицерина и 0,25 г аспирина. На момент осмотра жалоб нет, состояние удовлетворительное, артериальное давление 130/80 мм рт. ст., пульс 98 уд./мин, экстрасистол нет. Транспортировка в машину на носилках, в салоне автомашины больной потерял сознание, появились тонические судороги и нарушение дыхания. На мониторе дефибриллятора (Responder 3000) — крупноволновая фибрилляция желудочков.

Начато проведение непрямого массажа сердца и ИВЛ маской с помощью ручного аппарата «Ambu». Дефибрилляция 200 Дж — без эффекта, после разряда 300 Дж появился синусовый ритм с ЧСС 100 в 1 минуту, восстановилось сознание, артериальное давление 140/90 мм рт. ст. На ЭКГ — очаговые изменения в области задней стенки левого желудочка в острой стадии.

Реанимационные мероприятия продолжались не более 5 минут.

В стационаре течение заболевания без осложнений.

Через 1 год и 3 месяца состояние пациента удовлетворительное, ведет активный образ жизни, работает по специальности (фрезеровщик) неполную рабочую неделю.

Фельдшерская бригада скорой помощи (два фельдшера, стаж работы до 3 лет) получила вызов к станции метро с поводом «боли в сердце». На месте вызова находился мужчина 58 лет с жалобами на резкие боли за грудиной, принятый нитроглицерин эффекта не дал, больной был помещен в салон автомашины. Во время осмотра пациент потерял сознание, возникли тонические судороги и нарушения дыхания, на мониторе дефибриллятора (Cardio-Aid 200) — крупноволновая фибрилляция желудочков. Начато проведение непрямого массажа сердца и ИВЛ с помощью аппарата «Ambu», выполнена интубация трахеи. Внутривенно введен 1 мг адреналина гидрохлорида, произведена дефибрилляция 200 Дж — без эффекта, после повторного введения адреналина гидрохлорида проведена дефибрилляция 200 Дж — без эффекта, фибрилляция желудочков сохранялась. После внутривенного введения 4 мл 2% раствора лидокаина и дефибрилляции 360 Дж восстановился синусовый ритм с ЧСС 113 в 1 минуту.

Больной оставался без сознания, артериальное давление 60/40 мм рт. ст.

На ЭКГ — очаговые изменения в области передней стенки левого желудочка в острой стадии.

Реанимационные мероприятия продолжались около 15 минут.

В стационар пациент доставлен без сознания, на ИВЛ, артериальное давление 110/70 мм рт. ст., ЧСС — 110 в 1 минуту. Диагностированы переломы IV–V ребер слева. Через сутки больной пришел в сознание, восстановилось самостоятельное дыхание.

На протяжении недели отмечались выраженные проявления постреанимационной энцефалопатии.

Через 3 месяца состояние пациента относительно удовлетворительное, сам себя обслуживает, ходит на прием в поликлинику, нетрудоспособен.

**Выводы.** Описаны два очень похожих случая наступления клинической смерти на догоспитальном этапе, но помощь оказывалась хоть и равноценно оснащенным, но разным по уровню подготовки и стажу работы персоналом скорой помощи.

Результаты в обоих случаях хотя и положительные, но также различаются.

Во втором случае реанимационные мероприятия имели более затяжной характер, было допущено нарушение последовательности действий (интубация предшествовала дефибрилляции), в результате развилась достаточно тяжелая постреанимационная энцефалопатия вследствие пролонгированной гипоксии. Можно предположить, что все же в подобных случаях наиболее эффективную помощь могут оказать специализированные реанимационные бригады (в составе врача и двух фельдшеров). Фельдшерские бригады скорой помощи могут и должны проводить реанимацию на догоспитальном этапе, но нужно очень требовательно относиться как к их обучению, так и к оснащению.

*Поступил в редакцию 12.04.2005 г.*

# ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ

УДК 616-07:616-083.98

## КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

С.В.Попов

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Россия*

© С.В.Попов, 2005 г.

Ургентные состояния требуют от врача принятия диагностического решения в максимально короткий период времени. Ведь оперативность оказания медицинской помощи является одним из решающих факторов ее эффективности. В то же время в практике часто возникают ситуации, когда причина ургентного состояния неясна. Принятие решения в условиях наличия нескольких альтернатив затруднено наличием большого объема разнообразных, не согласующихся, а зачастую и противоречащих друг другу данных, не позволяющих прийти к однозначному диагностическому выводу. Вместе с тем это является важным условием определения тактики действий врача, ведущей к благополучному разрешению экстренной клинической коллизии. Срочный анализ значительного массива данных анамнеза, осмотра, показателей лабораторных и инструментальных исследований сложен и далеко не всегда результативен.

Для адекватной и продуктивной обработки клинических данных (прежде всего в условиях стационара, работающего в режиме скорой помощи) представляется целесообразным использовать информационные технологии [1].

Автоматизация диагностического процесса преследует достижение двух основополагающих целей.

1. Полное и своевременное удовлетворение информационных потребностей врача скорой помощи.

2. Эффективное использование средств, применяемых в ходе проведения диагностических мероприятий.

При проектировании информационной системы (ИС) диагностики, в свою очередь, каждая из перечисленных целей может быть также детализирована. Для первой глобальной цели соответствующими подцелями могут быть:

- 1) обеспечение простоты доступа к информации в процессе общения врачей скорой помощи и консультантов на их профессиональном языке;

- 2) надежность доступа к информации (разграничение доступа к информации);

- 3) эффективная оценка и отбор данных с учетом их ценности, использование накопленного опыта по принятию решений;

- 4) обеспечение системного представления информационных связей в диагностическом процессе (информационная модель, сочетающая целостность отображения диагностического процесса с необходимой степенью детализации) [2].

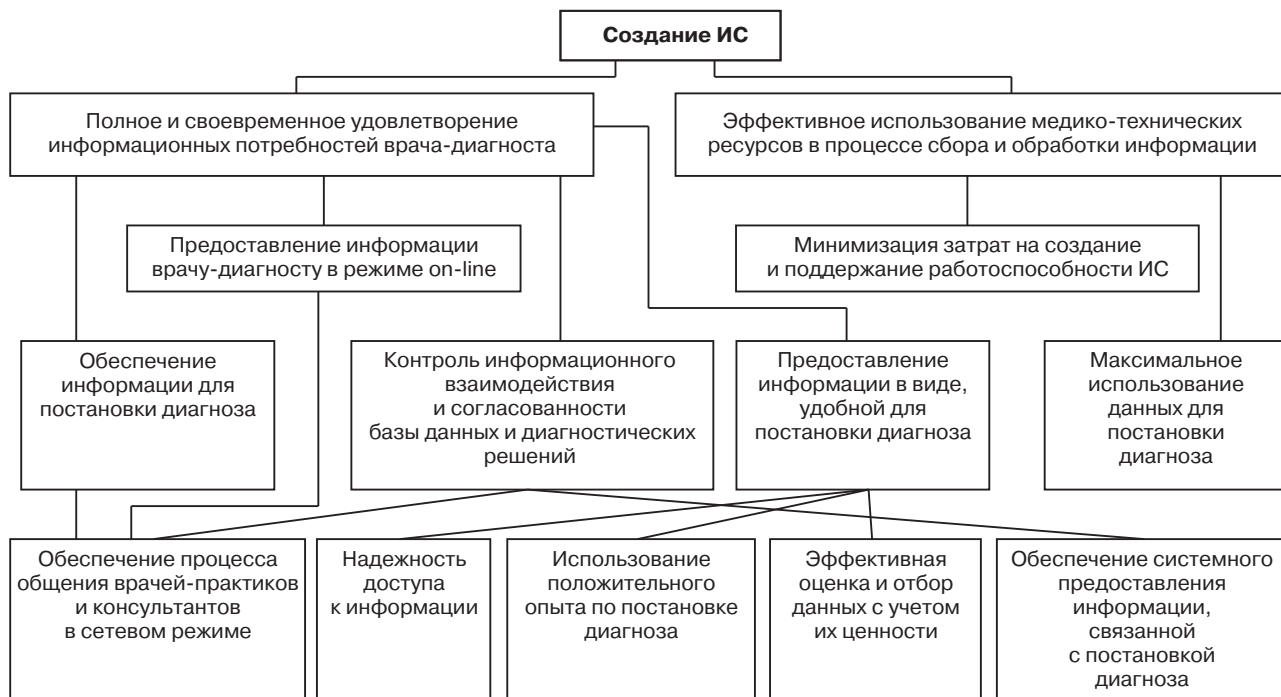


Схема. Иерархия целей создания информационной системы диагностики при неотложных состояниях.

Вторая глобальная цель информатизации диагностического процесса подразделяется на две подцели:

- 1) минимизация затрат на создание и поддержание работоспособности ИС диагностики;
- 2) максимальное использование данных анамнеза, объективного осмотра, предыдущего исследования в процессе постановки диагноза.

В обобщенном виде иерархия целей создания ИС для совершенствования диагностического процесса представлена на схеме.

Большинство из сформулированных целей и подцелей были в той или иной мере реализованы и использованы как начальные предпосылки для разработки соответствующих подсистем ИС диагностики [3].

Методология разработки ИС основана на таких ключевых вопросах, как совершенствование структуры процесса многоступенчатой диагностики, выработка и оптимизация алгоритмов анализа диагностических данных, интеграция их в единый комплекс для подготовки и решения сложных диагностических задач.

Проектирование ИС может быть структурировано следующим образом.

На первом этапе при выявлении и определении проблемы необходимо построить концептуальную схему разрабатываемой системы. При выявлении задачи, для решения которой привлекается ИС, рассматривается весь комплекс первичной ознакомительной информации об

объекте исследования, общая область допустимых и приемлемых диагнозов и критериев их адекватности.

**Второй этап проектирования** — построение логической модели разрабатываемой системы. Способность имитировать процессы, протекающие в системе, имеет решающее значение для эффективного проектирования. Построение модели служит концептуальной связью между действием системы и средой ее действия. Основным средством проектирования являются блок-схемы.

**Третий этап проектирования** — моделирование процесса функционирования системы для определения ее сильных и слабых сторон, отладки практической эксплуатации и оценки эффективности.

Концепция ИС диагностики многокомпонентна. Она включает в себя различные взгляды на функциональные возможности ИС диагностики:

- коммуникационный подход;
- подход на основе создания систем принятия решений;
- подход на основе управления информационными ресурсами;
- функциональный подход;
- подход на основе обеспечения качества трудовой деятельности.

Цель создания ИС диагностики заключается в повышении эффективности использования средств автоматизации и специальной медицинской аппаратуры, задействованной в процессе

обследования. В связи с этим можно выделить две основные функции ИС:

1) накопление и манипулирование знаниями на основе логического вывода;

2) естественно-языковое взаимодействие в форме письменной речи и графических изображений.

Несмотря на наличие ряда проблем экономического и технического плана (например, отсутствие простых и удобных средств интерактивного взаимодействия), видится перспективной все-

сторонняя разработка ИС диагностики при неотложных состояниях.

Совершенствование технического оснащения отечественного здравоохранения обуславливает необходимость поиска новых решений насущных вопросов скорой медицинской помощи с привлечением современных информационных технологий. Это, несомненно, расширит возможности сохранения здоровья и жизни пациентов в urgentных клинических ситуациях.

### Литература

1. *Fonger G.G., Stoup D., Thomas P.L. et al.* TOXNET: A computerized collection of toxicological and environmental health information // *Toxicology and Industrial health.* — 2001. — Vol. 16, № 1. — P. 4–6.
2. *Рождественский Н.Е.* Информационные технологии в развитии здравоохранения (По материалам 2-й международной научно-практической конференции «Информационные технологии и радиосети» «Инфоррадио-2000») // *Вестник новых медицинских технологий.* — 2001. — Т. VIII, № 1. — С. 78–80.
3. *Sonnonberg F.A., Hagerty C.G., Kulikowski C.A.* An architecture for knowledge — based construction of decision models // *Decision Makong.* — 1994. — Vol. 14, № 1. — P. 27–39.

*Поступила в редакцию 16.03.2005 г.*

УДК 616-083.98:614.88

## СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ ПРИГОРОДНОЙ ЗОНЫ

В.Ф.Озеров, В.П.Асеев, В.А.Негрей, А.Н.Русакевич

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

В последние годы состояние и организация скорой медицинской помощи стали одними из важнейших приоритетов социальной политики в Санкт-Петербурге. Назрела необходимость конкретизации организационных и лечебно-профилактических проблем, стоящих перед лечебными учреждениями и, в частности, перед стационарами пригородной зоны, которые занимают специфическую позицию, отличную от города и области, где финансовые приоритеты, в том числе и вопросы здравоохранения, расставлены более конкретно. Специфика стационаров пригородной зоны заключается не только в особенностях их хозяйственно-административного управления, но и в их относительной удаленности, что значительно повышает расходы на транспорт, существенно влияет на рынок труда, подбор и подготовку кадров.

Финансирование больниц пригородной зоны традиционно было недостаточным, материальная база — неудовлетворительной, здания, как правило, требуют капитального ремонта, оснащение аппаратурой производится в явно недостаточном объеме. Все это влияет на кадровую политику и стабильность коллектива пригородных лечебных учреждений.

Ограниченная доступность лекарственных средств, снижение социального статуса населения, некомплект медицинского персонала стационаров и поликлиник, отмена диспансеризации привели к хронизации болезней, увеличению частоты развития и тяжести осложнений, повышению потребности в экстренной медицинской помощи, на долю которой приходится 70% госпитализированных больных и пострадавших.

Удовлетворение 70% потребности города в основных видах экстренной медицинской помощи (хирургической, травматологической, урологической, гинекологической, неврологической, терапевтической и т. д.) обеспечивают крупные многопрофильные стационары, которые отличаются от больниц малой мощности более высокой технической оснащенностью, большим количеством специализированных отделений, лучшей укомплектованностью персоналом, более интенсивным использованием коечного фонда.

Тем не менее задачи, поставленные перед стационарами пригородной зоны, по своей значимости и важности нисколько не уступают задачам, стоящим перед многопрофильными стационарами.

В жестких условиях «выживания» пригородных стационаров существенно возрастает роль хозрасчетных палат и оплата пациентами дополнительных лечебно-диагностических услуг, позволяющих укрепить финансово-экономическое состояние лечебного учреждения. Однако на степень заполнения этих палат существ-

венно влияет статус больницы среди населения данного региона, что, в свою очередь, зависит от квалификации персонала, степени материально-технической оснащенности стационара, его деловых и административно-организационных контактов с поликлинической сетью региона и конечных результатов лечения.

На подбор квалифицированных кадров и создание полноценного коллектива существенно влияет относительная отдаленность места работы от места жительства персонала, а также значительные затраты времени и финансовые расходы на транспорт. Этот факт, а также ограниченные возможности стационаров пригородной зоны иметь в своем распоряжении ведомственное жилье для сотрудников, не позволяют осуществлять полноценное и систематическое обучение персонала, равно как и создание конкурентоспособного коллектива. Ограниченные финансовые возможности таких стационаров зачастую заставляют расставлять приоритеты экономического развития больницы в ущерб совершенствованию лечебно-диагностической базы. Единственным средством стимуляции в сложившихся условиях является дополнительная финансовая заинтересованность сотрудников, которая в силу объективных обстоятельств остается довольно ограниченной.

Однако стационары пригородной зоны имеют и ряд неоспоримых преимуществ. Это, прежде всего, их расположение в лесопарковой зоне, вдали от крупных промышленных районов. Небольшой коечный фонд предполагает хороший микроклимат, необременительную возможность общения больных с близкими, при том, что не исключает возможность получения высококвалифицированной помощи, включая необходимую техническую и консультативную помощь специалистов города.

Анализируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что для улучшения экстренной медицинской помощи в стационарах пригородной зоны актуально их реформирование.

Основные пути реформирования пригородных стационаров должны включать в себя направления, перечисленные ниже.

1. Используя преимущества малых стационаров повысить их привлекательность за счет осна-

щения современной аппаратурой и привлечения высококвалифицированных специалистов.

2. Расширить объем помощи в первые сутки после поступления для сокращения сроков пребывания в стационаре и достижения максимального объема специализированной медицинской помощи.

3. Сократить длительность пребывания пациентов в стационарах, используя санатории и реабилитационные центры как последовательные этапы лечения.

4. Расширить использование хозрасчетных палат и принципов оплаты дополнительных услуг.

5. Обработать систему последовательной и поэтапной подготовки высококвалифицированных кадров.

6. Организовать централизованную транспортную доставку персонала к месту работы.

7. Обеспечить жильем персонал по месту работы.

8. Совершенствовать и улучшать материально-техническую базу больниц, развивая спонсорские связи и контакты с медицинскими учреждениями зарубежных стран.

9. Расширять применение малоинвазивных технологий, используя внутренние резервы и возможности многопрофильных больниц на договорных началах.

10. Постоянно улучшать и совершенствовать бытовые условия и сервисные услуги, повышать деонтологическую подготовку и внутреннюю культуру персонала.

11. Добиваться работы стационара в условиях единых медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи.

12. Развивать и поддерживать постоянные связи с поликлинической сетью города и крупными многопрофильными больницами.

13. Формировать экономически ориентированную систему оплаты и тарифной политики.

Вышеизложенная проблема требует дальнейшего глубокого изучения и анализа для выработки конкретной концепции реформирования госпитального этапа экстренной медицинской помощи в стационарах пригородной зоны.

*Поступила в редакцию 19.04.2005 г.*



УДК 616.833.1:616-001

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ХАБАРОВСКЕ: ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

В.В.Унжаков

*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края,  
г. Хабаровск, Россия*

© В.В.Унжаков, 2005 г.

### ВВЕДЕНИЕ

Улучшение результатов лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) не только за счет снижения летальности, но и за счет повышения социальной адаптации выживших пациентов возможно только при комплексном подходе к решению этой проблемы. Выбор приоритетных методов оказания помощи пострадавшим, организационных схем определяется не только научно-медицинской целесообразностью, но и реальными экономическими возможностями их практической реализации. «Вырванная из контекста» даже очень хорошая методика лечения у пациентов с ЧМТ редко оказывает существенное влияние на конечный результат. В то же время разумный баланс эффективных методов обследования, лечения и реабилитации в рамках единой концепции и организации создает реальные возможности улучшения конечных результатов лечения.

В современных условиях экономические предпосылки медицинской помощи в России различаются не только с другими странами, но и между регионами внутри страны. В 1999 г. на финансирование здравоохранения Хабаровского края в расчете на душу населения было истрачено (из всех источников) около 30 долларов США. Для сравнения: в 1998 г. в Соединенных Штатах такие расходы составили более 3000 долларов. В ближайшие десятилетия в Хабаровском крае расходы на здравоохранение, даже при условии реального подъема экономики, могут быть увеличены в 5–8 раз (148–228 долларов США на человека).

Все это еще раз свидетельствует о том, что выбор методов обследования и лечения должен быть не только обоснованным, но и рациональным. Прежде всего, необходима детальная информация об эпидемиологии ЧМТ. В доступной литературе данных эпидемиологических исследований ЧМТ в Хабаровском крае мы не встретили.

**Цель работы** — выявить некоторые эпидемиологические показатели ЧМТ в г. Хабаровске, наметить предпосылки для улучшения результатов лечения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу исследования положены результаты анализа медицинской документации, включавшей в себя карты вызова скорой помощи, стационарного лечения, документы медико-социальной экспертизы 771 больного с черепно-мозговой травмой за период с января 2001 г. по январь 2004 г.

В зависимости от степени тяжести ЧМТ все пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу (197 человек) вошли пострадавшие с легкой степенью ЧМТ, 294 человека со средней степенью тяжести ЧМТ составили 2-ю группу, и 280 человек с тяжелой ЧМТ — 3-ю группу.

Среди пострадавших преобладали мужчины: в группе пациентов с легкой ЧМТ их было в 6,3 раза, с ЧМТ средней тяжести — в 5,3 раза, и с тяжелой ЧМТ — в 4 раза больше, чем женщин.

На пациентов в возрасте от 21 до 50 лет пришлось 71% всех случаев ЧМТ.

Среди пострадавших преобладали бытовая и криминальная травма (табл. 1).

Распределение пострадавших в зависимости от рода деятельности представлено в табл. 2.

Как видно из табл. 2, около 80% пациентов с ЧМТ составляют люди рабочих профессий и не-работающие.

Распределение больных в зависимости от времени года представлено в табл. 3.

Из приведенных в табл. 3 данных видно, что более трети от общего числа полученных травм приходится на летний период.

В табл. 4 представлены данные о характере травматических внутричерепных повреждений в группе пострадавших с тяжелой ЧМТ.

В дополнение к приведенным в табл. 4 данным следует подчеркнуть, что все пострадавшие с ЧМТ тяжелой степени были оперированы в первые сутки после поступления. Как видно из табл. 4, у 170 (60,7%) пациентов показанием к хирургическому

Таблица 1  
Распределение пострадавших с ЧМТ в зависимости от вида и тяжести травмы (%)

Вид травмы	Степень тяжести ЧМТ		
	легкая	средняя	тяжелая
Бытовая	85 (43,1)	117 (39,8)	112 (40,0)
Криминальная	84 (42,6)	114 (38,8)	110 (39,3)
Автотравма	12 (6,1)	24 (8,2)	21 (7,5)
Производственная	8 (4,1)	17 (5,8)	16 (5,7)
Кататравма	3 (1,5)	12 (4,1)	10 (3,6)
Уличная	5 (2,6)	10 (3,4)	11 (3,9)
<b>Итого</b>	<b>197 (100)</b>	<b>294 (100)</b>	<b>280 (100)</b>

Таблица 2  
Распределение пострадавших с ЧМТ в зависимости от тяжести травмы и рода деятельности (%)

Профессия	Степень тяжести ЧМТ		
	легкая	средняя	тяжелая
Не работают	85 (43,1)	108 (36,8)	92 (32,8)
Рабочие	64 (32,5)	117 (39,8)	117 (41,8)
Пенсионеры	17 (8,6)	31 (10,5)	24 (8,6)
Студенты	12 (6,1)	16 (5,4)	5 (1,8)
Служащие	10 (5,1)	14 (4,8)	17 (6,0)
Учащиеся	9 (4,6)	7 (2,4)	22 (7,9)
Инвалиды	—	1 (0,3)	3 (1,1)
<b>Итого</b>	<b>197 (100)</b>	<b>294 (100)</b>	<b>280 (100)</b>

Таблица 3  
Распределение пострадавших с ЧМТ в зависимости от тяжести травмы и времени года (%)

Время года	Степень тяжести ЧМТ		
	легкая	средняя	тяжелая
Весна	51 (25,9)	64 (21,8)	83 (29,6)
Лето	68 (34,5)	98 (33,3)	97 (34,6)
Осень	46 (23,4)	83 (28,2)	58 (20,7)
Зима	32 (16,2)	49 (16,7)	42 (15,1)
<b>Итого</b>	<b>197 (100)</b>	<b>294 (100)</b>	<b>280 (100)</b>

Таблица 4

## Характер повреждений у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой

Диагноз	Число больных	%
Ушиб головного мозга	31	11,1
Ушиб головного мозга, перелом костей черепа, субарахноидальное кровоизлияние	16	5,7
Ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние внутричерепные гематомы со сдавлением головного мозга	32	11,4
Ушиб головного мозга, внутричерепная гематома со сдавлением головного мозга	122	43,6
Ушиб головного мозга, внутричерепная гематома со сдавлением головного мозга, перелом костей черепа	48	17,1
Ушиб головного мозга, перелом костей черепа	31	11,1
<b>Итого</b>	<b>280</b>	<b>100</b>

вмешательству была внутричерепная гематома со сдавлением головного мозга. У остальных 110 (39,3%) пострадавших проводилась хирургическая обработка очага размозжения головного мозга.

В табл. 5 представлены данные по тяжести нарушения сознания у пострадавших с черепно-мозговой травмой тяжелой степени.

Таблица 5

**Распределение пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой в зависимости от тяжести нарушения сознания по шкале Глазго**

Баллы по шкале Глазго	Число больных	%
13–15	23	8,2
9–12	111	39,5
3–8	138	52,4
<b>Итого</b>	<b>280</b>	<b>100</b>

Как видно из табл. 5, у 52,4% больных с ЧМТ тяжелой степени были зарегистрированы выраженные (менее 8 баллов по шкале Глазго) расстройства сознания, что требовало проведения искусственной вентиляции легких уже на месте происшествия.

Сроки стационарного лечения пострадавших с тяжелой ЧМТ ( $27,2 \pm 1,0$  суток) достоверно превышали таковые у пострадавших со средней ( $17,1 \pm 0,5$  суток) и легкой ( $12,4 \pm 0,4$  суток) степенью тяжести ЧМТ.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что среди пострадавших с ЧМТ преобладают мужчины в возрасте от 21 до 50 лет, рабочих профессий или неработающие. Это соответствует данным других исследователей, показавших, что ЧМТ достоверно чаще встречается в слоях населения с низким доходом и невысоким социальным статусом.

В одном из исследований показано, что частота встречаемости ЧМТ в ЮАР не превышает та-

ковую в Чикаго — 316 на 100 000, при этом возраст пострадавших составляет 24–44 года, что близко к полученным нами данным. Ситуация с ЧМТ в г. Хабаровске сходна с положением в экономически слабо развитых, социально нестабильных странах.

Основные итоги изучения эпидемиологии ЧМТ в СССР получены в рамках программы С.09. Число пострадавших с ЧМТ в СССР в год было не менее 1,2 миллионов человек, из них не менее чем у 100 000 человек была тяжелая ЧМТ. У мужчин распространенность ЧМТ превышала таковую у женщин в 2–3 раза. В сравнении с этими данными в настоящее время в г. Хабаровске возросло количество случаев тяжелой ЧМТ.

### ВЫВОДЫ

1. Значительное число пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой имеют выраженные нарушения сознания, требующие начала проведения искусственной вентиляции легких уже на догоспитальном этапе.

2. Социальный статус большинства пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой практически исключает экономический вклад в лечение со стороны их семьи или работодателя. Необходимо внесение изменений в расчеты оплаты лечения пострадавших с тяжелой ЧМТ из бюджета, так как около 40% из них нуждаются в хирургическом лечении и проведении пролонгированной искусственной вентиляции легких.

3. В летние месяцы число пострадавших с черепно-мозговой травмой существенно возрастает, что необходимо учитывать при планировании работы станции скорой медицинской помощи и стационаров.

*Поступила в редакцию 23.03.2005 г.*

УДК 616.66:616-001:616-089

## ТРАВМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

В.Н.Фесенко, В.В.Михайличенко, В.П.Александров, В.Н.Вавилов

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия*

© Коллектив авторов, 2005 г.

Клинические проявления повреждения полового члена, помимо симптоматики ранений близлежащих органов, зависят от степени повреждения кавернозных тел и инфицирования раны. В условиях мирного времени травмы полового члена встречаются редко, однако, по данным некоторых авторов, анализировавших травматизм военного времени, огнестрельные ранения полового члена составили от 14% до 18% от общего количества ранений мочеполовой системы.

Особенность анатомии полового члена (обильная сеть кровеносных сосудов, наличие пещеристых тел, фасциальная связь с органами мошонки) является причиной образования посттравматических кровотечений и больших гематом, распространяющихся до корня полового члена, на переднюю стенку живота и на мошонку. В результате имbibирования кровью развивается отек полового члена, кожа приобретает сине-багровую окраску.

Ранения кавернозных тел нередко сопровождаются повреждением мочеиспускательного канала, при котором наблюдается выделение крови из уретры, иногда развивается задержка мочи.

Существуют различные классификации повреждений полового члена.

По виду повреждения выделяют закрытые (ушиб, перелом, вывих, сдавление инородным телом) и открытые (разрыв уздечки полового члена, касательное ранение без повреждения и с повреждением белочной оболочки, пещеристых тел, уретры, скальпирование полового члена, травматическая ампутация пениса) повреждения полового члена.

Травматическая ампутация (отрыв) полового члена может быть частичной или полной.

Кроме этого, по локализации повреждения выделяют следующие анатомические ориентиры: уздечка крайней плоти, крайняя плоть, головка, тело и корень полового члена.

Важным аспектом классификации травм полового члена, во многом определяющим клиническое течение и хирургическую тактику, является выделение изолированных и сочетанных (с другими органами) повреждений. При сочетанных повреждениях тяжесть повреждения мочевого пузыря, прямой кишки, костей таза, а также шока и кровопотери отодвигают симптоматику повреждения полового члена на второй план и оказывают неблагоприятное влияние на прогноз.

### ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

**Ушиб полового члена** — наиболее легкая травма, нередко ее получают во время занятий спортом. Клиническая картина включает в себя боль, кровоизлияние, отек кожи полового члена. Диагностика не представляет сложности. Экстренная госпитализация не показана. В первые три дня показан холод, позже — те-

пло и физиотерапевтические процедуры. Половой покой в течение 2 недель. Антибактериальные препараты назначают только при инфицировании гематомы.

**Перелом полового члена** возникает при резком перегибе эрегированного полового члена во время полового акта при резкой смене сексуальной позиции. Пострадавший ощущает хруст и резкую боль вследствие надрыва или разрыва белочной оболочки, а иногда и пещеристого тела. В некоторых случаях одновременно повреждается мочеиспускательный канал и появляется уретроррагия.

В зависимости от тяжести перелома возможно консервативное или оперативное лечение.

Для оказания неотложной помощи необходимо тугое бинтование полового члена с фиксацией его к лобку, введение анальгетиков, госпитализация в специализированное урологическое отделение.

При хирургическом лечении производится ушивание белочной оболочки, при травме уретры устанавливается катетер Фоли для обеспечения пассажа мочи.

**Вывих полового члена** возникает вследствие схожих с переломом причин. Однако при этом происходит разрыв поддерживающей связки, соединяющей половой член с костями таза. Половой член теряет стабильность, его корень может сместиться в кожу мошонки, лобка, промежности. Пациенту показаны экстренная госпитализация и хирургическое лечение, которое направлено на рефиксацию пениса к тазовым костям, а также на опорожнение возникшей гематомы и тщательный гемостаз.

**Сдавление полового члена** возникает вследствие рискованных сексуальных игр и насильственных действий. От сдавления инородным телом возникает отек тканей, нарушается кровообращение, в запущенных случаях может развиваться некроз дистальной части пениса.

Срочные лечебные мероприятия направлены на прекращение сдавления полового члена. Если после удаления инородного тела мочеиспускание не восстановилось, то пациенту показана срочная капиллярная пункция мочевого пузыря.

### ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Наиболее часто к ним относят колотые, резаные, рваные, укушенные, скальпированные и огнестрельные раны, которые делят на пулевые и осколочные.

А.М.Гаспарян (1947) подразделял огнестрельные ранения следующим образом:

- а) касательные ранения кожи полового члена;
- б) касательные ранения оболочки кавернозных тел;
- в) сквозные ранения с повреждением кавернозных тел;
- г) слепые ранения кавернозных тел;
- д) травматическая ампутация полового члена.

Открытые повреждения в зависимости от причины могут быть незначительными, как разрыв уздечки полового члена, и тяжелыми со значительными дефектами кожи, а иногда и потерей органа.

Открытые ранения сопровождаются кровотечением, образованием гематом, которые впоследствии могут подвергаться нагноению, некрозом поврежденных тканей.

Диагностика открытых повреждений включает в себя тщательный осмотр раны, пальпацию (инородные тела, дефекты в кавернозном теле), ультразвуковое и рентгенологическое исследование.

Неотложная помощь при открытых повреждениях полового члена начинается с наложения защитной, а при кровотечении — давящей повязки, введения антибиотиков, обезболивающих средств и столбнячного анатоксина.

Пациентам с тяжелыми травмами показана экстренная госпитализация.

При частичном отрыве полового члена проводят первичную хирургическую обработку раны с экономным иссечением нежизнеспособных тканей и восстановлением частей травмированного органа.

Наиболее тяжелым видом мужской генитальной травмы является ампутация полового члена.

По данным различных авторов, ампутация полового члена составляет от 2% до 5% среди всех видов его повреждений.

Причины ампутации могут иметь бытовой, криминогенный, производственный характер, кроме этого, ампутация наступает вследствие ранений во время боевых действий, у пациентов с психическими заболеваниями, при ритуальных обрезаниях, рискованных сексуальных играх.

Хорошее кровоснабжение полового органа создает благоприятные условия для реплантации. Прямая реплантация с формированием микрососудистых анастомозов является наиболее эффективным методом.

Для успешной реплантации на догоспитальном этапе следует соблюдать следующие правила:

- 1) ампутированную часть пениса необходимо хранить до начала реплантации в изотоническом растворе натрия хлорида со льдом;

2) время ишемии ампутированной части не должно превышать 24 часов;

3) для остановки кровотечения из места ампутации следует накладывать щадящую давящую повязку, чтобы избежать механического повреждения сосудов и нервов;

4) для обеспечения отведения мочи следует применять капиллярную пункцию мочевого пузыря.

При невозможности реплантации полового члена или неудовлетворительном ее результате показана реконструктивно-пластическая операция.

Оптимальными для реконструкции полового члена являются способы фаллопластики с использованием микрохирургической аутотрансплантации васкуляризированных лоскутов спустя 3–6 месяцев после травмы.

При выборе методики фаллопластики необходим поиск анатомически обоснованного, функционально целесообразного, технически доступного с учетом пожелания пациента метода реконструкции полового члена.

Наиболее востребованными в пластической хирургии являются торакодорсальный, лучевой, лопаточный лоскуты, а в нашей клинике

разработан и применяется островковый передне-латеральный лоскут бедра.

Среди 26 пациентов в возрасте от 19 до 55 лет, оперированных в период с 1993 по 2003 гг. по поводу утраты полового члена, фаллопластика торакодорсальным лоскутом применена у 9 больных; фаллопластика островковым лоскутом бедра — у 5 пациентов, одномоментная фаллоуретропластика лучевым и локтевым лоскутами выполнена у 12 пациентов, стволовая уретропластика в неофаллосе с использованием лучевого лоскута применена у 8 пациентов.

Ригидность неофаллоса и способность его к проведению полового акта достигается имплантацией протезов или реиннервацией мышечной основы торакодорсального лоскута с использованием двигательной ветви запирающего нерва.

Восстановление утраченного полового члена у пациентов, перенесших его травматическую ампутацию, способствует более активной социальной адаптации больных, гармонизации сексуальной жизни, а также улучшению качества жизни в целом.

*Поступила в редакцию 20.01.2005 г.*

УДК 616.346.2-002

## НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Р.В.Чеминава

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Россия*

© Р.В.Чеминава, 2005 г.

До последнего времени проблема диагностики и своевременного лечения острого аппендицита остается одной из самых актуальных в ургентной хирургии, прежде всего, из-за высокой частоты заболевания и значительного количества диагностических ошибок на всех этапах оказания медицинской помощи. Поздняя госпитализация и запоздалое хирургическое вмешательство, с одной стороны, гипердиагностика и необоснованная аппендэктомия — с другой, приводят к неблагоприятным последствиям, а иногда и к серьезным послеоперационным осложнениям.

По данным А.Е.Борисова, в 2004 г. общее число больных с острым аппендицитом в Санкт-Петербурге составило 4840 человек. В последние десятилетия летальность от острого аппендицита не имеет тенденции к снижению, составляя в лечебных учреждениях Санкт-Петербурга 0,31%. Не вызывает сомнения, что основной причиной летальных исходов является поздняя госпитализация. Доля больных, госпитализированных позже 24 часов от начала заболевания, в Санкт-Петербурге составила 44,19%. При деструктивных формах аппендицита послеоперационные осложнения развиваются в 5–15% случаев. Гипердиагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе, по данным литературы, составляет 50%, на госпитальном этапе — 32%. Частота необоснованных аппендэктомий составляет от 13% до 30%, что, в свою очередь, увеличивает от 30% до 70% число пациентов, страдающих спаечной болезнью после аппендэктомии.

Целью исследования было оценить перспективные медицинские технологии, позволяющие повысить точность диагностики острого аппендицита, и обосновать их оптимальное использование в экстренной ситуации.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе анализируются результаты диагностики и лечения 139 больных, поступивших в клинику общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова в 2003–2004 гг.

Больные, поступившие в стационар, были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 70 пациентов, у которых диагноз острого аппендицита подтвердился. 2-ю группу составили 69 больных, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит, в процессе обследования которых данный диагноз не подтвердился.

Для повышения информативности, снижения количества диагностических ошибок и уменьшения необоснованных операций пациентам 1-й и 2-й групп на госпитальном этапе выполнялись экстренные УЗИ, ФГДС, диагностическая лапароскопия (ДЛ), больных консультировали квалифицированные специалисты (хирурги, гинекологи, терапевты, урологи и невропатологи).

В экстренных дежурствах всегда принимали участие хирурги, владеющие методиками выполнения УЗИ и эндовидеохирургических способов диагностики и лечения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение динамики поступления больных с подозрением на острый аппендицит в клинику в течение суток выявило, что 46% пациентов поступили с 9 до 16 ч, а 54% поступили с 17 до 9 ч. Учитывая ограниченные возможности для проведения лабораторно-инструментального исследования в это время суток у врачей поликлиники и СМП, при малейшем подозрении на острую абдоминальную хирургическую патологию больного направляют в хирургический стационар. Представляется, что такая гипердиагностика вполне оправдана.

На госпитальном этапе у 18% пациентов острый аппендицит был исключен в приемном покое клиники, в зависимости от выявленных изменений больные были отправлены домой, части пациентов было рекомендовано амбулаторное лечение по месту жительства.

В экстренных дежурствах в клинике участвуют опытные хирурги, однако у 43,9% больных им не удалось исключить в приемном отделении острую абдоминальную хирургическую патологию. Больные были госпитализированы для дальнейшего исследования и наблюдения в динамике.

У больных 1-й группы в 74,2% случаев был обнаружен деструктивный аппендицит. В первую очередь, это объясняется поздним обращением за медицинской помощью.

Средний срок обращения за медицинской помощью с момента появления первых признаков заболевания составил 21,2 ч. У больных с гангренозным аппендицитом этот показатель составил 33,8 ч, а у пациентов с перфоративным аппендицитом — 41,4 ч. На первом месте среди причин поздней госпитализации стояла поздняя обращаемость. По нашим данным, поздно обратился за медицинской помощью 61 (87%) больной. Отказались от предложенной своевременной госпитализации 6 (8,5%) больных. В 3 (4,2%) случаях у пациентов старческого возраста поздняя госпитализация была обусловлена диагностической ошибкой, допущенной участковыми врачами.

Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и исключения ошибки на госпитальном этапе больным 1-й группы в 21 (30%)

случае было проведено УЗИ органов брюшной полости, в 9 (12,8%) случаях — ФГДС и в 11 (15,7%) случаях — диагностическая лапароскопия.

7 (10%) больных консультировались гинекологом, 3 (4,3%) — терапевтом и урологом.

При УЗИ в 13 случаях было обнаружено воспаление червеобразного отростка в виде структуры овальной формы с утолщенными стенками, а в некоторых случаях с деструкцией стенки отростка с исчезновением полости и появлением ограниченных жидкостных участков.

ДЛ выполнялась в тех случаях, когда на основании клинико-лабораторных данных не представлялось возможным с уверенностью поставить или отвергнуть. Диагноз ДЛ, выполненная по экстренным показаниям, позволила 11 (15,7%) пациентам уточнить диагноз. У 7 больных ДЛ была переведена в лечебную лапароскопию — произведена лапароскопическая аппендэктомия. В 3 случаях в связи со спаечным процессом, атипичным расположением отростка, когда возникли технические трудности для осуществления лапароскопической аппендэктомии, была выполнена традиционная аппендэктомия. Всем остальным больным 1-й группы также была осуществлена аппендэктомия открытым способом. В течение 2 часов с момента поступления оперирован 41 (58,6%) больной, в течение 4 часов оперированы 29 (41,4%) пациентов. При наличии мутного выпота, гноя (выпот и гной посылались на микробиологическое исследование) проводилась санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период у 3 больных с гангренозным аппендицитом осложнился: в одном случае воспалительным инфильтратом раны и в двух — нагноением раны. За этот период не было ни одного летального исхода. Сравнение клинического диагноза с морфологическим заключением показало, что у 2 пациентов после удаления катарального аппендицита данных, свидетельствующих об остром воспалении червеобразного отростка, не было выявлено. В остальных случаях клинический диагноз совпадал с морфологическим заключением.

Средний койко-день больных с острым аппендицитом составил 6,5 суток. При наличии гангренозного отростка средний срок пребывания больного в стационаре составил 13,8 суток, а при перфоративном аппендиците этот показатель составил 11,7 суток. После лапароскопической аппендэктомии средний койко-день составил 5,3 суток.



У больных 2-й группы для исключения диагностической ошибки в приемном отделении проводились: УЗИ — в 70% случаев; ФГДС — в 41,4% случаев. Консультации терапевта была проведена у 10% пациентов, консультации гинеколога у 50% больных, консультации уролога в 4,3% случаях.

У 7 больных 2-й группы производилась экстренная ДЛ, при которой у 6 пациентов выявлены следующие острые хирургические заболевания: у одного — перфоративная язва, у двух — острый холецистит, у одного — перфорация тонкой кишки инородным телом, у одного — некроз жирового подвеса, у одного — инородное тело в брюшной полости. У всех этих больных операция была завершена лапароскопическим способом.

Остальным пациентам 2-й группы, несмотря на тщательное обследование в приемном отделении, полностью исключить острую хирургическую патологию брюшной полости не представилось возможным, поэтому они были госпитализированы. В процессе наблюдения и дальнейшего исследования пациентам у 22 (31,9%) больных диагностирована дискинезия кишечника у 21 (30,4%) — острые гинекологические заболевания, у 9 (13%) — острый мезоденит.

Результаты исследования показали, что почти у половины больных, поступивших в клинику с подозрением на острый аппендицит, причи-

ной болей в животе являлись другие заболевания. Одновременно с этим увеличение числа больных поступающих в клинику через сутки и более, ведет к увеличению числа пациентов с деструктивным аппендицитом.

Показано, что при неубедительных клинических проявлениях острого аппендицита, помимо лабораторных исследований, необходимо проводить ультразвуковую диагностику и после нее — лапароскопию.

## ВЫВОДЫ

1. Обеспечению своевременной диагностики острого аппендицита способствует решение организационных вопросов, связанных с круглосуточным дежурством специалистов, владеющих ультразвуковой диагностикой и лапароскопией, несмотря на увеличение экономических затрат.

2. Тщательное обследование пациентов, поступающих с болями в животе, с участием разных специалистов и современных инструментальных методов исследования позволит избежать напрасных аппендэктомий.

3. Неоспоримым преимуществом диагностической лапароскопии является возможность перехода в лечебный этап, но в каждом случае вид операции нужно выбирать индивидуально.

*Поступила в редакцию 27.01.2005 г.*

# ИСТОРИЯ

УДК 061.25 «364»

## РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КРАСНОГО КРЕСТА В ВОЙНЕ 1904–1905 гг. (к 100-летию Русско-японской войны)

В.И.Буравцов

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия*

© В.И.Буравцов, 2005 г.

Русско-японская война 1904–1905 годов является одной из самых трагичных страниц истории России. Оборона Порт-Артура и Цусимская катастрофа продолжают жить в памяти народа вместе с именами кораблей-героев — «Варяга», «Петропавловска», «Стерегущего».

Основной причиной войны стало соперничество российского и японского капиталов по экономической экспансии Кореи и Маньчжурии (в конце XIX века россияне здесь успешно теснили японцев). В 1896 г. Россия получила от Китая концессию на строительство железной дороги через Маньчжурию, в 1898 г. арендовала Квантунский полуостров с правом строительства на нем военно-морской базы и торгового порта и, наконец, ввела войска в Маньчжурию, участвуя в подавлении восстания в Китае. С обеих сторон начались приготовления к войне, при этом соперники знали о военных программах друг друга.

К началу 1904 г. японская сухопутная армия насчитывала около 375 000 человек и 85 боевых единиц флота, русская армия на Дальнем Востоке состояла из 98 000 солдат и офицеров, рассредоточенных на пространстве от Читы и Владивостока до Порт-Артура, и 63 кораблей, базировавшихся во Владивостоке и Порт-Артуре. Кроме того, техническое превосходство японцев определялось наличием у них нового, более мощного, чем порох, взрывчатого вещества для артиллерийских снарядов («шимоза»), лучшей бронированной защитой кораблей и мощной корабельной артиллерией.

С момента начала Русско-японской войны, когда 27 января 1904 г. японской флот внезапно атаковал русскую Тихоокеанскую эскадру в Порт-Артуре, Российское общество Красного Креста (РОКК) немедленно включилось в дело оказания помощи больным и раненым воинам. В тот же день в составе главного управления РОКК была образована особая Исполнительная комиссия во главе с генерал-адъютантом графом Илларионом Ивановичем Воронцовым-Дашковым, взявшая на себя все дело организации помощи больным и раненым воинам на театре военных действий. И уже в 3 часа дня 27 января с почтовым поездом Николаевской дороги на Дальний Восток были отправлены шесть сестер милосердия Евгеньевской общины [1].

В числе первых распоряжений, отданных комиссией, было предложение шести Петербургским общинам сестер милосердия подготовить медицинский персонал и все необходимое для организации каждой общиной лазарета на 200 коек с целью их от-

правки на Дальний Восток. Такие же указания были даны Киевской, Варшавской, Казанской, Одесской, Самарской, Саратовской, Тамбовской, Харьковской, Томской, Иркутской и двум Московским общинам. Лазареты на 100 коек было предложено сформировать Воронежской, Нижегородской, Пензенской, Симбирской, Черниговской, Тамбовской, Благовещенской общинам, а на 50 коек — Екатеринбургской.

В состав каждого госпитального (лазаретного) отряда на 200 коек входили 5 врачей, из них один старший — заведующий отрядом и уполномоченный общества Красного Креста, заведующий хозяйственной частью отряда, 15 сестер милосердия и 30 санитаров. В госпитальном отряде, рассчитанном на обслуживание 100-коечного лазарета, предусматривалось 4 врача, 10 сестер милосердия и 15 санитаров. Госпитальный отряд на 50 кроватей состоял из 3 врачей, 8 сестер милосердия и 10 санитаров [2].

И хотя недостатка в желающих отправиться на Дальний Восток не было, Главное управление РОКК признало нужным организовать при Петербургских общинах курсы подготовки по сокращенной программе сестер милосердия — «интеллигентных добровольцев» — и поручить комитету Красного Креста по подаче первой помощи в несчастных случаях подготовку санитаров в лечебных заведениях Императрицы Марии Федоровны [3].

Особую заботу РОКК представляла паромная переправа через озеро Байкал, так как бывали случаи, когда из-за погодных условий переправа прекращалась. Придавая огромное значение организации помощи на месте, через Байкал, с обеих сторон переправы были устроены питательные пункты, склад для снабжения войск теплой одеждой и лазарет на 200 коек под руководством председательницы Богородицкого комитета Красного Креста в составе двух врачей и 11 сестер милосердия Тульской Богородицкой общины [4].

Не была оставлена в стороне и, как теперь принято говорить, информационная сторона дела. Уже на следующий день после начала войны, 28 января 1904 г., покровительница РОКК императрица Мария Федоровна подписала декрет следующего содержания: «Великая идея добровольной помощи жертвам боя со стороны тех, кто лишен возможности сражаться за Родину, всегда находила живой отклик в русских сердцах. В неразрывном единении молитв, помыслов и пожеланий с возлюбленною Невесткою Моею Императрицей Александрой Федоровной, разде-

ляющей со Мной любвеобильным сердцем одушевляющие Меня чувства, призывая русских людей к подвигу человеколюбия, Я твердо уверена, что вся Россия чутко откликнется на настоящий Мой призыв во имя христианской помощи и под знаменем Красного Креста понесет свои силы и достатки на дело помощи ближнему. С сокрушенным сердцем, но и с твердым упованием на помощь Божию, встречая грядущие события, молю Бога, да благословит Он труды и жертвы всех и каждого на помощь пострадавшим воинам и на великое дело человеколюбия» [5].

1 февраля 1904 г. из Санкт-Петербурга выехал санитарный персонал плавучего госпиталя на 300 коек, который комендант Порт-Артура распорядился устроить на пароходе «Монголия». В состав отряда вошли 5 врачей, 9 студентов IV курса Военно-медицинской академии, 4 фельдшера и 10 сестер милосердия общины Святого Георгия во главе со старшей сестрой Ольгой Серебряковой и 50 санитаров [6].

Следует отметить, что тогдашние печатные средства массовой информации очень широко освещали заботу высоких покровителей Красного Креста о помощи больным и раненым. Вот один из примеров: «12 февраля в Собственном Его Величества Аничковом Дворце Ее Величеству Государыне Императрице Марии Федоровне имели счастье быть представленными отъезжающие на Дальний Восток отряды общин: имени генерал-адъютанта М.П. фон-Кауфмана и Покровской. Названные отряды прибыли во Дворец в 11-м часу утра; сюда же прибыл Августейший Попечитель общины Его Высочество Принц Петр Александрович Ольденбургский. Представляющийся отряд общины генерал-адъютанта фон-Кауфмана состоит из 5 врачей, заведывающего хозяйством отряда, 6 сестер милосердия, 10 ученых сиделок и 20 санитаров. Во главе сестер находилась председательница общины баронесса В.И. Иксульфон-Гильденбандт. При представлении отряда присутствовал сын покойного генерал-адъютанта М.П. фон-Кауфмана — П.М. фон-Кауфман. Ее Величество обходила сестер, врачей, сиделок и санитаров, причем всех отъезжающих имела счастье представлять Государыне Императрице председательница общины, а затем, при обходе сестер Покровской общины, Государыня Императрица обласкала представлявшихся милостивыми словами и интересовалась, был ли кто из сестер во время военных действий в Китае в 1900 году. Затем Ее Величество вручила каждому из отъезжающих по образку с надписью на них:

«Спаси и сохрани». Пожелав сестрам счастливо-го пути и возвращения здоровыми, Государыня Императрица отбыла во внутренние покои» [7].

«12 февраля санитарный отряд, командированный из С.-Петербурга на Дальний Восток в составе 145 лиц в сопровождении уполномоченного Лерхе, был ошастливлен, перед отъездом из Москвы посещением в поезде Ее Императорского Высочества Великой Княгини Елизаветы Федоровны, причем Ее Величество милостиво изволила беседовать с персоналом и подробно осматривать поезд. В Москве в этот поезд были приняты семь сестер милосердия Иверской общины и 13 общины «Утоли мои печали». Содержатель буфета ст. Москва Николаевской дороги К.А.Егоров безвозмездно предложил обед и ужин всему персоналу в числе 165 человек. По засвидетельствованию уполномоченного идущий с поездом вагон-кухня, изготовленный на С.-Петербургском вагонно-строительном заводе чрезвычайно удобен и является огромным подспорьем в тех перегонах, где буфеты недостаточны для прокормления большого числа лиц» [8].

Возникающие после чтения подобных отчетов (а их в «Вестнике РОКК» опубликовано не один десяток) впечатление безмятежности и уверенности в скорой победе создается не только у нас, оно стойко формировалось на начальных этапах войны и у современников. Об этом свидетельствует письмо одной из сестер милосердия, написанное в марте 1904 г.: «Шлю Вам сердечный привет с другого конца света. Два дня тому назад мы приехали в Харбин. Путешествовали мы очень хорошо, даже весело. Нас очень хорошо кормили, о нас заботились. В Москве нас даже роскошно угощали от города. На многих станциях кричали «ура» и даже пели «Боже, Царя храни», провожая наш поезд. Когда встречались воинские поезда, солдаты тоже провожали криками «ура». Здесь нас встретили очень любезно, даже с музыкой. Поместили прекрасно, помещение сухое, чистое; обедаем мы в военном собрании. Даже удовольствие старались доставить нам. Здешняя китайская аристократия приглашала нас в театр. Представление китайских артистов что-то невообразимое, какой-то кошачий концерт, крик, шум, мяуканье. И в этом аду мы высидели часа четыре. Во время спектакля нас угощали китайскими закусками, каким-то невероятным супом из ласточкиных гнезд, червями, какой-то морской капустой и тухлыми яйцами. Китайцы очень любезно угощали нас. Здесь в Харбине собрались сестры нескольких общин Петербург-

ских и Московских. Отсюда нас разошлют в разные места и мне, должно быть, придется попасть в какой-нибудь полевой лазарет» [9].

Всего к 17 марта 1904 года Исполнительной комиссией главного управления Красного Креста на Дальний Восток было отправлено 985 человек медицинского персонала и 95 вагонов с грузом, считая госпитальное снаряжение на 1900 коек. Но, учитывая сложности железнодорожного сообщения во время войны и просторы России, к этому времени всего три лазарета (на 200 коек каждый) добрались до Харбина и 5 лазаретов находились в Иркутске. Только 30 марта отбыли на Восток лазареты, сформированные в Одессе и Киеве.

31 марта 1904 г., более чем через два месяца от начала войны, в день, когда взрывом мины был потоплен флагманский броненосец Тихоокеанской эскадры «Петропавловск» и погиб командующий флотом адмирал С.О.Макаров, в Москву прибыл с театра военных действий первый раненый — подполковник Зайончковский (ранен при первой бомбардировке Порт-Артура). С вокзала он был доставлен в карете скорой помощи в Иверскую общину, где оставался целый день, а затем в сопровождении сестры милосердия отправился в Петербург [10].

Всего к апрелю 1904 года количество краснокрестного санитарного персонала, находящегося на театре военных действий достигло 1792 человек, в том числе врачей — 151, сестер милосердия — 641 и санитаров — 840 [11]. Для сравнения приведем данные о количестве армейских чинов санитарной службы военного министерства. По штатам мирного времени в войсках и военно-лечебных заведениях на Дальнем Востоке было 243 врача и 602 фельдшера при общем количестве войск 129 137 человек [12]. С началом войны и увеличением количества войск (всего на Дальний Восток за время войны прибыло 1 284 522 офицера и нижних чинов), а также числа военно-временных учреждений медицинской службы военного министерства, на службу из запаса было дополнительно принято 3418 врачей и 11 105 фельдшеров [13].

В целом с началом Русско-японской войны деятельность Красного Креста была развернута очень широко, и можно сказать словами Главного уполномоченного Красного Креста, П.М.фон-Кауфмана, что еще «никогда и нигде добровольная помощь Красного Креста не обслуживала так всесторонне и в столь крупных размерах больных и раненых воинов, как в эту кампанию.

Приходя в помощь военному ведомству в деле снабжения его госпиталей теми предметами, которые не полагались по табели военно-лечебных заведений, и снабжая военные лазареты сестрами милосердия, Красный Крест в то же время объединил под своим флагом всю добровольную частную помощь и выступил в качестве самостоятельного учреждения, организовав свои собственные лазареты, летучие отряды, питательные пункты, санитарные поезда, летучие госпитали. Широкою помощью оказал он и делу эвакуации и размещения больных и раненых в России и щедро рукою раздавал пищу, белье, одежду, обувь и теплые вещи всем нуждающимся» [14]. Но на местах видели и другое. Сестра милосердия О.А.Баумгартен писала: «Красный Крест ни в чем не отказывает; Красный Крест любит роскошь, Красный Крест щедро тратит врученные ему деньги, а также и пожертвованные гроши бедняков!» [15].

Усиление роли и самостоятельности Красного Креста в деле оказания помощи раненым и больным вступало в явные противоречия с задачами санитарного управления военного ведомства. Недаром исполнительная комиссия главного управления РОКК по оказанию помощи больным и раненым на Дальнем Востоке вынуждена была дать специальное разъяснение: «В виду появившихся во многих газетах сообщений, что Красный Крест направляет свою помощь исключительно в свои собственные учреждения, оставляя совершенно в стороне нужды военного ведомства, исполнительная Комиссия Общества Красного Креста считает долгом заявить, что вся деятельность Красного Креста направляется исключительно в помощь военно-санитарной организации армии. Т. е. прежде всего на пополнение санитарного персонала и улучшение довольствия военно-лечебных заведений всякого рода, а затем, в мере потребности, в учреждении своих лечебных заведений более подвижного типа, каких в распоряжении военного ведомства не имеется. Таким образом, весь персонал и все материальные склады Общества служат в совершенно равной мере для пополнения и питания как лечебных заведений военного ведомства, так и Красного Креста» [16].

Тем не менее, на плавучем лазарете «Монголия», находившемся в ведении РОКК, на 300 раненых полагалось 5 врачей, 11 сестер и 50 санитаров — рядом курсировал госпитальный пароход «Казань», подчиненный военному ведомству, и здесь тысячу больных обслуживали 2 сестры Евгеньевской и Касперовской общин [17].

Одним небольшим, но характерным бытовым штрихом очерчено впечатление о деятельности РОКК А.А.Игнатьевым, раненым на фронте во время Русско-японской войны: «Не помню хорошо, — пишет А.А.Игнатьев, — как я, в конце концов, очутился на парусиновой койке, подвешенной между стойками сидений вагона третьего класса, что теперь называют жестким. Это был санитарный поезд № 14. В вагоне, кроме меня, никого не было. Подошла сестра милосердия, высокая, красивая женщина с большими грустными темными глазами, в белой косынке.

— Вы уж простите, — с горечью сказала она, — наш поезд военный, а не Красного Креста. У них там подают холодный крушон из шампанского, а вот у нас, кроме клюквенного морса, нечего предложить. Во всем экономия, раскладки казенные, в обрез.

И вспомнились мне те два роскошных поезда «имени императрицы», которые я видел проходящими через Ляоян. Их все осматривали, восторгаясь и прекрасной хирургической, и койками, оборудованными по последнему слову науки, и даже вагонами для докторов и сестер, и особыми купе, и уютной столовой. Таких поездов было всего три, и никому не приходило в голову подсчитать, сколько раненых могли они принять. Впоследствии к ним попросту прицепляли теплушки, куда после больших сражений раненых сваливали наспех, без всякого разбора. «Поезда императрицы» были созданы для популярности царской семьи и только вызвали чувство зависти к тем счастливым, которые могли пользоваться этой роскошью» [18].

Центром работы Красного Креста был город Харбин. Здесь были сосредоточены управление Главного уполномоченного, резервы сестер милосердия, центральные склады общества и уже отсюда шло пополнение полевых, запасных и подвижных госпиталей. В Харбине были размещены два госпиталя Красного Креста: Московской Иверской общины и Петербургской Елизаветинской общины. Корреспондент «Нового времени» господин Ельц так описывал обстановку в этих госпиталях: «Редко приходилось видеть на театре войны что-либо подобное в смысле гигиенической роскоши. Все здесь белое, начиная со стен, сверкающих как мраморные, и кончая занавесками. Это необыкновенно успокоительно действует на разбитые нервы раненых, в чем я убедился, вглядываясь в лица раненых матросов с «Баяна». До какого внимания к больным доведено дело в общине, видно из то-

го факта, что даже походная церковь устроена в самой палате, так что больные могут слушать церковные службы... Второй госпиталь оборудован, говорят, также роскошно. В Харбине же снабжаются всем необходимым три санитарные поезда, эвакуирующие больных в другие пункты. Для водной эвакуации больных и раненых по рекам Сунгари и Амуру организован караван барок с пароходами, могущих поднять сходку до 800 человек» [19].

В совершенно другой ситуации оказались войска и медицинский персонал Порт-Артура, окруженного японцами и осаждаемого с июля по декабрь 1904 г. К началу осады в Порт-Артуре оказалось около 47 000 войск и 7000 гражданского населения. Здесь находились 97 врачей, 294 фельдшера, 51 штатная сестра из общин святой Евгении, святого Георгия, Квантунской (Маринской), Крондштатской и Касперовской общин и около 150 вольнонаемных сестер [20]. Фамилии всех этих медицинских работников известны благодаря обстоятельному труду корпусного хирурга 3-го армейского сибирского корпуса Виктора Борисовича Гюббенета. Какими были условия в период осады, свидетельствует замечание О.А.Баумгартен о том, что в ноябре 1904 г. мясо собаки в городе стоило 48 копеек за один фунт (армейский фельдшер получал 3 рубля в месяц) [21]. К моменту капитуляции в крепости оставались 13 776 раненых, 15 810 военнослужащих были взяты в плен, 12 657 погибли при обороне [22]. Сестрам в начале января 1905 г. было предложено покинуть город, так как раненые солдаты были переданы японцам, но женщины отказались покинуть Порт-Артур и изъявили желание следовать за больными в Японию. Однако в конце февраля все сестры были вынуждены отправиться в Россию, а раненых отправляли в Японию уже в качестве военнопленных. «Сестрица, — говорили на прощание больные Ольге Баумгартен, — вот как только вы уедете, мы и начнем буяннить: пуцай японец нас узнает».

Организуя помощь раненым в районе действующей армии, РОКК ставило задачу приблизить эту помощь, по возможности, ближе к линии фронта. Не в последнюю очередь это было связано с желанием практически всех сестер работать на передовых позициях. «Мысль, что настоящая работа не в тылу, что они нужнее там, где бьются, — их постоянно преследовала и не давала спокойно работать в том месте, куда они были назначены», — писал в отчете Главный уполномоченный Красного Креста П.Кауфман [23].

Уже при сражении наших войск с японцами с 15 по 17 апреля один из отрядов Красного Креста открыл лазарет в непосредственной близости от поля боя, где и оказывал помощь раненым. Во время отступления 18 апреля старший врач отряда Пуссеп, отправив свой обоз в тыл, продолжал вместе с персоналом отряда оказывать помощь раненым. Всего во время отступления было перевязано 160 человек и накормлено до 2 тысяч. Неустранимая деятельность этого отряда была засвидетельствована командующим войсками на Дальнем Востоке генерал-адъютантом А.Н.Куропаткиным в его телеграмме императору, признававшего, что деятельность эта «была выше всяких похвал» [24].

В мае в боях при Вафангоу персоналом Красного Креста сделано до 1200 перевязок, из них около 400 под огнем противника. Последним полем боя покинул небольшой перевязочный пункт Красного Креста под руководством сестры Вороновой. Отряд эвакуировал раненых с передовых перевязочных пунктов на вокзал на колесных двуколках. Тогда же на ст. Кайджоу силами подвижного лазарета императрицы Марии Федоровны и седьмого летучего отряда при участии Владимирской общины и Орловского земского отряда были открыты два госпиталя Красного Креста, принявшие сразу более 500 раненых. Начальник летучего отряда императрицы Марии Федоровны профессор Цеге-фон-Мантейфель телеграфировал: «В начале битвы я отправился с доктором Бетхером и пятью санитарями под сильным огнем неприятеля на позицию артиллерии. Раненые прибывали с семи часов вечера до двух часов утра. Затем со студентами Бурденко и Шапиловым я переехал на левый фланг обороны. Весь отряд, доктора, санитары с полным хладнокровием исполняли свой долг под огнем неприятеля, причем сестры, приехавшие накануне с лазаретом, работали всю ночь с нами» [25].

Однако, попав на передовую, большинство женщин переживали психологический шок, поскольку внезапно менялось все: условия жизни, работа, круг общения. Кроме того, на передовой возникала непосредственная угроза жизни. «Едва мы выбрались за околицу, как один из снарядов ударил в фанзу, где помещался наш персонал, и мы видели, как рухнула она. Вот, если бы знала моя мама про все эти ужасы. Я была еле жива от страха» [26]. Страшной была жизнь и на передовых перевязочных пунктах. «Санитары клали раненых прямо на землю. Раненые кричали и стонали, испуганно корчась на полу, когда



Уход за больным. Набросок А. Мартынова.

доктора и сестры, в силу необходимости, перешагивали через них, чтобы сделать перевязку дальним... На полу стояли лужи, буквально лужи крови, и мы ступали по ним, чувствуя, как липнут наши подошвы... Смерть нас уже не потрясала, — но мучения живых людей так разнообразны и так ужасны в этом разнообразии, что никакая привычка не могла примирить с ними, и каждый раз переворачивало душу» [27].

Ужасы войны не прекращались для медицинских сестер и в тылу. Вот описание ночи в одном из походных госпиталей: «Солдатское отделение было битком набито ранеными и больными. В спертom душном воздухе... копошилось множество тел: лежали на плотно сомкнутых койках, лежали страшными рядами у стен и в проходах, валялись на циновках и шинелях... Под высокими полутемными сводами палаты в хаосе скользящих и борющихся теней стоял неумолчный зов, стоял острый и длинный, точно жало змеи, крик, тянулся как лента, и рвался стон и хрип. Словно был там застенки пытки, где кого-то терзали железными когтями, выматывая душу. И все эти звуки, и все голоса сливались как ручьи в один странный и жуткий хорал страдания, лившийся могучим потоком через весь госпиталь... Плач жизни неотступный и неумолчный, рвался и плыл в воздухе, колыбался вместе с пламенем свечи, звучал в ушах, дрожал в груди, в сердце. И тихо дребезжали стекла, все ухаля и ухаля канонада, и короткие сияния вспыхивали за окнами, скользили по стене мрака... Вдруг душу раздирающий крик пронзил воздух, как меч... такой длинный, страшный, мучительный крик, что все — самые тяжкие больные — замолкли и тревожно подняли головы. — Менингитчик! — объяснил больной доктор. — Воспаление оболочки мозга... Сегодня утром долбили долотом череп... — Господи! Он нас здесь доконает...» [28].

Эвакуация раненых во время войны 1904–1905 гг. представляла, вероятно, основную проблему медико-санитарной службы армии и учреждений Красного Креста. Это признавали и начальник санитарной службы, и Главный уполномоченный Красного Креста, и командующий армией. Такое положение определялось чрезвычайной отдаленностью театра военных действий, неудачным для России ходом войны, оборонительным типом ведущихся ее армией боевых действий, постоянными отступлениями, а также полным бездорожьем огромного театра военных действий, расположенного в Маньчжурии (современная территория Северо-Восточного Китая).

Главный уполномоченный дворянского санитарного отряда Стахович (отряд был создан распорядительным комитетом дворянских обществ 42 губерний России, объединившихся для оказания помощи больным и раненым воинам на Дальнем Востоке), бывший свидетелем отступления русских войск после боев у Тюренчена, когда большинству раненых пришлось не только уползать с поля сражения, но и потом брести или ползти 150, 200 и даже 230 верст, писал: «Наличность нужды (участия в эвакуации) и все ужасы были так непосредственно перед глазами, что заслонили те теоретические соображения (не принимать участия в организации эвакуации ра-



Раненые под Тюренченом.

нужды), которые я сам же поддерживал в распорядительном комитете. Всякий, кто вспомнит или представит себе один из этих (эвакуационных) экипажей — двухколесный, с короткими оглоблями и очень высокими колесами — поймет, что в них ужасно ехать здоровому, а больному, не только раненому, лежать прямо на оси, да еще без возможности вытянуться, да еще по китайским дорогам с аршинными выбоинами, с дурно прилаженной, вечно дергающей упряжкой, ехать так двое, а иногда больше суток —

мучительнейшая пытка, не говоря об опасности для медицинского процесса. И действительно, когда встретишь такой транспорт, или нагонишь его в пути, долго его не забудешь. Это непрерывные крики то из одной, то из другой повозки, отчаянные мольбы, оханье и стоны...

Несмотря на всю усталость сестер и санитаров, сопровождавших транспорт, редкий рейс обходился без того, чтобы одна из арб не опрокинулась. Одно падение было несчастное; больной ударился головой так несчастливо, что врачи предполагали ушиб какого-то мозгового нерва, и несколько дней спустя вскрытие оправдало их предположение» [29].

Участие дворянской организации в дальнейшей эвакуации раненых выразилось в оборудовании специального санитарного поезда. Постоянная часть поезда состояла из трех вагонов: кухни, аптеки и бельевой, и кладовой, где хранились кровати, матрасы и белье. Вагонов, предназначенных для перевозки больных, не было. Взамен их брались освободившиеся от грузов вагоны на станции формирования. Их выметали, мыли, дезинфицировали, ставили кровати с тюфяками и бельем. Штат поезда состоял из трех врачей, провизора, 10 сестер и 25 санитаров. При движении к фронту вагоны с имуществом и медперсоналом шли с воинским или товарным поездом, когда же он двигался в тыл, то занимал номер, предназначенный для товарного поезда.

«Работа медицинского персонала на таком поезде очень тяжелая, — писал Стахович, — особенно сестер. При отсутствии внутренних переходов между вагонами, сестрам постоянно приходится откатывать тяжелый примерзающий заслон вагона, выкидывать лесенку или доску, и, хватаясь за холодное железо, скользя, нередко падая, выходить из одних и входить в другие вагоны. Тем более это трудно ночью, когда нужно принести что-либо во время кратковременной остановки на разъезде, где ничего не приспособлено, где пройти бывает невозможно по крутой и скользкой насыпи, а между тем за день и за ночь сестры должны сделать много таких пробегов из одного конца в другой сороковагонного поезда, длина которого достигает полуверсты. Особо ценную услугу нашим раненым оказал дворянский санитарный поезд во время сражения на Айсяньдзянских высотах. Здесь врачи поезда целую ночь принимали раненых прямо с позиций и перевязывали их до тех пор, пока приблизившиеся японцы не открыли огонь по вагонам» [30]. В таких условиях объем медицинской помощи в ос-

новном сводился к перевязкам и эвакуации, учитывая страх перед пленением. Следует отметить, что такой же страх даже через 50 лет испытывали во время Второй Мировой войны и американцы. Поэтому санитарный поезд был своего рода символом спасения не только от ран, но и от плена. В этой ситуации особое значение приобретала эффективность их использования.

Всего с начала войны до дня ратификации мирного договора из района действующей армии в тыл было эвакуировано 308 852 человека, из них 123 146 раненых и 185 706 больных. И хотя результаты лечения раненых по данным официального отчета были весьма благоприятными, это не соответствовало действительности, поскольку статистический отчет основывался на данных, полученных из госпиталей. Между тем в результате практически непрерывного отхода русской армии тяжелораненые на перевязочные пункты и в госпитали не попадали. Число солдат и офицеров, пропавших без вести, достигло 23,8% [31]. Следует отметить, что общие потери русских войск в боевых операциях на Дальнем Востоке достигли 230 581 человека. В это число вошли и около 60 000 пленных, хотя полных и точных сведений нет, так как во время отступлений часть первичной учетной документации была утеряна [32].

Окончание войны было для России особенно тяжелым. В декабре 1904 г. пал Порт-Артур, где остались более 13 000 больных и раненых, из которых около 300 находились в госпитале егермейстера Балашова, обслуживаемом сестрами милосердия Евгеньевской общины. В плену оказался и пароход «Монголия» вместе с ранеными и персоналом. Тяжелейшими для нашей армии стали и февральские дни 1905 г., когда она потерпела поражение под Мукденом. Всего из Мукдена и его окрестностей пришлось эвакуировать более 50 000 раненых. Эвакуация лазаретов и складов Красного Креста началась 24 февраля, а 25 город уже был окружен. По данным Красного Креста в Мукдене осталось в плену около 60 000 человек, из них 800 раненых в лазаретах Крестовоздвиженской общины, графини Шуваловой, и двух военных госпиталей. С ними осталась часть персонала Крестовоздвиженского лазарета, а также часть персонала Лифляндского и Шуваловского лазаретов. Все они (по данным РОКК) имели полную возможность выехать, но добровольно решили не покидать своих раненых. Также добровольно с ними остался исполняющий должность Главный уполномоченного Красного Креста Александр Иванович Гучков, принявший на себя «по-





Персонал Виленского отряда Красного Креста, оставшегося в Мукдене.

печение об участии оставшихся лазаретов и госпиталей и тех раненых, которые, оставшись на поле сражения, будут приходить в Мукден». Всего по уточненным данным число раненых, оказавшихся в плену, достигло 1687 человек. С ними оставались 40 врачей, 37 сестер милосердия, 323 санитар и 40 хлебопеков [33]. Впоследствии оставшийся с ранеными персонал возвратился в Россию. Часть его во главе с А.И.Гучковым была отправлена на север 12 марта и после семидневного похода благополучно прибыла на наши аванпосты у Сипангая. Другая, большая часть, была отправлена японцами по железной дороге в Шанхай, затем в Японию и только потом во Владивосток.

Практически уже к окончанию войны 15 марта 1905 г. в Петербург прибыла восьмая, а 16 марта — девятая партия больных и раненых, эвакуированных с Дальнего Востока. Поезд, пришедший 15 марта непосредственно из Харбина, откуда он вышел 12 февраля, доставил 16 офицеров и 190 нижних чинов, в том числе: 5 ампутированных, 38 раненых и 77 больных. Останавливаясь в пути он сдавал часть больных и раненых в Чите, Иркутске, Омске, Самаре, Рязани и Москве, а освобождавшиеся в поезде места заполнялись в попутных же городах ранее прибывшими... Все прибывшие нижние чины были отправлены в вагонах конно-железнодорожной и каретах Красного Креста на сборный пункт петербургской внутренней эвакуационной комиссии при Николаевском военном госпитале. Всего от начала войны в Петербург было эвакуировано 1644 больных и раненых нижних чинов [34]. Вообще принцип рассеивания раненых достиг в эту войну апогея: от Японии и Дальнего Востока до Санкт-Петербурга и Киева. И везде на этом огромном пространстве раненым требовалась не только чисто медицинская помощь, но и милосердие, участие и забота. И не только штатные

сестры милосердия, но и женщины всех городов России на всем этом огромном пространстве принимали участие в оказании помощи раненым.

В середине мая 1905 года состоялось Цусимское сражение, в котором русские Тихоокеанские эскадры во главе с адмиралом З.П.Рожественским были разгромлены. После Цусимского сражения Россия была вынуждена начать мирные переговоры. Госпитали и лазареты Красного Креста стали закрываться, медицинский персонал получал суточные до прежнего места жительства и бесплатный проезд. Необходимость спешной ликвидации всего дела была вызвана тем, что каждый день вызывал лишние расходы Красного Креста на содержание значительного числа учреждений. К этому времени Красный Крест имел на Дальнем Востоке 143 учреждения и 28 719 коечных мест, которые обслуживали 4190 человек, включая врачей, сестер милосердия и санитаров [35].

Постепенное закрытие и расформирование лазаретов и прочих учреждений (хлебопекарни, скотобойни, мастерские, ассенизационный обоз, конный двор с перевязочными средствами) началось с 1 сентября. Только лазареты, сформированные общинами, оставались на месте в полном составе до самого конца, принимая всем персоналом деятельное участие в упаковке, сдаче и отправке имущества по назначению. К 1 октября отдел эвакуации окончательно ликвидировал свои дела, расформировав 23 санитарных поезда, оборудованных на средства Красного Креста. К 1 ноября все лазареты Красного Креста, кроме центральных психиатрического и инфекционного в Харбине, были закрыты. Общие результаты ликвидации дела Красного Креста на Дальнем Востоке к 15 ноября 1905 г. были следующие: продано разного имущества военному ведомству и частным лицам на сумму 1 060 000 руб., отправлено из Харбина в Россию персонала: врачей — 215, сестер милосердия — 930, студентов и фельдшеров — 100, санитаров — 1190, прочих служащих — 195 человек [36].

Между тем последствия войны для России были катастрофичны: армии ее разгромлены и отступили по всему фронту, Порт-Артур и Дальний сданы и впоследствии отошли к Китаю, три морские эскадры (по сути дела, весь флот, кроме кораблей, дислоцированных на Черном море) потоплены. В результате Портсмутского мира Россия уступила часть своих территорий, в том числе половину острова Сахалин. В довершении ко всему в стране начались

забастовки и крестьянские бунты, а в октябре в Москве дело дошло до вооруженного восстания. Второго ноября 1905 г. Главный уполномоченный Красного Креста на Дальнем Востоке князь Васильчиков телеграммой сообщил в Исполнительный комитет, что Владивосток двое суток был во власти взбунтовавшихся войск и матросов, совершенно безнаказанно производивших грабежи и поджоги; отделение склада Красного Креста было разграблено большей частью войсками, составлявшими его охрану [37].

Так закончилась эта война. Вернувшиеся сестры милосердия были «награждены медалями для ношения на груди и на шее». В целом для развития общин сестер милосердия в России эта война имела совершенно определенное значение. Она с убедительной силой показала недостатки спешной подготовки санитарного персонала во время самой войны. Эти недостатки чувствовались еще раньше, и в войну 1877–1878 гг. Но тогда национально-религиозный общественный подъем оказал на состав сестер милосердия и их деятельность благотворное влияние. В этом отношении Русско-японская война представляла прямую противоположность в виду ее непопулярности в русском обществе, огромности масштабов военных операций, их отдаленности и постоянного поражения наших войск. «Доброе имя сестры было сильно подорвано во время злосчастной Русско-японской войны; лишенная исторической необходимости и внутреннего оправдания, эта война выдвинула много жажды приклю-

чений и легкомыслия... во всех областях, в том числе и среди медицинского персонала» [38].

Военно-медицинский инспектор Маньчжурской армии А.Я.Евдокимов (будущий начальник военно-санитарного управления военного министерства в первую мировую войну) указывал в своем отчете: «В минувшую войну госпитали комплектовались сестрами двух категорий: сестрами общин и сестрами-волонтерками; сестер первой категории в госпиталях было сравнительно немного, вторых — с избытком». Ко второй категории Евдокимов относился крайне отрицательно. «Деятельность тех и других резко отличалась. Насколько первые выделялись знанием дела, исполнительностью, сердечностью в работе как лица, посвятившие себя и в мирное время сердобольному делу ухода за больными, настолько деятельность вторых была малополезна, как случайно взявшихся за это дело и по иным побуждениям. Многие из этих сестер, пользуясь безнаказанностью, своими интригами, самовольством, нежеланием признать режима и требований, установленных законом, предьявлением своих требований дерзко, с угрозами, были только тяжелой обузой для главных врачей госпиталей». Далее он с военной категоричностью писал: «Допуск в действующую армию сестер милосердия-волонтерок должен быть запрещен безусловно» [39]. Однако последующие события показали, что даже обсуждение этого вопроса в РОКК стало возможным лишь через шесть лет.

### Литература

1. Вестник РОКК. — 1904. — № 4. — С. 28.
2. Циркуляр Исполнительной комиссии Главного управления РОКК № 2 от 8 февраля 1904 г. // Вестник РОКК. — 1904. — № 7. — С. 58.
3. Вестник РОКК. — 1904. — № 5. — С. 35.
4. Вестник РОКК. — 1904. — № 5. — С. 37.
5. Вестник РОКК. — 1904. — № 5. — С. 34.
6. Вестник РОКК. — 1904. — № 5. — С. 42.
7. Вестник РОКК. — 1904. — № 5. — С. 64.
8. Вестник РОКК. — 1904. — № 7. — С. 64.
9. Вестник РОКК. — 1904. — № 14. — С. 159.
10. Вестник РОКК. — 1904. — № 14. — С. 153.
11. Вестник РОКК. — 1904. — № 15. — С. 170.
12. Война с Японией 1904–1905 гг. — Санитарно-статистический очерк. — Пг., 1914. — С. 9, 303.
13. Война с Японией 1904–1905 гг. — Санитарно-статистический очерк. — Пг., 1914. — С. 11.
14. Михайлов Д. Красный Крест и сестры милосердия в России и за границей. — Петроград — Киев, 1914. — С. 35.
15. Баумгартен О.А. фон. В осажденном Порт-Артуре: дневник сестры милосердия Ольги Аполлоновны фон Баумгартен. — СПб., 1906. — С. 10.
16. Вестник РОКК. — 1904. — № 8. — С. 68.
17. Вестник РОКК. — 1904. — № 8. — С. 7, 14.
18. Игнатъев А.А. Пятьдесят лет в строю. — М., 1941. — С. 208–209.

19. *Вестник РОКК.*— 1904.— № 20.— С. 293–294.
20. *Гюббенет В.Б.* В осажденном Порт-Артуре — очерки военно-санитарного дела и заметки по полевой хирургии.— СПб., 1910.— С. 64.
21. *Баумгартен О.А. фон.* Артур сдан! // Дневник сестры милосердия Ольги Аполлоновны фон Баумгартен.— СПб., 1907.— С. 33.
22. *Гюббенет В.Б.* В осажденном Порт-Артуре — очерки военно-санитарного дела и заметки по полевой хирургии.— СПб., 1910.— С. 390.
23. *Кауфман П.* Красный Крест в тылу армии в японскую кампанию 1904–1905 гг.— СПб., 1909.— Т. 2.— С. 170.
24. *Вестник РОКК.*— 1904.— № 24.— С. 316.
25. *Вестник РОКК.*— 1904.— № 24.— С. 317.
26. *Записная книжка сестры милосердия* // *Вестник знания.*— 1905.— № 12.— С. 96–97.
27. *Записная книжка сестры милосердия* // *Вестник знания.*— 1905.— № 12.— С. 94–95.
28. *Ковальский К.А.* Трудная ночь // Русское богатство.— 1905.— № 9.
29. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 31.— С. 467.
30. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 31.— С. 467.
31. *Война с Японией 1904–1905 гг.*— Санитарно-статистический очерк.— Пг., 1914.— С. 49, 84.
32. *Война с Японией 1904–1905 гг.*— Санитарно-статистический очерк.— Пг., 1914.— С. 127.
33. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 8.— С. 126.
34. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 8.— С. 175.
35. *Очерк возникновения и деятельность Российского общества Красного Креста.*— СПб., 1913.— С. 29–30.
36. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 51.— С. 706.
37. *Вестник РОКК.*— 1905.— № 51.— С. 658.
38. *Василевский Л.М.* По следам войны: впечатления военного врача.— Пг., 1916.— С. 38.
39. Цит. по: *Ивашов Н.Н.* Сестры милосердия в русской армии // *Воен-мед. журн.*— 1945.— № 12.— С. 50.

*Поступила в редакцию 17.01.2005 г.*

**К 60-ЛЕТИЮ ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА ЕВДОКИМОВА**

Евгений Александрович Евдокимов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неотложной медицины с курсом экстренной медицинской помощи Российской медицинской академии последипломного образования, руководитель Центра неотложной медицины ЦКБ гражданской авиации Минтранса России; главный анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Евгений Александрович Евдокимов родился 16 апреля 1945 года в Москве. В 1970 году окончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова. С 1970 по 1974 гг. прошел обучение в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре анестезиологии и реаниматологии ЦОЛИУВа. В 1974 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В 1992 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук; врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории.

С 1993 г. Евгений Александрович Евдокимов работает в ЦКБ гражданской авиации Минтранса России, в последние годы — руководителем Центра неотложной медицины. Проводит большую лечебную и консультативную работу, которая сконцентрирована в области анестезиолого-реанимационной помощи больным и пострадавшим. Как главный анестезиолог-реаниматолог г. Москвы, Евгений Александрович много внимания уделяет вопросам совершенствования работы анестезиолого-реанимационной службы. Принимал активное участие в оказании меди-

цинской помощи пострадавшим от террористических актов в г. Москве. В 2003 г. награжден Дипломом за большой личный вклад в развитие столичного здравоохранения.

В 1996 г. Е.А.Евдокимов стал одним из инициаторов организации в РМАПО кафедры неотложной медицины, которую возглавляет по настоящее время.

Научные исследования Е.А.Евдокимова посвящены вопросам безопасности и стандартизации анестезиологического обеспечения хирургических операций, изучению микроциркуляции и профилактики нарушений кровообращения, интенсивной терапии тяжелой полиорганной недостаточности. Актуальны его разработки по вопросам совершенствования неотложной помощи при дорожно-транспортных происшествиях, стратегии развития неотложной медицины.

Евгений Александрович — автор более 125 научных работ.

Евгений Александрович Евдокимов — почетный работник транспорта России, действительный член Российской Академии космонавтики им. Э.К.Циолковского, член Правления Федерации анестезиологов и реаниматологов России, Правления Московского общества анестезиологов и реаниматологов, действительный член Европейской Академии анестезиологии, Европейской ассоциации по интенсивной терапии и Европейской ассоциации по регионарной анестезии, вице-президент Всероссийского общества врачей скорой помощи, член редакционного совета журнала «Скорая медицинская помощь».

## К 70-ЛЕТИЮ МАРАТА АРКАДЬЕВИЧА КАЦАДЗЕ



Марат Аркадьевич Кацадзе родился в Ленинграде 30 июня 1935 года. В 1954 г. поступил, а в 1960 г. закончил 1-й Ленинградский медицинский институт.

Со студенческих лет Марат Аркадьевич проявлял исключительный интерес к хирургии, служению которой посвятил всю свою врачебную жизнь. После окончания клинической ординатуры, трех лет работы на периферии, обучения в аспирантуре и защиты кандидатской диссертации он с 1969 по 1982 гг. был ассистентом кафедры общей хирургии 1-го ЛМИ им. акад. И.П.Павлова, с 1977 по 1979 гг. заведовал хирургическим отделением франкоязычного госпиталя в Алжире. С 1982 г. Марат Аркадьевич работает на кафедре неотложной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, в создании и развитии которой принимал самое активное участие. В 1996 г. Марат Аркадьевич защитил докторскую диссертацию на тему: «Хирургические и эфферентные методы детоксикации в лечении деструктивного панкреатита».

Профессор М.А.Кацадзе — высококвалифицированный, широко оперирующий хирург. Его научные интересы охватывают широкий спектр хирургических заболеваний, им опубликовано 160 научных работ, посвященных сосудистой

хирургии, лечению ран, острой патологии органов брюшной полости, оказанию неотложной хирургической помощи.

Марат Аркадьевич является автором 15 учебных пособий и 9 глав в первом в стране «Руководстве для врачей скорой медицинской помощи». Неоднократно избирался в Правление хирургического общества имени Пирогова.

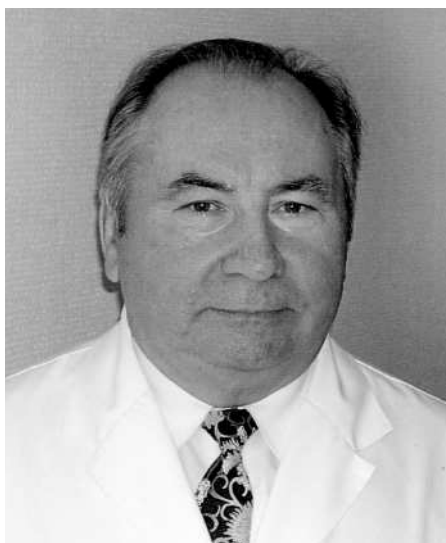
М.А.Кацадзе — опытный преподаватель и наставник молодежи. Его яркие и образные лекции, объемлющие весь курс неотложной хирургии, высоко оцениваются как врачами скорой помощи, так и хирургами.

Под руководством профессора М.А.Кацадзе выполнено более 10 кандидатских диссертаций. В 1996 г. ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Марат Аркадьевич — человек большой доброй души и широкого круга интересов. Его искренне любят коллеги и многочисленные ученики.

Коллектив кафедры неотложной медицины и редколлегия Всероссийского журнала «Скорая медицинская помощь» поздравляют Марата Аркадьевича Кацадзе с замечательным юбилеем и желают ему доброго здоровья и долгих лет активного, творческого служению делу неотложной медицины.

## 70 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЛАДИМИРА ФЁДОРОВИЧА ОЗЕРОВА



Исполнилось 70 лет со дня рождения заслуженного врача РФ доктора медицинских наук, профессора Владимира Фёдоровича Озерова.

Владимир Фёдорович родился в Белоруссии в крестьянской семье. В 1966 г. с отличием окончил Военно-медицинскую академию, служил на кораблях ВМФ, принимал участие в дальних походах, неоднократно оперировал в корабельных условиях.

В 1969 г. поступил в клиническую ординатуру на кафедру военно-морской и госпитальной хирургии. После окончания клинической ординатуры занимал должности старшего ординатора, помощника начальника клиники по лечебной работе, преподавателя, старшего преподавателя и заместителя начальника кафедры академии.

В.Ф.Озеров — квалифицированный специалист с высоко развитым чувством долга, врач-хирург высшей категории, внесший значительный вклад в развитие военно-морской и клинической хирургии, в воспитание и обучение военно-морских врачей, а также в совершенствование работы службы скорой медицинской помощи.

Многие из его учеников стали известными учеными, хирургами и организаторами здравоохранения. Под его руководством подготовлены и защищены одна докторская и четыре кандидатских диссертации.

В 1999 г. В.Ф.Озеров был избран руководителем научно-методического отдела организации скорой помощи Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе. За годы работы в институте Владимир Фёдорович внес большой вклад в организацию оказания медицинской помощи населению города. Под его руководством

организовано издание методических рекомендаций, информационных писем, протоколов диагностики и лечения острых хирургических заболеваний. Являясь председателем клиничко-экспертной комиссии института, Владимир Фёдорович проводит большую работу по контролю качества хирургической помощи.

В.Ф.Озеров является автором 200 научных работ и методических пособий, 20 рационализаторских предложений. Имея большой педагогический опыт, уделяет огромное внимание обучению и воспитанию врачей-хирургов.

Как врач-хирург, Владимир Фёдорович вносит неоценимый вклад в дело сохранения здоровья горожан. Ежегодно он обследует и консультирует более 600 пациентов.

В течение многих лет В.Ф.Озеров проводит большую общественную работу, являясь ответственным секретарём координационного совета по экстренной медицинской помощи, членом аттестационной комиссии по скорой помощи, членом хирургического общества им. Н.И.Пирогова, ассоциации хирургов города. Он — участник и организатор многих международных съездов и конференций.

Высочайший профессионализм, требовательное, но всегда справедливое отношение к подчиненным, доброта и чуткость при общении с больными снискали В.Ф.Озерову заслуженный авторитет среди коллег и пациентов.

В.Ф.Озеров — заслуженный врач РФ, награжден знаком «Отличнику здравоохранения», 13 медалями СССР и Российской Федерации.

Друзья, коллеги и ученики поздравляют Владимира Фёдоровича с юбилеем и желают ему здоровья и долгих лет плодотворной деятельности.

## ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ СОЧИ

В начале 20-х годов прошлого столетия в г. Сочи стали образовываться учреждения по оказанию медицинской помощи населению.

Так, из доклада заведующего Столом здравоохранения за период с 01.11.1923 г. по 15.02.1924 г. следует, что в г. Сочи была организована Центральная амбулатория со штатом в 4 человека, оказывающая помощь, как зарегистрированным больным, так и неимущим. Было создано консультативное бюро, которое оказывало специализированную помощь по глазным болезням, хирургии, ЛОР-заболеваниям, гинекологии, детским и венерическим болезням. Для обслуживания странных больных на дому и оказания скорой медицинской помощи имелось 2 районных врача. В этот же период в Адлере была создана участковая больница со штатом в 10 человек, из которых, один содержался за счет приемного покоя села Ермоловка с необходимостью разездов по пунктам Хоста и Ермоловка (оклад 45 рублей).



Из вышесказанного можно сделать вывод, что во многих районах г. Сочи начала образовываться участковая медицинская служба с обязательным посещением больных на дому. О том, что в начале 20-х годов в г. Сочи могла работать станция «Скорой помощи», в Сочинском государственном архиве данных нет.

В 30-е годы прошлого столетия, а именно — 23 апреля 1934 г., был создан отдел здравоохранения при Сочинском горисполкоме, который находился на ул. Орджоникидзе, в гостинице «Приморская». Первым заведующим был назначен врач Ватоян М. А. При нем в 1934 г. было начато строительство 2-й городской больницы.

И только в 1935 г. из текста Сочинского радио прозвучало следующее сообщение: «Восьмого сентября Горздравотдел получил вторую машину, которая приспособляется под санитарную машину «Скорой помощи». Следовательно, сейчас в городе будут работать две автомашины «Скорой помощи»» (текст приведен дословно).

Таким образом, с 1935 г. в городе работали две автомашины «Скорой помощи», и она стала городской станцией скорой медицинской помощи, о чем свидетельствуют отчеты городской станции скорой медицинской помощи с 1944 г. по 1948 г., т. к. отчеты за 30-е годы не сохранились.



Во время Великой Отечественной войны до 1944 г. станция «Скорой помощи» находилась в здании 2-й городской больницы.

Исходя из данных вышеуказанных отчетов за 1944–1948 г.г. следует, что в г. Сочи существовала 1 станция «Скорой помощи», имевшая в своем распоряжении 1 санитарную машину, а общее число вызовов за 1944 г. составило 1541, число лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь — 3600. В штате было зафиксировано 10 должностей, из которых 5 врачебных и 5 среднего медицинского персонала.



В 1945 г. на Бюро ГК ВКП (б) рассматривался вопрос о состоянии и работе городской станции «Скорой помощи» (выписка из протокола № 223 от 28 февраля 1945 г., докладчик т. Дубов):

«Бюро ГК ВКП(б) отмечает, что станции «Скорой помощи» в городе фактически не существует, а имеется лишь небольшой пункт по перевозке в больницу инфекционных больных. Заведующий станцией «Скорой помощи», врач Немерацкий, работающий одновременно глазным врачом горполиклиники и имеющий два совместительства, никакого внимания станции не уделял и довел ее до полного развала. Заведующий Горздравотделом т. Лебедкина и секретарь парторганизации т. Делинина также должной помощи станции не оказывали и не проверяли ее деятельности, в результате чего станция находится в недопустимом антисанитарном состоянии; полы

жают к больным, требующим оказания скорой и неотложной помощи. Вызовы по телефону встречают бездушные отказы по различным причинам. Бюро ГК ВКП (б) постановляет:

1. Принять к сведению заявление заведующего Горздравотделом Лебедкиной, что ими будет в месячный срок наведен полный порядок на ССМП.

2. Улучшить политико-воспитательную работу в коллективе.

3. Поручить Горисполкому (т. Попову) рассмотреть вопросы, связанные с нормальным размещением станции скорой медицинской помощи и обеспечить ее бензином».

Городская станция «Скорой помощи» с 1945 г. находилась по адресу: ул. Мингрельская, 19 (ныне ул. Навагинская).



Данные отчетов ССМП за 1945–1948 гг.

Год	Число станций	Число машин	Число выездов	Число обслуженных лиц
1945	1	3	2642	3639
1946	1	3	5889	7680
1947	1	3	6722	9688
1948	1	3	8530	10 371

грязные, стены не побелены, помещение не отапливается и в ночное время не освещается. Одна из комнат специально отведена под ночлег медперсонала, тогда как они получают без права сна. Трудовая дисциплина на низком уровне, специальной подготовки медперсонала по хирургии не проводится, политико-воспитательная работа в коллективе не организована. Медикаменты в шкафу и в выездной сумке содержатся с нарушением правил, установленных Минздравом СССР: лекарства без этикеток, яды хранятся вместе с препаратами для внутреннего употребления, многие, крайне необходимые, медикаменты, во все отсутствуют. Как правило, станция не выез-

Всего должностей было 25,5, занято 25,5.

В 1961 г. станция «Скорой помощи» была переведена на ул. Красноармейскую, 28 (бывшее здание аэровокзала).

В 60-х годах XX века Сочи начинает развиваться как всесоюзный курорт массового летнего оздоровительного отдыха трудящихся. Осуществляется широкое строительство санаториев, пансионатов, домов отдыха; увеличивается население города. Получает все более широкое распространение индивидуальный отдых граждан. Закономерно возросла нагрузка на службу скорой медицинской помощи. Бригады скорой медицинской помощи обслуживали до 150 000–160 000



человек ежегодно, медицинскую помощь оказывали 31 среднегодовая круглосуточная бригада. Нагрузка на 1 бригаду составляла до 15,8 вызова в сутки. Для обеспечения бесперебойного оказания медицинской помощи в летний период широко использовалась практика обязательного привлечения специалистов из учреждений здравоохранения города для работы на станции скорой медицинской помощи, что позволяло развертывать дополнительное количество бригад



В 1965 году в соответствии с приказом МЗ СССР № 570 от 23.12.1961 «Об улучшении скорой и неотложной медицинской помощи населению» была создана единая городская станция скорой и неотложной медицинской помощи с включением в сферу ее обслуживания всех районов города Сочи. Для этой цели были сформированы 5 подстанций (Адлер, Хоста, Центральный район, Лоо, Лазаревское) и пункт стоянки автомашины скорой медицинской помощи в поселке Красная Поляна. Районы обслуживания подстанция были установлены с учетом протяженности зоны обслуживания и количества проживающего населения. Основным критерием при определении зоны обслуживания была положена 15-минутная транспортная доступность.

В это время начинает развиваться специализированная экстренная медицинская помощь. В 1969 году в составе станции скорой медицинской помощи работала 1 кардиологическая и 1 противошоковая бригада; имелось 4 бригады для оказания медицинской помощи детям. В травматологическом пункте станции скорой медицинской помощи осуществлялась рентгенологическая диагностика скелетной травмы, в лабораторном кабинете проводилась экстренная биохимическая диагностика.

В 70-х и начале 80-х годов XX века экстренную медицинскую помощь населению оказывало 42 среднегодовые круглосуточные бригады скорой медицинской помощи, среди них 2 кар-



диологические, 1 противошоковая, 1 гинекологическая, 1 неврологическая и 4 педиатрические бригады; была создана бригада для оказания экстренной психиатрической помощи населению. Обращаемость граждан за скорой медицинской помощью достигла 420 случаев на каждую 1000 населения. В летний период только на Центральной подстанции выполнялось до 12 тыс. вызовов в месяц; среднегодовая нагрузка на бригаду доходила до 17 вызовов в сутки.

С 1987 года и до конца 90-х годов XX века станция скорой медицинской помощи работала в сложных условиях. Произошло уменьшение бригад вследствие нехватки персонала и ухудшения финансирования, не хватало медицинской техники (электрокардиографов, дыхательной аппаратуры, дефибрилляторов), отмечались перебои в снабжении лекарственными средствами. Несмотря на значительные трудности, ежегодно обслуживалось до 170 000–180 000 больных и пострадавших, обращаемость достигла 432 случаев на каждую 1000 населения. Была создана служба экстренной стоматологической помощи. В ноябре 1989 года было построено здание Центральной подстанции по адресу улица Гагарина 21.

#### Главные врачи Станции скорой медицинской помощи г. Сочи

Шелест	1954–1961 гг.
Соколов В.А.	1961–1962 гг.
Жирнов Л.	1962–1963 гг.
Дзедрович В.И.	1963–1965 гг.
Попов Н.В.	1965–1970 гг.
Муроз Е.А.	1970–1978 гг.
Медведев Н.В.	1978–1989 гг.
Рогатенюк В.Н.	с 1989 г.

В настоящее время экстренную медицинскую помощь населению города Сочи оказывает 38 среднегодовых круглосуточных бригад скорой медицинской помощи. На станции работает 134

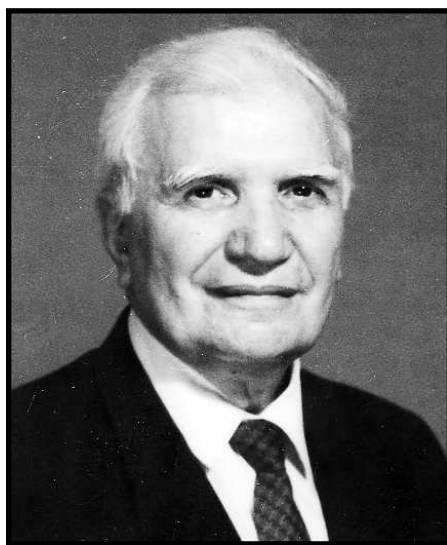


врача и 226 фельдшеров. Сертификаты специалистов имеют 242 человека, высшую и первую квалификационную категорию — 181 человек. В 2004 году бригады скорой медицинской помо-

щи выезжали на вызов 185 800 раз, было принято амбулаторно 12 215 больных. Показатель обращаемости составил 487 на каждую 1000 населения. Специализированная медицинская помощь оказывается кардиореанимационной, реанимационно-анестезиологической, психиатрической и педиатрическими бригадами. Улучшилось оснащение бригад медицинской техникой, имеется необходимый набор лекарственных средств; экстренная медицинская помощь больным инфарктом миокарда оказывается на самом современном уровне с осуществлением тромболитической терапии. Несмотря на нехватку кадров, служба скорой медицинской помощи остается наиболее доступной и одной из наиболее востребованных медицинских служб города Сочи.

*Редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь» поздравляет своих коллег с праздником — 70-летним юбилеем станции.*

## НЕКРОЛОГ



### ВЛАДИМИР ЛЬВОВИЧ ВАНЕВСКИЙ

После тяжелой продолжительной болезни на 86-м году жизни скончался ветеран Великой Отечественной войны, один из пионеров отечественной анестезиологии-реаниматологии, основатель профильной кафедры и почетный доктор Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, заслуженный врач России профессор Владимир Львович Ваневский.

Владимир Львович родился 23 января 1920 г. в Ростовской области. Детство его прошло в Воронеже, где после окончания школы он стал студентом медицинского института.

В первый же месяц войны, окончив институт ускоренным выпуском, Владимир Львович ушел на фронт. В сентябре 1941 г. в районе Демянска врач стрелкового полка В.Л.Ваневский попал во вражеский плен. В лагерях для советских военнопленных в Новгородской области Владимир Львович работал врачом, делая все возможное для лечения наших раненых и больных. В июне 1943 г. с третьей попытки ему удалось бежать, и вскоре он стал старшим врачом 5-й партизанской бригады Ленинградского фронта, а затем — Эстонского штаба партизанского движения. Награжден Орденами Отечественной войны II степени и Красной Звезды, медалями «За отвагу», «Партизану Отечественной войны» I степени, «За оборону Ленинграда» и «За победу над Германией».

Вся послевоенная жизнь Владимира Львовича была неразрывно связана с Ленинградским ГИДУВом, ныне СПбМАПО. В 1947 г. он стал клиническим ординатором, а затем — ассистентом 1-й кафедры хирургии, возглавляемой академиком Н.Н.Петровым.

В 1957 г. Владимиру Львовичу было поручено начать подготовку в ЛенГИДУВе врачей-анестезиологов: вначале в рамках отдельных циклов специализации, а с 1959 г. — доцентского курса анестезиологии при кафедре грудной хирургии. В 1966 г. усилиями В.Л.Ваневского была основана кафедра анестезиологии и реаниматологии, которой он заведовал на протяжении 22 лет.

Более 40 лет профессор В.Л.Ваневский был главным анестезиологом-реаниматологом Ленинграда — Санкт-Петербурга.

Будучи одним из основателей анестезиологии, он на протяжении всей жизни убежденно отстаивал ее самобытность и единство. Деятельность Владимира Львовича была посвящена неингаляционной анестезии, использованию миорелаксантов, искусственной вентиляции легких, вопросам организации службы, подготовке врачей по анестезиологии и реаниматологии.

Один из ярких людей эпохи, Владимир Львович честно пронес через всю жизнь лучшие из ее порывов и идеалов, до конца дней сохранив чувство юмора и самоиронию, здравый смысл и веру в свою страну. Поддерживая самые широкие профессиональные и личные связи в Европе и мире, он в то же время оставался убежденным приверженцем отечественных интересов и достижений, удивительным образом сочетая в себе гражданина мира и верного сына своей Родины.

Светлая память о Владимире Львовиче Ваневском — сильном и порядочном человеке, прекрасном враче, незаурядном ученом и заботливом наставнике — навсегда сохранится в сердцах всех, кому посчастливилось его знать.

**Вниманию рекламодателей!**  
**Российский научно-практический журнал**  
**«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**  
публикует информационные и рекламные материалы.

**Стоимость размещения рекламы:**

1 полоса полноцветная (4-я страница обложки)	600 усл. ед.
1 полоса полноцветная	500 усл. ед.
1 полоса черно-белая	250 усл. ед.
1/2 полосы черно-белая	125 усл. ед.
Статья на правах рекламы (до 2 полос)	200 усл. ед.

**Наш адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41,  
Медицинская академия последипломного образования,  
редакция журнала «Скорая медицинская помощь».**  
**Тел./факс: (812) 588 43 11.**  
**Электронная почта: *mapo@mail.lanck.net***

**«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

**Свидетельство о регистрации ПИ № 77-3411 от 10 мая 2000 г.**

**Адрес редакции:**

191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,  
редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».  
**Тел./факс: (812) 588 43 11. Электронная почта: *mapo@mail.lanck.net*.**

Оригинал-макет подготовлен ООО «ПринтЛайн», тел./факс: (812) 988-98-36.

Подписано в печать 04.08.2005 г. Формат 60×90<sup>1/8</sup>. Бумага офсетная. Гарнитура школьная. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 10,5. Тираж 1000 экз. Цена договорная.  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.