

2. Орехов, Г.И. Лапароскопическая холецистэктомия из двух доступов как первый операционный опыт при хроническом калькулезном холецистите / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 6. — С.12—13.

REFERENCES

1. Gololobov, Yu.N. Kosmeticheskaya modifikaciya vypolneniya laparoskopicheskoi holecistektomii iz treh toчек [Tree-ports cosmetic modification of laparoscopic

cholecystectomy] / Yu.N. Gololobov, O.V. Galimov, E.I. Senderovich [i dr.] // Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic Surgery]. — 1998. — № 2. — S.19—20.

2. Orehov, G.I. Laparoskopicheskaya holecistektomiya iz dvuh dostupov kak pervyi operacionnyi opyt pri hronicheskom kal'kuleznom holecistite [First experience of double-access laparoscopic cholecystectomy for chronic gallstone cholecystitis] / G.I. Orehov // Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic Surgery]. — 2010. — № 6. — S.12—13.

© Э.З. Якупов, 2014

УДК 614.2(470.41-25):616.8-083.98

«БЫСТРО, НО НЕ НАСПЕХ»: ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ЭДУАРД ЗАКИРЗЯНОВИЧ ЯКУПОВ, докт. мед наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

Реферат. В статье на примере опыта работы крупной многопрофильной клиники рассматриваются вопросы организации службы неотложной медицины. Рассмотрены злободневные проблемы взаимодействия различных подразделений клиники, которые носят важный характер и влияют на качество оказания медицинской помощи на уровне приемно-диагностического отделения. На примере опыта работы неотложной службы в клиниках США сделаны предложения по внедрению ряда новаций в деятельность наших больниц, специализирующихся на оказании экстренной и неотложной помощи, в частности, использование дополнительных ставок врачей и медицинских сестер в приемных отделениях, даны рекомендации по созданию алгоритмов работы медицинского персонала в части описания стандартных операционных процедур по основным видам деятельности, показаний для госпитализации, переводу пациента между отделениями, переводу в реанимационное отделение. Указано на необходимость разработки специальных оценочных листов, созданию информационных материалов для пациентов и их родственников, в которых должна быть представлена информация о регламенте работы отделения, клиники, об особенностях диагностического и лечебного процессов при той или иной патологии. Сделан акцент на необходимости создания системы непрерывного образования врачей клиники с помощью клинических и патолого-анатомических конференций как инструмента «обратной связи», позволяющего эффективно оценить работу различных подразделений клиники.

Ключевые слова: ургентная медицина, неотложная неврология.

«QUICKLY, BUT NOT TOO QUICKLY»: QUESTIONS OF ORGANIZATION URGENT NEUROLOGY CARE

EDUARD Z. YAKUPOV, D.M., Professor of Department neurology, neurosurgery and medical genetics of SBEI HPE «Kazan State Medical University», Kazan, Russia, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

Abstract. Aim. In this article were considered actual problems of different clinical departments interactions, which are very important and matter on the medical help quality on emergency department level. Several proposals were made about introduction of some innovations to the routine practice of our hospitals, which are specialized on urgent and emergency medical help, based on the experience of emergency medical help departments in USA hospitals. Particularly, the use of additional doctors and nurses in emergency departments; recommendations were given to elaborate algorithms of medical staff work, especially in describing the standard medical procedures in various fields of practice, the list of medical conditions for hospitalisation, transferring patients to different departments, transferring patients to intensive care unit. The necessity of developing of check-lists was specified, the importance of creating information materials for patients and relatives, which should contain information about department or hospital work regulations, about specialties of diagnostic and therapeutic processes in different medical conditions. The accent was made on importance of creating the post-graduating educational system for doctors by clinical and pathology conferences as the instrument of feedback, which helps to effectively rate the work of different hospital departments.

Key words: emergency, urgent neurology.

3 а годы работы в клинике я вижу как стремительно развивается система оказания медицинской помощи в Республике Татарстан. Программа модернизации здравоохранения позволила реализовать многие очень смелые проекты. Не случайно опыт нашей республики стал «притчей во языцех», мне много приходится

ездить по стране и во многих городах России — от Владивостока до Курска, от Ставрополя до Санкт-Петербурга, я слышу от коллег слова восхищенного удивления, как много сделано в РТ в части охраны здоровья. Но в этой статье мне хотелось бы обсудить не столько глобальные вопросы нашего здравоохранения, а остановиться

на вопросах и проблемах оказания неотложной медицинской помощи на примере работы крупной многопрофильной клиники.

В последние годы благодаря капитальным ремонтам и значительному переоснащению изменились многие крупные больницы города и республики. Достаточно взглянуть на корпуса Республиканской клинической больницы МЗ РТ, Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, Больницы скорой медицинской помощи г. Набережные Челны, Городской клинической больницы № 7 г. Казани, как мы увидим, что при всей разнице в облике зданий есть общая черта — это четко выделенный (и в части функциональной, и в организационно-технической, и даже в территориальной) корпус приемно-диагностического отделения — своеобразного «форпоста» больницы, прежде всего, в части сортировки потока пациентов и оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

И как «театр начинается с вешалки», так и любая клиника начинается с приемного покоя — места первого контакта «неотложного» больного с больницей, средоточия первых успехов и первых ошибок, быстрых эффективных решений и трагических задержек, чувства облегчения больного и его тяжелых конфликтов с медицинским персоналом... Именно здесь как в зеркале отражаются все наши победы и поражения в организации оказания помощи при ургентной патологии.

Поэтому, не претендуя на истину в последней инстанции, мы попытаемся разобрать на примере неотложной неврологии, где и что можно изменить в нашей работе, есть ли в нашей работе системные ошибки или все лежит в плоскости пресловутого «человеческого фактора». Более 20 лет я связан в своей работе с отделениями неотложной неврологии и за это время наблюдаю, с одной стороны, значительную эволюцию в организации системы оказания неотложной неврологической помощи, а с другой — вижу, как в течение столь длительного времени сохраняются все те же проблемы в деятельности отделений неврологии, занимающихся «неотложкой».

Так, за последние годы реализованы передовые проекты по оказанию неотложной помощи пациентам с инсультом. «Сосудистая программа» позволила существенным образом изменить облик значительного числа клиник по всей стране и в нашей республике; появились так называемые сосудистые отделения, созданные в соответствии с современными международными стандартами по диагностике и лечению пациентов с острой сосудистой патологией; больницы получили новое оборудование, проведена реорганизация целого направления неврологической службы с выделением «инсультного блока», что позволило значительно улучшить ситуацию с диагностикой (прежде всего, в области нейровизуализационных исследований), сократить время оказания специализированной медицинской помощи этой группе больных, наконец, внедрить высокоэффективную методику тромболитика при ишемических инсультах.

В то же время никуда не делись пациенты с иной, «несосудистой патологией» — с острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатией, эпилептическим статусом, миастеническими кризами и т.д. Продолжает оставаться актуальной проблема дифференциального диагноза «трудного больного», когда сразу, «с налета», даже при условии выполнения комплекса высокотехнологичных диагностических мероприятий, невозможно остановиться на одной диагностической концепции. Все это заставляет администрацию большинства клиник создавать сразу два неврологических отделения: «сосудистой» и «неотложной» неврологии (при известной условности этих понятий, общепринятым стало «деление» между ними: одно занимается только инсультами, другое — остальными неотложными неврологическими состояниями).

В ГАУЗ ГKB № 7 г. Казани, на наш взгляд, сформирован своеобразный «нейрокомплекс», включающий два вышеназванных отделения: отделения нейрореабилитации и нейрохирургии. Думается, это наиболее удачная модель, которая позволяет оперативно решать многие задачи. Многие, но не все...

И если мы заглянем за двери смотровой приемного покоя, мы увидим, что есть несколько важных вопросов, требующих организационно-технических, управленческих и кадровых решений.

1. В условиях постоянного потока больных необходимо выделение не только отдельного врача-невролога приемного покоя в круглосуточном режиме, но и специальной медсестры. Подобный формат работы с успехом применяется в emergency unit госпиталей США, где, кроме опытных врачей-универсалов, «на воротах» отделения неотложной помощи находятся так называемые регистрованные медсестры (registered nurse), имеющие широкий круг обязанностей [1, 2, 3].

2. Необходима разработка четких алгоритмов действий медицинского персонала в приемном покое, начиная от медицинской сестры до консультанта, «спускающего» как с небес из своего отделения. В этих алгоритмах необходимо прописать абсолютно все действия сотрудника, вплоть до расчета последовательности и временных затрат по каждой процедуре или манипуляции. В алгоритме должны быть расписаны:

- показания к госпитализации, требования по переводу между отделениями, госпитализация в отделение реанимации и т.д.;

- необходимость консультации и действия врача-консультанта, объем диагностических процедур в зависимости от нозологии;

- должно быть четко обозначено время (или временной диапазон), затрачиваемое на первичный осмотр больного, на обеспечение консультации, проведение диагностических манипуляций, наконец, необходимо четко определить в течение какого времени пациенту будет определена тактика ведения (госпитализация, направление в другое профильное ЛПУ, отказ от госпитализации). Пона-

добится разработка и использование своеобразных «Чек-листов», которые позволят персоналу строго придерживаться регламента в выполнении той или иной процедуры.

Кто-то скажет: «Все это пустое — ничего не получится!», «Это выдумки и фантазии!». Но факты — упрямая вещь. Подобный механизм с четко расписанными «стандартными операционными процедурами» апробирован в условиях приемных отделений многих лечебных учреждений Европы и США, использование жестких алгоритмов позволяет избежать значительного числа ошибок (особенно в работе молодых врачей), сократить время работы с пациентом и, что очень важно, создает предпосылки для создания «обратной связи» — возможности анализа каждого случая, где, на каком этапе был допущен промах, что было упущено, что можно сделать, чтобы этого не повторилось в дальнейшем [3, 4, 5]. Алгоритм работы помогает в условиях постоянного дефицита времени, большого потока пациентов с полиорганной патологией, в напряженной «конфликтной» атмосфере, которую генерируют порой не только пациент и его родственники, но и, что особенно удручает, коллеги по работе, которые порой забывают о «братстве белых халатов» и исповедуют принцип «не мое, не возьму, не назначу, это ваши проблемы». Да не «ваши»! А наши ОБЩИЕ проблемы! Ибо любой конфликт, любая недоведенная до логического завершения клиническая ситуация рикошетом бьет по всем, кто был задействован при работе с данным пациентом.

Формирование четких «правил игры» позволит избежать ситуаций, когда в приемном покое один специалист просит другого о консультации как о личном одолжении и, не добившись результата, вынужден обращаться к начмеду, у которого от подобных ситуаций, возникающих чуть ли не ежечасно, буквально «горит земля под ногами»; должны уйти в небытие многочасовые ожидания в приемном покое своей участи пациента, которого никак не могут «поделить» между собой два отделения в споре «есть инсульт или нет инсульта» или «у него что-то неврологическое — нет он имеет полиорганную терапевтическую патологию» или «ну и что, подумаешь, эпистатус. Я нейрохирург, и я ни за что не назначу то, что вы рекомендуете!». Наконец, при четком следовании рекомендациям значительно снизится процент ситуаций, когда кто-то что-то забыл сделать или посмотреть: СОЭ — анализ, являющийся обязательным в ургентной медицине; рентгенография органов грудной клетки — и тогда мы не пропустим перелом ребер и(или) пневмоторакс...

В то же время использование четких инструкций не заменяет возможности «нешаблонного мышления», образного говоря, в медицине порой дважды два не всегда равно четыре, а бывает и пять, и три с половиной. Но сочетание алгоритма в работе врача-дежуранта и последующего разбора пациента во время утреннего обхода «со старшими товарищами», когда более опытные коллеги сделают не-

обходимую коррекцию в тактике ведения больного, принесут свои плоды.

3. Значительная часть конфликтных ситуаций между врачом и пациентом возникает из-за недостатка времени, которое врач уделяет обсуждению с больным и его родственниками тактики диагностики и лечения, необходимости той или иной медицинской манипуляции, степени важности диагностического метода, возможных исходов болезни, профилактических мероприятий. Вроде бы специалист и сделал все правильно, но дефицит внимания, которое испытывает пациент и его родственник могут свести на нет все усилия докторов. Мне скажут: «В условиях неотложки не хватает времени на обстоятельный разговор с больным, его близкими, которые задают множество вопросов, порой возвращаясь к одной и той же волнующей их теме многократно».

Опираясь на опыт ведущих европейских и российских клиник, можно предложить в целях оптимизации времени и сил медицинского персонала клиники разработку информационных материалов в виде информационных стендов, расположенных в каждом подразделении, которое контактирует с пациентом, буклетов, раздаваемых больным уже в приемном покое, в отделениях больницы. Пациент должен таким образом получить максимум доступной информации о своей болезни, методах диагностики, лечения; регламенте работы клиники и ее подразделений; о персонале, с которым предстоит встретиться больному, и много другой актуальной информации.

4. Еще великий Бильрот говорил: «Только слабый духом, дурак и трус не готов признавать своих заблуждений». Необходима постоянная «работа над ошибками», создание системы клинических и патолого-анатомических конференций, на которых безусловным должен быть принцип беспристрастного, тщательного систематического разбора сложных диагностических случаев, смертельных исходов с расхождениями клинического и патолого-анатомического диагнозов. Корректный вдумчивый анализ позволит избежать недочетов в дальнейшем, а при системном, последовательном подходе даст возможность наилучшим образом отладить механизмы взаимодействия различных отделений и служб клиники. Постоянное обучение врачей должно стать правилом, а не натужным выполнением «директив начальства», когда отправляют на какой-то семинар, учебу или конференцию.

Думается, конференция, посвященная теме неотложной медицины, в преддверии которой выходит этот журнал, должна явиться тем знаковым отправным моментом, который даст новый толчок в дальнейшем развитии такой крупной многопрофильной клиники, как ГАУЗ ГКБ № 7, имеющей все предпосылки быть не только современным, хорошо оснащенным клиническим центром, но и стать мощным научным, образовательным, организационно-методическим комплексом, аккумулирующим передовые медицинские, научные и образовательные технологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Geer, R. National Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society / R. Geer. — National Research Council: National Academy of Sciences, 1966. — P.322—344.
2. Narad, R.A. Managing Functional Interdependence between Multiple Autonomous Organizations / R.A. Narad. — University of Southern California, 1991. — 230 p.
3. Smeeth, P. Emergency Medical Services at Mid-passage / P. Smeeth. — National Research Council: National Academy of Sciences, 1978. — P.46—56.
4. Scott, P. Continuous Quality Improvement in EMS / P. Scott // American College of Emergency Physicians. — 1992. — Vol. 10. — P.275—340.
5. Fool, J.U.S. Public Health Service Act / J.U.S. Fool // EMS Systems. — 2006. — Vol. 12. — P.1201—1210.

© Э.З. Якупов, К.С. Овсянникова, 2014

УДК 616.12-008.3-07:616.831-005

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

ЭДУАРД ЗАКИРЗЯНОВИЧ ЯКУПОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

КСЕНИЯ СЕРГЕЕВНА ОВСЯННИКОВА, аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-974-448-011, e-mail: oks-88@list.ru

Реферат. Цель работы — представить анализ применения методики исследования вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов с ишемическим инсультом в практической медицине. Задачи — выявить положительные и отрицательные аспекты методики исследования ВРС при холтеровском мониторинге и записи коротких отрезков, опираясь на работы отечественных и зарубежных авторов; на основе полученных данных оценить практическую значимость методики. Результаты. Выявлены недостатки и раскрыты достоинства метода, заключающиеся в комплексной оценке функционального состояния и контроле проводимой терапии у пациентов; персонализированном подходе к выбору терапевтической стратегии; возможности прогнозирования исхода заболевания; использовании в области реабилитационной медицины. Заключение. Метод исследования ВРС может быть использован в практической медицине. Для облегчения внедрения в повседневную практику врачей разных специальностей необходимо проведение масштабного исследования для составления таблиц нормальных показателей ВРС.

Ключевые слова: ишемический инсульт, вариабельность ритма сердца, практическая медицина, персонализированная медицина.

THE PRACTICAL SIGNIFICANCE OF THE METHOD OF HEART RATE VARIABILITY'S STUDY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

EDUARD Z. YAKUPOV, M.D., Professor, Head of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics SBEI HPE «Kazan State Medical University», Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, e-mail: ed_yakupov@mail.ru

KSENYA S. OVSYANNIKOVA, graduate student of Department of neurology, neurosurgery and medical genetics SBEI HPE «Kazan State Medical University», Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-974-448-011, e-mail: oks-88@list.ru

Abstract. Aim. Provide an analysis of the application of research methods of heart rate variability (HRV) in patients with ischemic stroke in the practice of medicine. Objectives. To identify the positive and negative aspects of the research methodology of HRV during Holter monitoring and recording of short segments, based on the work of domestic and foreign authors; on the basis of the data obtained to evaluate the practical significance of the methodology. Results. The identified shortcomings and merits of the method are disclosed, consists of a comprehensive assessment of functional status and monitoring of therapy in patients; personalized approach to the selection of a therapeutic strategy; capability to predict the outcome of the disease; use in the field of rehabilitation medicine. Conclusion. The research method of HRV can be used in the practice of medicine. To facilitate the implementation in daily practice of physicians of different specialties necessary to conduct a large-scale study to compile tables of normal HRV parameters, as well as the most common diseases.

Key words: ischemic stroke, heart rate variability, practical medicine, personalized medicine.

Введение. В России показатель летальности вследствие цереброваскулярной патологии в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 32,8% [1]. Особое место среди них занимает мозговой инсульт в связи с высокой смертностью, значительной инвалидизацией пациентов [2]. Наличие патологии коронарных сосудов,

хронической сердечной недостаточности, различных аритмий, эпизодов ишемии миокарда и **нарушение автономной регуляции сердца** приводят к замедлению постинсультной реабилитации [3, 4].

На сегодняшний день благодаря развитию компьютерной техники, исследованием вариабельности ритма сердца, отражающей состояние вегетатив-