



## Вступительное слово редакции

Здравствуйте, уважаемые врачи и фельдшера, заведующие подстанциями и директора регионов, фельдшера группы ППВ, акушерки и остальные читатели! У вас в руках новый, долгожданный номер бюллетеня профсоюза работников неотложной и экстренной медицины «Фельдшер.РУ». Появления этого номера давно ждали сотрудники скорой помощи и сочувствующие им лица. Даже раздавались голоса, что проект «сдулся» и прекратил свое существование. Мы, т.е. администрация сайта «Фельдшер.РУ», категорически опровергаем эти заявления! Надеемся, что этот номер будет не менее интересным и острым, чем предыдущие.

Несколько слов о том, что произошло в нашей жизни за истекший период. Самым главным событием стала смена главного врача Станции. На этом месте И.С. Элькиса в конце прошлого года сменил Николай Филиппович Плаунов. Узнав эту весть, часть сотрудников ликовала и бросала в небо чепчики, а часть – серьезно задумалась о том, что ждет Станцию со сменой лидера. Пока особых перемен в нашей работе мы не увидели, хотя новый главный и произвел некоторые шаги. Например, был издан приказ, по которому бригада при следовании к больному или при госпитализации должна в любом случае включать проблесковый маяк. Этот факт не нашел в среде сотрудников приветствия, поскольку машину «скорой» и так неохотно пропускали на оживленных улицах нашего города, а постоянно включенные спецсигналы быстрее всего вызовут привыкание водителей и те перестанут уступать дорогу бело-красной машине вообще. Ну, это частности. Мы, в принципе и не ждали от нового главврача каких-либо кардинальных изменений в ближайшее от его назначения время, поскольку он – человек в нашей системе новый и со спецификой работы не знаком. Н.Ф., надо отдать ему должное, добросовестно объехал все подстанции, чтобы ознакомиться с работой «на местах». Во время его посещения 16-й подстанции нашим товарищем, фельдшером Дмитрием Беляковым главному было вручено письмо с изложением некоторых претензий к работе СМП в целом и конкретно 16-й п/с в частности. После этого, а также после прочтения г-ном Плауновым письма, вышедшего из недр нашего сайта и размещенного на сайтах правительства Москвы и т.д. Д.Белякова в срочном порядке вызвали на центр. Между высокими договаривающимися сторонами состоялась беседа, прошедшая в теплой и дружественной обстановке. По результатам встречи Н.Ф. составил ответ на письмо Белякова, написанный в старых бюрократических традициях – «этот вопрос требует решения» и с переписыванием отчета с подстанции типа «все хорошо, прекрасная маркиза». Таким образом, с прискорбием констатируем, что разительных перемен в лучшую сторону жизнь станции не претерпела. А то, что отдраили все подстанции к приезду главного – не в счет. Надо заметить, что Дмитрию повезло намного больше в общении с Плауновым, чем доктору Луговому. Артем Олегович, как представитель профсоюза «Фельдшер.РУ», обратился к Николаю Филипповичу лично с просьбой ответить на накопившиеся вопросы сотрудников о судьбе станции и грядущих переменах в связи со сменой власти. Г-н Плаунов на наши вопросы отвечать отказался, сославшись на то, что профсоюз официально не зарегистрирован и как официальное лицо он с неофициальным разговаривать не будет. Что же, мы надеялись сразу наладить контакт и конструктивный диалог с новой администрацией – не получилось. Жаль. Будем действовать официальными путями, если угодно...

Уже практически на всех машинах есть спутниковые навигаторы. Это тема для отдельного разговора, и отнюдь не в рамках редакционной статьи. Есть определенные плюсы, но минусов, как показывает практика больше. С введением «наладонников» администрацией сайта была пресечена попытка администрации станции выполнить ремонт оборудования за счет сотрудников. Ныне уволенный зам. главврача А.Б. Мильгром обвинил фельдшера 16 подстанции Романова в порче резиновой кнопки и распорядился взыскать с сотрудника 6100 р. на ремонт. При поддержке юристов сайта было составлено письмо, разъясняющее администрации незаконность подобных действий. Администрация поступила благоразумно: о фельдшере «забыли», вопрос оплаты ремонта из кармана сотрудников больше не поднимался. Напоминаем, что порча оборудования в результате нормальной эксплуатации (например, средний срок службы резиновой кнопки наладонника – 3 месяца), а так же в результате форс-мажорных обстоятельств, возникших в процессе ваших трудовых действий (например – ударили носилками по чехлу наладонника, оступились в темном подъезде...) не является вашей виной и вы не обязаны оплачивать ремонт оборудования!

Что еще произошло на Станции с выхода прошлого бюллетеня? В общем-то, ничего особенного. Продолжается поток неоправданных вызовов, нападения на бригады, за которые никто не несет ответственности, выговоры «ни за что» и остальные прелести.

За истекший отчетный период администрацией сайта была продолжена работа как во всемирной паутине, так и за ее пределами. Доктор Луговой выступил на «Русском радио-2» в программе Марии Макеевой «Поговорим?», в которой без особых купюр рассказал о работе «скорой». Также были съемки администрации сайта в документальном фильме о «03», показанном на ОРТ в новогодние праздники. Этот наш опыт определенно считается негативным, поскольку вопросы журналистами задавались правильные, записано было много нормального материала, НО при монтаже авторы картины надергали из контекста фразы и построили фильм таким образом, что получилась одна чернуха в отношении СМПшников. С тех пор мы общаемся с журналистами очень аккуратно и даже неохотно. Чего нельзя сказать о докторе Каневском с 8 п/с, который очень любит, когда его показывают на голубом экране и не гнушается участвовать во всех, даже порочащих СМП телевизионных проектах, а про разные игры и ток-шоу я вовсе промолчу. Нельзя так, доктор! Нехорошо это...

Для сплочения коллектива и неформального общения сотрудников нами было организовано два концерта скоропомощной песни: первый – в клубе «Швайн», а второй – в «Р-клубе». Оба мероприятия пользовались популярностью среди работников СМП и их знакомых. Однако, и к сожалению, оба концерта не обошлись без накладок. На первое мероприятие из-за малой вместимости клуба определенное количество гостей не попало, а во время второго концерта подкачало обслуживание, санузел и атмосфера. И в обоих случаях качество звука не полностью удовлетворило нашим требованиям. Но, как известно, «орешек знаний тверд, и мы не привыкли отступать!» следующий клубный концерт скоропомощной песни пройдет осенью этого года. К нему будет значительно обновлена программа, и мы приложим все усилия к поиску нормального зала с нормальным звуком. Так что – следите за объявлениями!

Начиная с осени 2005 года администрация сайта начала процедуру регистрации Регионального общественного объединения «Профессиональный союз работников неотложной и экстренной медицины «Фельдшер.РУ». В силу разных обстоятельств и бюрократических препон регистрация растянулась на столь длительное время, но наконец-то вышла на финишную прямую. Так что, уважаемые читатели, когда вы держите в руках этот номер бюллетеня, вполне возможно у нас есть новый и злой профсоюз. В первом trimestre существования нового профсоюза запланировано: 1) Обеспечить членов профсоюза юридической поддержкой, для чего нанять юриста, ориентирующегося в трудовом праве; 2) Посетить пенсионный фонд с целью урегулирования вопроса назначения пенсии по выслуге лет; 3) Провести встречу с главным врачом, решить вопрос о выделении 30 минут на утренний прием бригады. Однако отсутствие официальной регистрации у профсоюза не помешало нам помочь фельдшеру Романову (о чем написано выше). Также мы помогли сотрудникам отделения анестезиологии и реанимации ГУП МСЧ №47 (Госпиталь Главмосстроя) обрести нормальную для такого отделения продолжительность отпуска. Таким образом, мы хотим сказать, что после официальной регистрации мы будем бороться за ваши трудовые права с удвоенной силой.

Стоит сказать несколько слов и о движении «Фельдшер.РУ» в целом. Среди некоторых сотрудников станции бытует мнение, что мы представляем из себя группу отморожков, «выносящих сор из избы» и «вывешивающих грязное белье на всеобщее обозрение». Именно для таких товарищей хотим сказать, что мы как раз не занимаемся тем, в чем вы нас обвиняете. «Фельдшер.РУ» – это объединение людей, всей душой болеющих за скорую помощь и искренне желающих сделать ее НОРМАЛЬНО (т.е. правильно) функционирующей экстренной структурой. Мы хотим, чтобы работа на скорой стала престижной и безопасной. Мы хотим, чтобы бригады работали на нормальном и современном оборудовании. Мы хотим, чтобы люди стали уважать сотрудника скорой. Для достижения наших целей мы используем разные средства, в том числе и выпуск этого бюллетеня. А о некоторых вещах приходится говорить открыто и остро – иначе не имеет смысла поднимать эти вопросы. Таковы правила игры...

И, в конце своего обращения к читателям, хочется попросить о помощи. Дело в том, что выпуск первых номеров бюллетеня спонсировали фирмы, торгующие медоборудованием. В настоящее время на этом рынке полное затишье и денег, необходимых нам для выпуска бюллетеня спонсоры предоставить не могут. Этот номер печатается на деньги из небогатой кассы сайта. Так вот, уважаемые читатели, мы обращаемся к тем, кому дороги наши цели и интересен этот бюллетень. Помогите нам материально, иначе следующий номер выйдет не очень скоро. Перевести пожертвования на наш адрес просто – либо через Сбербанк по образцу квитанции, опубликованной на последней странице бюллетеня или почтовым переводом на адрес редакции.

Адрес редакции: 117546 Москва, а/я 135, Степанову Александру Анатольевичу.

С уважением,  
редколлегия сайта Фельдшер.RU

... Здоровенный мужик из посёлка под Одессой. Посадили его в машину, отъехали метров 50, взяв курс на больницу. Неожиданно он встаёт и идёт на меня с кулаками, причём сомнений в его намерениях не возникает. Слава Богу, у меня реакция нормальная, и в детстве «блоки» ставить научили. Пытается ударить меня по голове – раз, другой. Понимает, что неэффективно получается, и тянется своими огромными ручищами к моей шее – задушить, значит, пытается. Всё происходит очень быстро, максимум за минуту.

... Недавно работал с врачом, утром поехали на вызов с поводом «избит». В квартире только лица кавказской национальности. Между двумя из них произошла драка, вследствие чего один из них получил «розочкой» несколько ударов по спине, у второго – незначительные ссадины. Мы приехали, смотрим, говорим, мол, соберайтесь в больницу, шить надо. Получаем ответ: «Шейте здесь». Отказываемся, и после этого завязывается стычка. Моего бедного доктора начинают душить, а меня прижимают к стенке. В общем, не знаю, а точнее, не помню, как мы с вызова вырвались. По словам доктора, я каким-то образом кого-то из них саданул фонендоскопом по голове, у того началось кровотечение, и меня отпустили; доктор тоже кому-то чем-то заехал в промежность, и тоже был отпущен. Вызвали 02. Стоим, ждём во дворе. На наших глазах эта шобла выходит из подъезда, садится в свои машины и уезжает. Естественно, приехавшим ментам на фиг ничего не надо. Тем более оказалось, что это их друзья. Дело так и замялось. Хорошо, мы хоть живы остались.

...Нападение на мужчину произошло на Люсиновской улице, куда бригада прибыла для оказания помощи больному. Пока мужчина-врач поднимался в квартиру пациента, водитель оставался в салоне. В это время компания подвыпивших молодых людей проходила мимо микроавтобуса, и один из парней сбил зеркало заднего обзора. Разозленный водитель выскочил из машины и попытался урезонить хулиганов. Не вдаваясь в объяснения и даже не думая извиняться, виновник инцидента выхватил нож и ударил шофера в живот, после чего вся шайка скрылась. Тяжелораненого обнаружил врач «Скорой помощи» после того, как вышел из квартиры больного. Водителя пришлось срочно госпитализировать в институт Склифосовского.

## ХРОНИКИ ПИКИРУЮЩЕЙ «03»

...Помню, как-то попал на вызов в «малину», где мне заявили, что если дружку не поможет моя терапия (у дружка был похмельный синдром), то мои дети останутся сиротами (а у меня и детей-то тогда не было). Потом всё-таки отпустили. На следующем дежурстве – снова вызов туда, и дают его девушке-фельдшеру. Я говорю, что там точно уголовщина. После препирательств с Центром решают отправить на этот вызов мужчину, но тоже в единственном числе. Я вот думаю, кто больше опасен – те уголовники или наша администрация, которая, зная, что на данном вызове криминальная обстановка, всё равно рискует жизнями своих сотрудников, не посылая туда одновременно милицию.

...На нас с врачом (мы ночью работали вдвоём) кинулся один безумный с топором, мы вовремя скрылись за дверью, которую он разхреначил через несколько минут. Тут уж, как говорится, или я, или он. Что ж мы, получается, совсем беззащитны перед бытовыми (и не только) хулиганами?

Эти эпизоды – не хроники с мест боевых действий, а реальные ситуации на вызовах «Скорой помощи» г. Москвы, где подобные случаи происходят практически ежедневно. Информация взята с сайта «Фельдшер.Ру». Многие, читающие эту газету, спросят: «А зачем это в газету, ведь всё уже на сайте написано? Имеющий уши да услышит, имеющий глаза да увидит». Да, услышит и увидит, и вы верите в это. Ежегодно на сотрудников «03» Москвы происходит десятки нападений. Какие-то случаи доходят до суда, большинство – нет. Но и те происшествия, по которым дело доходит до судебных разбирательств – не результат активной работы администрации ССНМП, а беготня и нервы самих пострадавших. Резонный вопрос: почему этим занимаются пострадавшие сотрудники, а не представители администрации, ведь все эти инциденты произошли во время дежурства? Да наверно потому, что наши жизни и здоровье (в прямом смысле этого слова), безразличны администрации ССНМП, комитету здравоохранения г. Москвы. Откуда такие выводы? Очень просто: как вы думаете, есть ли интернет у наших руководителей? Что??? Конечно есть! И на сайт они регулярно заглядывают, ведь надо знать, «чем дышат» рядовые сотрудники. Вот только почему-то ни разу уважаемое руководство не сказало: «Коллеги, мы непременно самолично разберемся с таким-то и таким-то происшествием».

Вспоминаю, как года 3-4 назад разбили мне на вызове голову. Благо, 20 ГКБ рядом, и специалисты там суперкласса: так зашили, что даже швов сейчас незаметно, за что докторам низкий поклон. Привезли меня домой, кровь живописно так на одежде смотрится, а мама увидела меня – и чуть не в обморок, и сразу за нитроглицерин. Я, правда, всё шуткой сгладил, говорю шутливо так: «Привезли меня домой, оказался я живой». Прошло время, я решил получить страховку. Угу, получил. Вот наш примерный разговор со страховой компанией:

Я. – Хочу страховку получить.

Страх.компания. – Так у Вас всего 9 дней больничный лист, за это страховка не полагается. Вот если бы Вам какие-нибудь швы наложили, тогда – да.

Я. – Так мне наложили.

Страх.комп. – А, ну тогда получите, вот только такие-то справки привезите.

Я. – А сколько денег я получу ?

Страх.комп. – Рублей 200–300.

Продолжение на стр. 2

Продолжение, начало на стр. 1

Прикинул я, сколько денег потрачу на доезды до травмпункта, доставку справок в страховую компанию, и получилось, что «в минусах» буду. До сих пор не пойму, почему этим я должен был заниматься, а не администрация. Почему администрация мне (да и не только мне) не сказала: «Дорогой Вы наш человек, очень нам обидно за такое вот недоразумение, а потому решили мы Вам выплатить денежную компенсацию за моральный и физический ущерб, полученный во время работы; а заодно, чтобы поправить Ваши пошатнувшиеся нервы, выделяем Вам путёвочку в санаторий». Ну да ладно, не обо мне речь. Вот только вопрос: почему до сих пор на подстанциях не размещена информация об условиях страхования выездного медперсонала?

Через месяц закончившие медучилище ребята и девочки 19 лет, практически дети, пополнят наши славные ряды. Не хотелось бы, чтобы их родители каждый день, когда их ребёнок уходит спасать чужие жизни, тряслись от ужаса, думая, не нападет ли какой-нибудь отморозок, не разобьётся ли бригада на машине (кстати, в Москве ежегодно примерно 700 машин «скорой помощи» попадает в ДТП, только этих цифр никогда не публикуют в официальной прессе. А надо бы!). Люди должны знать: спасая чужие жизни, мы зачастую рискуем собственной. Наша администрация должна позаботиться о том, чтобы в прессе сообщалось о каждом таком случае (как это делает Служба спасения).

Несколько дней назад было совершено очередное нападение на бригаду «Скорой помощи». Пострадала акушерка 6-й подстанции г. Москвы. Очень хочется, чтобы разбирательством занималась не только сама пострадавшая, но и администрация ССНМП, чтобы были приложены все усилия, и сел в тюрьму подлец, поднявший руку на женщину. И не просто на женщину, а на человека одной из самых святых профессий - акушерку. Нападение было совершено в тот момент, когда наша сотрудница оказывала помощь роженице. К чему это всё написано? До сих пор не принят «Закон о скорой помощи», который сможет регламентировать нашу работу, предусмотрит возможность реабилитации медиков и, может быть, хоть немного притормозит подлецов, поднимающих руку на человека в белом халате. Ждём, чтобы наконец-то аттестовали наши рабочие места, как того требует Закон. Что для этого надо? Хотя бы немного активности со стороны Департамента здравоохранения г. Москвы, министерства здравоохранения и соцразвития, госинспекции труда г. Москвы, и, конечно, ждём продуктивной работы от администрации ССНМП, профсоюзов и СТК московской «Скорой» (хотя два последних звена - самые слабые и малопродуктивные). И всё-таки очень хочется, чтобы был повод назвать следующую статью «03» - выход из пике».

Муравей

Здравствуй, мои дорогие бойцы шприца и магnezии! Наступила пора рассказать вам всю правду об оперативном отделе ССНМП г. Москвы им. А. С. Пучкова. Это подразделение Станции до сих пор для подавляющего большинства линейных сотрудников остается чёрной дырой. Из-за недостатка информации об этом чуде порождается масса слухов и небылиц. Данная статья призвана развеять некоторые из них и донести до вас массу полезных сведений.

Итак. **Давайте начнем с оперативной анатомии.**

Во главе этого чуда стоит господин Лисичкин. Об этой легендарной личности разговор пойдет ниже. Еще есть старший фельдшер, личность тоже неординарная. Сам по себе оперотдел разделен на две части: правая половина занимается приемом вызовов от населения и содержит в себе 33 пульта «03», 3 пульта «старших 03» и 4 пульта врачей-консультантов; левая же половина занимается распределением вызовов и руководством выездными бригадами. Она состоит из старшего врача и его помощника (которого часто и не бывает), старшего диспетчера и двух его помощников, спецпульта (3 человека), 2 врачей-консультантов бригад, диспетчера контроля и диспетчеров города (всего 4 человека), детского пульта (3 человека) со старшим педиатром во главе, диспетчеров 12 регионов (на каждом по 2-3 человека). Стоит разобраться с функцией каждого звена в отдельности.

## ДЕМОН НОЧИ

Начнем с «03».

Люди, которые отвечают по этому телефону, называются медэвакуаторами. У каждого есть компьютер с программой приема вызова. В программу заложены определенные алгоритмы разговора с вызывающим, и в зависимости от полученных ответов, она определяет, принять вызов или переключить вызывающего на врача-консультанта. Сам по себе медэвакуатор отказать в вызове не может. Указанная программа вызывает немало нареканий, поскольку даже при некоторых стопудовых поводах к вызову требуется ввести в нее определенные ответы, чтобы вызов был принят. Но это полбеды. Ведь самое главное - это не компьютер, а тот, кто за ним сидит. Так кто же сидит за пультами «03»? На этих местах очень мало грамотных людей с линейным прошлым и вообще разбирающихся в медицине. Поэтому поток вызовов, принятых медэвакуаторами, скоро приобретет характер лавины. Этот момент поддерживается страхом медэвакуаторов. Они боятся потерять проценты «напряженки» из-за непринятого вызова, если потом поступит жалоба. **Давайте раз и навсегда запомним, что от количества принятых вызовов зарплата медэвакуатора НЕ ЗАВИСИТ!** Величина их зарплаты определяется в основном размером доплаты за напряженный труд. А эта надбавка определяется начальником оперотдела и регулярно снижается или не выплачивается при поступлении жалобы. Причем обоснованность жалобы никого не волнует! Вот эти тетеньки и стараются записать вызовы от всех обратившихся - «как бы чего не вышло!». Еще медэвакуаторов наказывают материально (и это правильно!) за неправильное указание в карте адреса вызывающего. Однако, так и не поняв механизм обнаружения этих погрешностей: то ли по жалобе бригады это делают, то ли старшие «03» отслеживают... Наказания за то, что повод к вызову один, а на месте - совсем другое, медэва-

куаторы не несут, хотя вот за это с них бы «напряженку» и снимать, а не так, как Лисичкин завел.

Теперь переключимся на **врачей-консультантов.**

Что это за личности? Раньше это были линейные врачи с опытом работы, теперь таких осталось очень мало. Набрали кого попало и рады. Эти доктора должны консультировать население и разбираться с необходимостью отправки бригады на вызов в неясных случаях. Что же происходит на самом деле? Эти наши коллеги так же стараются отправить практически на каждый вызов бригаду по тем же причинам, что и медэвакуаторы. Кушать-то хочется! А дома ждут жены и дети, которых тоже надо кормить. Кому охота лишаться «напряженки»? Так вот эти деятели зачастую просто уговаривают обращающихся на приезд бригады. Сразу замечу, дорогие мои линейные товарищи, что если в карте вызова вы видите нестандартный повод к вызову (т.е. что-то большее, чем БЖ; П/С, ИБС; АД, гол. боль; АВТО; Плохо, Улица и т.п.), то знайте: его вам подсудорпил врач-консультант. И нечего ругаться на маленьких и бесправных медэвакуаторов, получая в 3 часа ночи карту с поводом «Плохо видит. Код сломан. От 03 отказывается». Теперь вам понятно появление вызовов типа «Требуется ЭКГ, настроена на 03»?

Пользуясь случаем, сразу хочу **принести извинения от имени редакции диспетчеру 5 региона Ермаковой Светлане Владимировне**, передавшей 18.08.05 вызов по наряду 716402 с поводом «Миозит грудного отдела? Плохая полка 69 - большая очередь». Если вы помните, эта карта опубликована в бюллетене №3. Так вот, уважаемая **Ермакова С.В. ни в чем не виновата!** Это какой-то придурок-консультант записал этот вызов. Кстати, при попытке выяснить имя и фамилию этого вредителя «03», обнаружилось, что данный наряд из базы данных удален. Как вы думаете, кто это сделал? Я думаю, что это ПРОСТО случайность. Заканчивая разговор о половине «03», стоит заметить, что количество консультативных врачебных пультов после прихода Плавунува сократилось с 9 до 4. Действительно, зачем тратить лишние деньги? Все равно подавляющее большинство обращений превращается в вызовы. А зарплата врача больше, чем у медэвакуатора.

Осталось только рассказать о **старших «03».**

Они занимаются тем, что строго следят за медэвакуаторами, чтобы они вовремя отвечали на звонки, все записывали, не грубили вызывающим; а также следят за режимом труда и отдыха медэвакуаторов. Для справки: тетеньки с «03» 1,5 часа работают и 30 минут отдыхают.

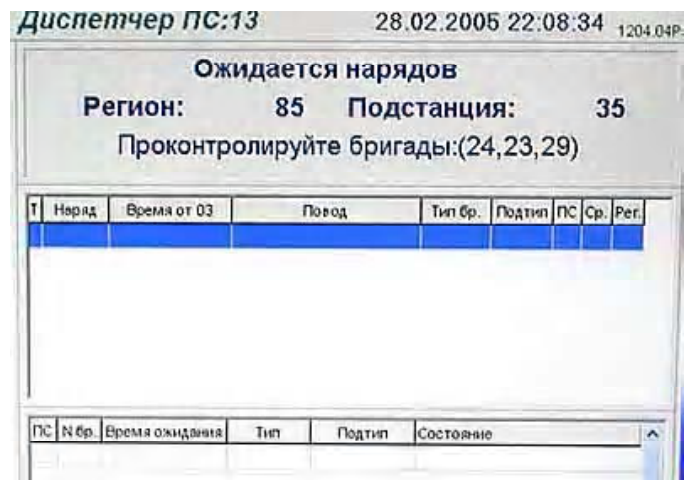
Теперь займемся той половиной оперотдела, которая работает с бригадами.

**Старший врач** и его помощник.

Они занимаются общим руководством сменой оперотдела. Скандалят с больницами, когда там отказывают в приеме больного, разбирают конфликты на вызовах, принимают решения по поводу пьяных скоромошников, передают линейному контролю задания администрации, контролируют работу СМП в очагах массовых санитарных потерь, контактируют с дежурным администратором станции.

**Старший диспетчер** и его помощники.

К ним на компьютеры приходят все вызовы с «Особой отметкой», т.е. АВТО, падения с высоты, отравления и т.п. И только они непосредственно передают эти вызовы на подстанцию. Также эти диспетчера распределяют бригады на дежурства.



К слову, немного о **дежурствах.**

В среде СМПшников бытует мнение, что руководство Станции гребет деньги лопатой за дежурства бригад на всяких мероприятиях. Это не так. Места дежурств бригад «03», их количество и качественный состав определяются ЦЭМПом по указаниям из Департамента здравоохранения. А вот как там все происходит в Департаменте - не скажу, просто толком не знаю, а сплетни распускать - не наше дело. В оперотдел каждый вечер из ЦЭМПа приходит разнарядка о дежурствах на следующий день, и старшие диспетчера ее выполняют.

Эти обязанности - лишь полбеды старших диспетчеров. Самая основная беда «демонов ночи» - разгрузка регионов. Вы же помните, что «03» продолжают подкидывать все новые и новые наряды. Вот старшие и стараются разгрузить регионы с помощью соседей, у которых есть свободные машины. И самое интересно для линейных - прозванивают больницы с целью выяснить причины длительной госпитализации. И горе вам, бригады, едущие домой без отзвона! В обязанности старших диспетчеров также входит прием вызовов от московской Службы спасения, милиции, ГИБДД, ЦЭМПа.

Следующим пунктом стоят **врачи-консультанты бригад.** Они консультируют выездные бригады по лечебным и тактическим вопросам. В последнее время работы у них все больше и больше. Ни для кого не секрет, что профессиональный уровень линейных сотрудников падает все ниже, а новых людей из окружающих Москву регионов приходит все больше. Соответственно, знания тактики - ноль. В деревне СМП работает совсем по-другому! Эти же доктора должны прозванивать зависшие вызовы с целью дать консультацию по проведению лечебных мероприятий до прибытия бригады и выяснить, нужна ли еще бригада по этому адресу. Но этим они практически не занимаются: кому охота быть нецензурно обруганным за длительное ожидание медпомощи? Так что обязанность принятия на себя всего потребительского негатива переносится на линейных.

Теперь - **спецпульт.**

В ведении этих 3 диспетчеров находятся все специализированные бригады (кроме «детей»), БИТы и консультанты-нейрохирурги, сосудистые хирурги и т.д. Все бы хорошо, но только работать там - сущий ад, поскольку на спецпульт обрушивается поток отзвонков от бригад, звонков с вызовами «на себя». И самое интересное, что спецпульт ничего не решает. Ему были переданы БИТы от диспетчеров регионов, но все равно региональные диспетчера «имеют» их без зазрения совести. Поэтому получается полная дискоординация в управлении передовыми элитными силами «Скорой помощи», приводящая к крайне нерентабельному их использованию.

**Диспетчер контроля и диспетчера города.**

В настоящий момент диспетчер контроля практически не занимается своей прямой функцией - контролем. Он так же, как и диспетчера города, занимается ответом на звонки населения: «А к нам выехала бригада?», «Сколько еще ждать???!!!». Диспетчера города занимаются ускорением вызовов по ТРЕБОВАНИЮ населения и отменой вызова. Ускорить вызов может практически кто угодно, заявив, что больному хуже, или просто поскандалив. Кстати, если кто-то захочет отменить вызов, то медэвакуатор с «03» переключает звонящего на диспетчера города, и только тот может отменить вызов. Причем зачастую он этого не делает по причине того, что бригада уже выехала, а связи с ней нет. Так что приходится нам мотаться на те вызовы, которые уже практически отменили. Последним нововведением этого участка оперотдела стало то, что если линия диспетчера города занята больше 30 сек, то население автоматически переключается на врача-консультанта, и уже он должен сказать страждущим, что «машина пока не выехала, когда будет - неизвестно». Вот и подумайте, сколько времени остается на консультативную работу этих докторов?

Однако диспетчер города может оказать очень полезную услугу. Если вам необходимо связаться с диспетчером направления - отзвонитесь и т.д., то набираете «03» и просите медэвакуатора соединить вас с диспетчером города, а она в свою очередь может переключить звонок на соответству-

ющего диспетчера региона или проставить вам отзвон сама; может и место запросить, если ее не очень заколебали.

Отдельная песня – это **детский пульт** во главе со старшим педиатром. Давайте оговоримся. Основная масса вызовов к детям принимается медэвакуаторами. Они пишут ВСЕ обращения по поводу детей, невзирая на то, что

им говорят. И только если вызывающий прямо говорит, что он хочет проконсультироваться с врачом, его переключают на старшего педиатра. И уже тогда, разговаривая с родителями, старший педиатр определяет, нужна ли там бригада. Угадайте, какой процент обращений, переключаемых на старшего педиатра, превращается в вызов первой срочности? Правильно, практически все! Причины описаны выше, не будем повторяться. Очень часто педиатр долго уговаривает родителей на то, чтобы к ним приехала бригада. Как только вызов к ребенку принят, он пересылается на диспетчеров детского пульта. Их работа тоже не сахар, ведь им приходится не только «распихивать» детские вызовы, но и записывать карточки пятых бригад, как будто диспетчер подстанции этим заняться не в силах. Из-за такой организации и приходится педиатрам без продыху ездить на сопли и срыгивания, а линейным – лечить серьезные детские болячки или госпитализировать всех детей подряд, если попали на те же сопли. Может, это выгодно больницам и Станции: загрузка стационаров, расход бензина, выбывание бригады из работы на длительное время, связанное с дальними госпитализациями? Может, в этом и есть сермяжная правда оказания медпомощи детскому населению столицы врачами-терапевтами, травматологами, рентгенологами и т.д.? Может, это делается для улучшения обслуживания детей гостей столицы из ближнего зарубежья? Не знаю. Ясно одно: **работа с детскими вызовами на Станции ведется отвратительно!**

«На закуску» остались **диспетчера регионов**, непосредственно передающие вызовы на подстанции. Именно их очень и «любят» линейные. Сначала давайте разберем анатомию. Москва поделена на 12 регионов (направлений): 1 (п/с № 12, 24, 30, 49, 39, 52), 2 (п/с № 18, 28, 43, 10), 3 (п/с № 5, 17, 48, 35), 4 (п/с № 6, 22, 32, 53), 5 (п/с № 16, 33, 51, 37), 6 (п/с № 8, 20, 19, 36), 7 (п/с № 41, 31, 29), 8 (п/с № 7, 13, 26), 9 (п/с № 15, 50, 4, 44), 10 (п/с № 2, 11, 34, 45), 11 (п/с № 1, 3, 21, 14, 40), 12 (п/с № 25, 38, 54). Чем заняты эти «демоны ночи»? Они передают на подстанции вызова, пришедшие к ним на компьютеры, в зависимости от адреса вызывающего. Если нет свободных бригад на нужной подстанции, вызов можно передать на соседнюю; а если и там нет, то можно передать его диспетчеру контроля или старшему диспетчеру для перекидывания на соседний регион. А можно схитрить и передать его на подстанцию соседнего региона непосредственно. Они же могут направить какую-нибудь спецбригаду или БИТ на непрофильный или несрочный вызов (так как через свой компьютер могут назначить на них вызов). Для чего? А для того, чтобы передать вызов, избавиться от него. А что делать при появлении профильного вызова или ситуации, требующей БИТов? А там не ее дело – пусть старшие диспетчера и спецпульт расхлебывают! Кто работает? Среди диспетчеров направлений складывается та же кадровая ситуация, что и на всей СМП. Многие опытные сотрудники уволились, не выдержав темпа работы и моральной обстановки в коллективе, создаваемой заведующим и старшим фельдшером. На их места пришли люди из Подмосквы и прилегающих областей. У них нет опыта оперативной работы, учиться ей они не хотят, не знают своих регионов даже по карте (а это ОЧЕНЬ важно для нормальной работы: согласитесь, если знаешь, что Ъ-ское шоссе перегороджено разделительной полосой без разрывов на протяжении 15 км, то не имеет смысла посылать бригаду с п/с, обслуживающей нечетную сторону на четную – а такие ситуации сейчас не редкость!). Но они – очень выгодные для Лисичкина сотрудники, безропотно выполняющие все его безумные, на корню разваливающие оперативную работу, приказы. Почему диспетчера направлений «имеют» бригады? А все по той же причине: бестолковая работа оперотдела в целом. С одной стороны, подпирает количество вызовов, с другой стороны, Лисичкин орет, чтобы вызова не стояли. В сложившейся ситуации ЭТО НЕВОЗМОЖНО!!!

Кстати, вы не забыли про «напряженку»? Если поступает жалоба, то с диспетчера региона снимают доплату, если у него была хоть малейшая возможность послать на этот вызов бригаду, невзирая на то, какие вызова ожидали обслуживания в этот момент! Помимо уменьшения зарплаты диспетчер еще и лишается премии на год. Кому охота лишаться



своих денег, которых очень ждут в Твери, из-за того, что бригада хочет есть, пить, посетить туалет? Вы какие-то странные, если ждете нормального к себе отношения... Но не буду огульно охаивать всех диспетчеров направлений. Среди них все-таки остаются нормальные люди, и таких, надо заметить, не так уж и мало, но число это меньше и меньше с каждым днем. По поводу предоставления времени для при-

ема пищи бригадам: есть определенные периоды времени, в которые линейные должны поиметь полчас на прием пищи. Это при отсутствии серьезных вызовов, ожидающих обслуживания. А серьезность постоянно висящих вызовов – понятие субъективное. А денег можно лишиться: зачем, спрашивается, была отпущена на обед бригада, когда висел вызов «ж. 27, АД»? Вот позвонит эта истеричка или ее мамаша, пожалуется – выговор. А сытый голодного не разумеет, как известно. Диспетчера регионов, так же, как и «03», имеют право на перерывы после 1,5-2 часов работы за компьютерами, а также отдыхают по 3,5 - 4 часа ночью. Это официально. Естественно, чаю налить и в туалет сходить в течение всего рабочего времени – не проблема. Но такой режим труда и отдыха безусловно оправдан: при той интенсивности нервной нагрузки, которую несут эти люди, если не выходить из этого «муравейника», не отстраняться от работы – с ума сойдешь намного быстрее, чем кажется.

**Диспетчера направлений** осуществляют взаимодействие с милицией. И если вы поехали на вызов с поводом «ножовое» и не увидели там милиции, то вините в этом своего диспетчера региона. Хотя такие поводы передаются и отслеживаются, как было сказано выше, старшими диспетчерами, но прямой связи с «02» у них нет, поэтому вызов подмоги остается на совести неквалифицированного регионального диспетчера.

Работа отдела госпитализации, инфекции, филиалов и трупоперевозки, естественно, в этой статье не рассматривалась, поскольку это совершенно другие подразделения станции и к оперотделу напрямую не относятся. Вот я вам и представил принципиальную схему функционирования самого важного подразделения Станции – оперативного отдела. Вы спросите, почему самого важного? Да потому, что как организована работа оперотдела, так и будут работать линейные и специализированные бригады, такова будет нагрузка на лечебный персонал, такова и будет организация действительно СКОРОЙ помощи больным и пострадавшим. При этом очень обидно, что этим наиважнейшим подразделением Станции руководит столь бестолковый субъект как Лисичкин. Это мнение не только мое, но и всех нормальных сотрудников СМП. Он начал разваливать оперативную работу практически с того момента, как пришел на эту должность. Кстати, неплохо было бы узнать, сколько все-таки должностей занимает Лисичкин. Это просто какая-то тайна мадридского двора... Хорошо организованную систему развалить сложно, но Лисичкин своего добился. Теперь в том хаосе и неразберихе, которые творятся в этом ОПЕРном театре, сам черт ногу сломит. Кто так бестолково разделил Москву на регионы, чтобы нельзя было оперативно перебрасывать бригады? Почему бригада должна отправляться в другой регион, если путь до места с учетом расстояния и времени на поиск адреса (незнание топографии района может очень серьезно увеличить время доезда – я как-то ночью только адрес искал около часа) займет час и более? Пока бригады одного региона застревают в дебрях чужого зависшего региона, начинается зависать свой регион. И что получается: и тот регион не разгрузили, и свой повис. Вот до утра радостно будем кататься без заезда на вызова с 12-ти часовыми задержками, и если совсем не повезет, то и новой смене оставим.

Грустно все это, дорогие мои выездные! Есть такое понятие как усталость конструкции. Вот при такой эксплуатации оперативного отдела и Станции в целом скоро усталость конструкции не позволит применять к себе такую нагрузку, и система рухнет.

**НАЧАЛЬНИКИ! Такая система как «03» не разваливается постепенно, она рухнет одновременно и очень скоро, если не произвести капитального ремонта!**

Эх, все-таки самым реальным путем реформирования СМП мне кажется следующий: прилетят инопланетяне и все наладят!

До встречи! Ваи, Dr\_lug.

## МЫСЛИ ПО ПУТИ НА АДРЕС

«Скорая помощь» России, наверное, всегда стояла в медицине только одной ногой, другой – в социальной сфере, сфере человеческих взаимоотношений. Вчера, к примеру, вызвали на «мужчину, 45, без сознания», на остановке. Чувствуя «патологию», не торопились. Приехали, погрузили этого грязного пьяного в машину, написали, что кровь из разбитой губы течет «из рваной раны», поставили «сотрясение головного мозга» под вопросом – и в больницу. Там нас поняли с порога, поэтому разрешили этому больному протрезветь в тепле, в изоляторе, на запертом полу у батареи. С медицинских позиций, максимум, что мы сделали – спасли его от пневмонии. Следует пояснить, что подбирать здоровых пьяных – функция не наша, а милиции. Но где же на нем написано, что он здоров, а в милиции с кадрами плохо, ну и методы работы другие. Да речь даже не об этом. Он сам нам даже двадцатку дал, которую «передали» потом подростку-пациенту домой на проезд. Пора смириться с тем, что на «Скорой» часто работают «по понятиям». И неважно, что эти «понятия» включают в себя не строгое соблюдение инструкций, а, с одной стороны, откровенное «заряжалово» не в меру наглых, но в меру здоровых, и с другой – развоз алкашей по больничкам (о нормальных больных речь не идет). «Скорая» – служба медико-социальная. И хорошо, что она работает действительно для людей, и ее на всех хватает: например, на бомжиху, пролежавшую три дня под открытым небом в состоянии мощной алкогольной энцефалопатии, упорно посылавшую всех, кто пытался спросить у нее информированное согласие на госпитализацию. Дети вокруг три дня ходили и спрашивали взрослых о природе белых червячков (опарышей) в ее гангренозных голенях и помочных кроссовках. На третий день «Скорики» надели ей на ноги пакеты для сохранения там живности и отвезли в больницу. Для кого они работали? Бомжиха – не жилец уже, значит для людей/детей двора. И так во всем.



Деваха 28 лет с острой коитальной недостаточностью и бредом любовного очарования в час ночи решила повеселить своих домашних суицидом и, выпив банку пива, сказала, что наелась таблеток, а родственники вызвали «Скорую». А кого же еще??!! Приехали два молодых парня «03», лечебная тактика определилась наличием родственников в квартире, а иначе не обошлось бы без «этиотропной» терапии.

По таким парамедицинским вызовам можно проехать весь день. На языке документов это называется непрофильными вызовами, и как бы с ними ни боролись, намного меньше их не станет. Ментальность нашего народа такова, что «Скорая» часто ассоциируется не столько с медициной, сколько с неким своеобразным ангелом-хранителем, вызов которого быстро и легко решит все проблемы.

Хорошо это или плохо? На мой взгляд, хотя универсального подхода к каждому вызову быть не может, это хорошо. Сейчас в России наблюдается «дефицит надежд»; возможно, это происходит потому, что на людей из всех широких СМИ льется поток негативной информации об убийствах, ограблениях и кризисах; уже странно, что что-то где-то вообще еще работает. В то же время в людях часто отсутствует некий духовный тыл (церковь, великая идея), многие давно живут, не имея цели. Это еще более усиливает отношение к «Скорой», как к последней надежде, особенно в сложной ситуации, дескать «Боже, везде всё плохо, но пусть мне повезет, и «Скорая» придет и поможет».

«Скорая помощь» относится, на мой взгляд, к одной из самых старых служб, наряду с пожарными и милицией, стоящих на страже «тыла российского народа». Каждый должен быть уверен, что в случае чего к нему придут и помогут, несмотря на состояние кошелька, промилле алкоголя в крови или национальность.

Таким образом, хочется сделать вывод, что в настоящее время СМП России выполняет социально-стабилизирующую функцию как в области соматического здоровья, так и, в некоторой степени, психического здоровья людей России.

clest, СПб

## ОБРАЩЕНИЕ СПАСАТЕЛЕЙ

Братья по оружию!

Обращение к линейным бригадам СМП при вызове Спасателей на предмет транспортировки пациента в машину из квартир домов, где нет лифта, или он не работает, или ещё чего. Приготовьтесь к тому, что:

1. Телефон "01", широко рекламируемый сейчас в Москве как телефон спасения, по-прежнему остаётся телефоном ЦУСа (Центр Управления Силами) пожарных.
  2. Скорее всего, вас оттуда пошлют по "малому кругу кровообращения" (другой тел. - другой тел. - другой тел. - и т.д.)
  3. Очень важно при вызове знать округ, в котором находится адрес, особенно для пограничных районов и районов за МКАД.
  4. По-прежнему пыгается функционировать ОСБИС (Служба Спасения) - они лучше осведомлены о территориальной разбросанности отрядов и знают короткие пути дозвон. Но их услуги платные. То есть приедут Спасатели МЧС, а за звонок ОСБИС захочет денег. Поэтому, если вы этим путём идёте, то попробуйте возложить это на плечи родственников.
  5. Если госпитализация/транспортировка плановая, и это известно заранее, попробуйте так же заранее начать процедуру нашего вызова.
  6. О нашем вызове поставьте, пожалуйста, в известность подстанцию и свой центр. Был неприятный случай, когда звонок в отряд пришёл напрямую, а бестолочь полковник ГОшный не мог просечь фишку, с какой это стати экипаж поедет кого-то носить (заподозрив в этом мухлёж какой-то).
  7. Если случилось вам разговаривать с отрядом напрямую, то опишите проблему подробнее - не все отряды имеют в штате толковых оперативных дежурных. И зачастую за "фишкой" сидят сами спасатели, а они в силу разных причин с первого раза вас могут и не понять. Сразу сообщите номер наряда для нашего начальства - это как заклинание.
  8. Помните, нас не так много, как этого хотелось бы жителям Первопрестольной (по одному экипажу в 4-5 чел на округ с одной машиной). Зеленоград пока без прикрытия. Будьте готовы к тому, что наши Рулилы-Командиры-Полковники из ЦУКСа (ЦЕНТР УПРАВЛЕНИЯ КРИЗИСНЫМИ СИТУАЦИЯМИ) могут и не дать добро на то, чтобы мы отправились по вашему адресу, по своим только им известным мотивам, без объяснений. И тут мы бессильны будем вам помочь.
- Отдельно для подстанций, в чьём ведении находится ЮВАО: у всех ваших диспетчеров есть наш прямой телефон и информация о том, в каком случае нас вызывать. Не ходите по "малому кругу кровообращения", звоните сразу на подстанцию.

С уважением, Rescue-Officer



## Взаимодействие «03» с оперативными службами при пожаре и ДТП

### Вопрос:

Должна ли бригада СМП, прибывшая на пожар, оказывать помощь пострадавшим, находящимся в очаге поражения (почти потушенная квартира и т.п.)? Силами какой оперативной службы осуществляется эвакуация из очага?

### Ответ:

Вам нечего делать в квартире до того, как пройдёт доклад "полная ликвидация!" и даже до окончания "проливки-разборки" (термин такой), и я здесь уже писал об этом. Корень проблемы кроется в термине "очаг", точнее в том, как его трактуют пожарные в своих руководящих документах и медицинское начальство - в своих. Однако хочу заметить следующее: эвакуация есть **вывод, вынос, выбег пострадавших на пожаре, сугубо прерогатива пожарных**. И никто ни под каким предлогом не может отправиться в очаг иначе как с разрешения/приказа РТП (руководитель тушения пожара): милиционер ли он при пулемёте, судебный ли пристав при пистолете или работник «Скорой помощи» при шприце. Дядьку этого (руководителя тушения пожара) можно узнать по номеру на каске в РОМБЕ. Плюс при нем всегда радиостанция (но это вторичный признак).

Так что если какой-то рядовой боец требует от вас посещения очага, вы смело посылаете его куда? Правильно: к его начальству. На любом пожаре явно или не явно, но присутствует штаб его тушения, этот штаб всегда возглавляет кто-то. От бригады СМП по прибытии требуются две вещи:

1. Поставить в известность о себе (доложить).
2. По возможности разместить свою машину так, чтобы:
  - а) не быть впоследствии запертыми другими машинами;
  - б) не создавать помех движению пожарной техники.

### Вопрос:

Почему пожарные зачастую не оказывают первую медицинскую помощь пострадавшим? Разве они этого не умеют?

### Ответ:

Прискорбно и печально, но факт: НЕ УМЕЮТ !!! Поверьте, в пожаре всё тоже не так гладко, как нам поют! Создай они свой сайт, он был бы похож на этот (Фельдшер.РУ) по количеству сообщений, ругающих начальство, впрочем, такие сайты есть. Но это присказка, сказка вот.

Кто есть пожарный? Начальники ПЧ (пожарных частей), начальники караулов, всякая администрация. Иногда ключевые должности низкого ранга: это офицеры и прапорщики. А вот бойцы, что со стволом ходят в очаг - это или "контрабасы" или вообще срочники. Откуда у них навыки, а особенно желание знать что-то или уметь??? Для них в большей массе СЛР - тёмный лес. Я не хочу умалять авторитета пожарной охраны, но ситуация у них критическая. Полковники и майоры зачастую параллельно с руководством всем пожаром ещё и возглавляют какой-либо боевой участок, а то и просто берут ствол и идут в очаг.

### Вопрос:

Каково определение очага при пожаре в трактовке пожарных?

### Ответ:

Если руководствоваться пожарными документами, то очаг (на примере квартиры) - это сравнительно небольшое пространство, где началось возгорание; или пространство с наибольшей температурой и интенсивностью горения и т.д.

Если брать нормы СМП, под определение очага попадёт и весь подъезд, а зачастую и прилегающая территория; мы с этим уже сталкивались. Поэтому пока не будет ясности понимания этого вопроса, между ними (нами) и вами возможны эксцессы наподобие описанного вами.

### Вопрос:

Так каково же определение очага в понимании СМП, по вашему мнению?



### Ответ:

Итак, ДТП - очаг? Сейчас я вам наглядно продемонстрирую несостоятельность определения "очаг" в том понимании, в каком оно бытует на СМП, на примере ДТП.

1. При использовании понятия «очаг» не вводятся конкретные понятия его границ.
2. Понятие очага рассматривается в отрыве от времени (согласитесь, наступает момент, когда очаг очагом быть перестаёт!).
3. Вам самим на выбор предлагается определить поражающий фактор (факторы), действующие в очаге.

С пожаром всё понятно: дым, вонь, огонь, полымя-жара и вообще ничего не видно. Границы интуитивно и инстинктивно понятны. Со временем тоже легко: увидел, что пожарные бегать перестали, каски-боекды снимали и рукава сворачивают - гарантированно всё закончилось.

Теперь о ДТП ("Авто" на вашем языке)

ДТП - столкновение n-ного числа единиц техники разного свойства и качества или же наезд на препятствие (сбитых пешеходов я пока в расчёт не беру). Факт свершившийся, следовательно, вы приезжаете туда, когда всё САМОЕ страшное уже произошло. Однако не исключена вероятность неких эксцессов в процессе, как-то: въезд ещё одного пьяного дурака, возгорание пролитого бензина, неадекватное поведение выживших, внезапное срабатывание подушек безопасности и прочие малоприятные вещи. То есть по меркам ГОшных мудрецов, у которых ваше начальство позаимствовало этот термин, на лицо тот самый ОЧАГ.

И вот тут наступает самое интересное: если милиция и ГИБДД место оценили и своими машинами мигающими оградили, если вокруг вас движение с черепашей скоростью или вовсе пробка, если коллеги мои аккумуляторы отключили, если разлива бензина/масла нет или "Фазрам" удалось его «купировать», то наступает тот момент, когда ОЧАГ локализован и ликвидирован (о чём ваше начальство предпочитает умалчивать!)

Почему бы вам не поставить пострадавшему «банку» и не пустить физику по вене, попросив того же спасателя вам посветить? Если надо, то на длительных и сложных ДТП мы и мачту освещения ставим. Иногда травмы на ДТП настолько непредсказуемы и тяжелы, что как бы мы ни разбирали машину вокруг пострадавших, без причинения им боли вытащить их не удастся, особенно на массовых ДТП, где время дорого, а рук не хватает.

### Вопрос:

Может, расскажете о технике безопасности на ДТП, на пример?

### Ответ:

Я не призываю вас надеть всем каски и спецобувь/одежду, однако при работе на ДТП убедительная просьба - соблюдать осторожность и внимательность, а также согласовывать свои действия с теми людьми, которые вам помогают.

Помните: вы вправе требовать от милиции, чтобы они удалили посторонних или буйных; вы вправе требовать от ГИБДД организации движения вокруг места ДТП. Работая рука об руку со спасателями, согласовывайте свои действия! Только когда вокруг вас не движется никакой инструмент, ничто не «кусается», и ничто не раздвигается/ломается, вы можете манипулировать с пострадавшим. Попросите сделать паузу в работе, убедитесь, что вас поняли и пауза сделана. И только тогда! Не зазорно будет, если вы предоставите свои шины и бинты, а также с дистанции отруководите действиями тех же спасателей по шинированию. Ничего страшного не произойдёт, если лекарство, набранное вами в шприц, уйдёт пострадавшему в мышцу не из ваших рук, а из рук спасателя, опять же под вашим чутким взором и руководством. Многие из нас многое умеют, только не оснащены должно и права не имеют.

Однако всё равно я вас и ваших коллег прошу соблюдать осторожность и взаимодействовать. Отключение аккумулятора при повреждении моторного отсека - это норма, которая соблюдается во многих странах свято. У нас же ГИБДД, прибыв первыми, даже имея розлив бензина, этого не делают, мотивируя тем, что аварийные огни разбитой машины предотвратят другие столкновения. Однако это миф. Или просто ленятся.

Я вас не призываю лезть под капот и отключать аккумулятор, я просто акцентирую ваше внимание на том, что раз уж вы прибыли на место первыми и очаг наличествует, то есть несколько скрытых угроз, а именно:

1. Искрение повреждённой проводки, могущее стать причиной возгорания.
2. Внезапное срабатывание подушек безопасности (у нас пока ещё редкость, но стоит принимать во внимание).
3. Розлив бензина.
4. Розлив аккумуляторной кислоты (берегите ноги, особенно девушки летом в босоножках).
5. Наличие осколков стекла, кстати, на российских дорогах ещё полно машин, где только лобовое стекло - триплекс (остальные, как правило, просто калёные, и хоть их кубические осколки считаются менее травмоопасными, всё равно будьте предельно осторожны!!!)
6. Хаотичное вследствие аварии движение автотранспорта вокруг вас зачастую с нарушением рядности, скоростного режима и других ПДД.
7. Неадекватное поведение выживших или очевидцев.
8. Работа вокруг вас спасателей гидравлическим инструментом, развивающаяся по своим законам и правилам, вам не известным; а с появлением на российских дорогах автомашин с гибридным приводом (электро/бензо) ещё и угроза поражения электротоком. Поэтому иногда целесообразно обезболить, банку поставить и отойти в сторонку недалеко, оставаясь в зоне видимости.

По материалам форума Feldsher.ru.  
На вопросы отвечал спасатель Rescue-Officer

# ОТВЕТЫ ЮРИСТА

На вопросы отвечает юрист сайта,  
адвокат Андрей Агешин

## Обязательны ли прививки?

**Вопрос:** Нас до кишечных колик достали с прививками, в частности, с прививками против гепатита В. Администрация говорит, что не допустит до работы, если вакцинации не будет. Многие, кто уже вакцинировался, горько пожалели об этом, так как плохо перенесли вакцинацию (препарат-Engerix TM-B): были боли в животе, тошнота, в результате в настоящее время вынуждены ограничивать себя в питании, так как при малейшей погрешности боли в правом подреберье возобновляются, у двоих развился гепатоз. Как с этим обстоят дела у вас, как грамотно откоситься?

**Ответ:** Да никак. Просто отказывайтесь и все. Пусть попробуют не допустить до работы, это незаконно. Нужны прививки или не нужны - это вопрос медицинский. Вопрос юридический состоит в том, возможно ли делать прививки в принудительном порядке: ответ - нет.

## Не отдают зарплату при увольнении.

**Вопрос:** Устроился на частную «Скорую» в марте, с тех пор зарплату не видел. Собираюсь увольняться. Народ, который работает давно, только за январь деньги получил. Что делать? Как заставить наших "менеджеров" платить? Останавливают несколько моментов: в трудовом договоре указана одна зарплата, обещали другую (т.е. платят "черным налом"), работаю по совместительству.

**Ответ:** Изначально Вы были согласны на «черную» зарплату, которая гораздо больше «белой». Такой трудовой договор - это признак близкого «кидалова». Даже если Вы попытаетесь что-либо потребовать от них, то получите только ту зарплату, которая указана в трудовом договоре.

## Работа «по одному».

**Вопрос:** Здравствуйте! Я работаю на сельской «Скорой», у нас 2 фельдшерские бригады (фельдшер и водитель). Согласно приказу № 100 МЗХ, фельдшерские бригады должны состоять из 2 фельдшеров. Вопрос в следующем: можем ли мы требовать, чтобы у нас на машине находилось по 2 фельдшера, или же требовать 100% интенсивности к зарплате за отсутствующего положенного фельдшера?

**Ответ:** Не любит прокуратура заниматься такими делами, не надейтесь. По поводу госпошлин: не пугайте народ, иски по спорам из трудовых отношений госпошлиной не оплачиваются. А посудиться можно. Если Вам не доплачивали, то можно добиться перерасчета.

## Служебная квартира.

**Вопрос:** Человек работает в дмитровской детской поликлинике. Их наградили служебными квартирами. Выдали служебный ордер на квартиру сроком на 10 лет. В квартире прописан ребенок 6 лет. Вопрос: что станет с квартирой и ее нынешними жильцами спустя этот срок? Перейдет ли эта квартира в собственность? Если нет, то есть ли возможность "расслужебить" эту квартиру?

**Ответ:** Ничего страшного не будет. Договор найма служебного жилого помещения заключается на период выполнения трудовых обязанностей. Срок 10 лет, который установлен, не совсем законен. Но на это можно сейчас не обращать внимания. Если через 10 лет Ваш знакомый будет продолжать работать, будет регулярно оплачивать квартплату, то выселить его из жилья будет нельзя. А там и пенсия.

По поводу пенсии. Не могут быть выселены из служебных жилых помещений пенсионеры по старости. Смысл служебного жилого помещения в том, чтобы привязать человека к работе. В соответствии с ЖК РФ, договор найма служебного жилого помещения заключается на период трудовых отношений. То есть, если поработать до пенсии, то Вам обязаны предоставить квартиру по договору соцнайма. Либо не выселять из служебной.

## Не дали отпускные.

**Вопрос:** Иду в отпуск на 33 рабочих дня с 16.02. Вчера узнал, что при расчете январской зарплаты отпускные мне не начислены (приказ на отпуск был от 19.01). Мотивировка расчетчицы: «А зачем Вам так рано получать деньги? Получите в аванс (23.02)». Какие меры принять, стоит ли вообще бодаться?

**Ответ:** Согласно ТК РФ, отпускные выплачиваются работнику до начала отпуска, а именно: не позднее, чем за три дня до его начала (ст. 136 ТК РФ)! Задержка выплаты отпускных приравнивается к задержке выплаты заработной платы и, следовательно, у работника возникает право требовать от администрации штрафных санкций в соответствии со ст. 236 ТК РФ: "При нарушении работодателем установленного срока выплаты заработной платы, оплаты отпуска, выплат при увольнении и других выплат, причитающихся работнику, работодатель обязан выплатить их с



уплатой процентов (денежной компенсации) в размере не ниже одной трехсотой действующей в это время ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации от невыплаченных в срок сумм за каждый день задержки, начиная со следующего дня после установленного срока выплаты по день фактического расчета включительно». То есть, если Вам задержали выплату 20000 на 1 месяц, то штраф администрации составит: 20000 x 12%/300 x 31 = 240 рублей. Не много, но все же пивка попить хватит. А если в масштабах станций?!

## Задержали на «пятиминутке».

**Вопрос:** Заведующий обожает проводить "пятиминутки", растягивающиеся не менее, чем на час. Причем делается это, начиная с полдевятого утра. Заведующему-то хорошо, его рабочий день начался, а мы должны оставаться после ночи. Особенно "хорошо" тем, кто работает до восьми, они освобождаются в полдевятого. Не раньше. А за непосещение - полоскание мозгов и наказания.

**Ответ:** Требование начальства оставаться на всякие там «пятиминутки» после работы незаконно. Можно посылать смело. Законных методов воздействия в виде объявления выговора к вам применить нельзя. Незаконные, в виде неудобного графика работы и прочих придирок... увы, от этого уберечься тоже нельзя.

## Фельдшер с акушерским дипломом.

**Вопрос:** Мы работали на сельской «Скорой». Сейчас нас переводят в черту города под крыло городской станции СМП. У одной из наших сотрудниц образование по диплому «акушерка». Три года назад она проходила усовершенствование по специальности «лечебное дело» (для фельдшеров). После прохождения курсов в выдаче сертификата специалиста по специальности "лечебное дело" ей было отказано ввиду того, что у нее акушерский диплом. Выдали справку о прохождении курсов усовершенствования. На городской «Скорой», куда нас перевели, администрация требует диплом и сертификат фельдшера. Возможно ли работать на СМП специалисту с акушерским дипломом, имеющему справку о прохождении курсов по специальности "лечебное дело"? Сотрудница отработала на СМП более 15 лет.

**Ответ:** Требования к лицам, назначаемым на должность фельдшера «Скорой помощи», четко обозначают, что на эту должность назначаются лица, имеющие диплом по специальности "Лечебное дело". Администрация права. В противном случае будут нарушены требования законодательства.

## Избит на вызове.

**Вопрос:** На вызове больной после оказания ему помощи избил доктора и несколько раз ударил фельдшера. Сразу после избития бригада вернулась на базу, вызвали милицию, написали заявление. Далее я бригаду провел через нарколога (родственники утверждали, что бригада была пьяна), через травматолога и невролога... А сегодня пострадавшие по почте получили отказ в возбуждении уголовного дела в связи с тем, что ответчика невозможно найти (типа, в бегах). Причем отказ был подписан 30 декабря. И, кроме того, я ответчика видел не один раз в городе - нигде он не уезжал. Что можно предпринять для наказания?

**Ответ:** Причинение легкого вреда здоровью (ст. 115 УК РФ) и причинение побоев (ст. 116 УК РФ) являются делами частного обвинения и возбуждаются не иначе как судом по заявлению пострадавшего. Так что и отказ, скорее всего, обоснован именно этим. Увы, таков закон. Надо, не теряя времени, подавать заявление в мировой суд.

# ДОСРОЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПЕНСИИ

Каждый работающий при достижении определенного возраста начинает задумываться о пенсии. Возраст, с которого возможно уйти на заслуженный отдых, четко установлен законодательством. Для мужчин – это достижение возраста 60 лет, для женщин – достижение 55 лет. Но давайте согласимся, что не все работы «одинаково полезны» для здоровья, именно поэтому для некоторых категорий наших граждан назначение пенсии по возрасту возможно ранее достижения пенсионного возраста, установленного законодательством. Не хочется утруждать читателя перечислением всех категорий, для которых это возможно. Остановимся на самых распространенных профессиях: это медицинские работники и педагоги. Их право на назначение досрочной пенсии предусмотрено статьей №28 Федерального Закона «О трудовых пенсиях», и вот как это определено в Законе:

*«Трудовая пенсия по старости назначается ранее достижения пенсионного возраста следующим гражданам:*

*лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и в поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста».*

Списки соответствующих работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых назначается трудовая пенсия по старости лицам, осуществляющим педагогическую, лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения, утверждаются Правительством Российской Федерации.

Постановление от 29 октября 2002 г. N 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

Эти списки и правила исчисления стажа были утверждены, текст Постановления был опубликован в «Российской газете» 6 ноября 2002 г. Учитывая, что в тексте Постановления ничего не говорится о моменте вступления его в силу, по общему правилу данное Постановление начинает действовать по истечении 10 дней после официального опубликования.

Но в настоящее время необходимый стаж выработан у тех, кто начал свою трудовую деятельность гораздо ранее введения этих нормативных актов. Эти люди честно работали, оказывали медицинскую помощь. И сейчас, когда подошло время предоставить им заслуженный отдых, вдруг оказалось, что те должности, на которых они работали, и те учреждения, где они честно исполняли свои обязанности, во вновь утвержденном перечне отсутствуют. Значит ли это, что имеющийся стаж не будет включен в периоды, дающие право на досрочное назначение пенсии? Вовсе нет!

Конституция Российской Федерации определяет, что законы и иные нормативные акты, ухудшающие положение граждан, обратной силы не имеют. А это значит, что при исчислении стажа, дающего право на досрочное назначение пенсии, должны применяться законодательные и иные нормативные акты, которые действовали в период исполнения работником его трудовых обязанностей.

К большому сожалению, работники Управления Пенсионного фонда достаточно формально относятся к применению этого правила и, принимая решение о назначении пенсии, руководствуются только Постановлением от 29 октября 2002 г. N 781. В ранее действующем положении «О порядке исчисления стажа для назначения пенсий за выслугу лет работникам просвещения и здравоохранения», утвержденном Постановлением Совета Министров СССР от 17 декабря 1959 года № 1397 «О пенсиях за выслугу лет работникам просвещения, здравоохранения и сельского хозяйства», перечень должностей и учреждений, работа в которых давала право на льготную пенсию, был более обширным.

Учитывая, что Конституция РФ имеет прямое действие на всей территории Российской Федерации, при назначении льготной пенсии необходимо руководствоваться нормативно-правовыми актами, действовавшими на момент исполнения работником трудовых обязанностей.

Наиболее частые споры также вызывает включение в стаж, дающий право на льготную пенсию, периодов нахождения женщин в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком. По ранее действовавшему законодательству время нахождения в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком в период с 1 ноября 1981 года по 6 октября 1992 года включалось в льготный стаж. Частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года был установлен Постановлением Совета Министров СССР и ВЦСПС от 2 сентября 1981 года № 865; аналогичным Постановлением от 22 августа 1989 года № 667 был установлен частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет.

Для применения указанных Постановлений Госкомтрудом СССР и Секретариатом СПС были утверждены разъяснения от 6 июля 1982 года № 7/10-30 и от 29 ноября 1989 года № 23/24-11, в соответствии с которыми предусматривалось, что время отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года (полтора лет) засчитывается также в стаж, дающий право на пенсию на льготных условиях и в льготных размерах. Такой порядок действовал до 6 октября 1992 года, то есть до вступления в силу Закона РСФСР от 25 сентября 1992 года № 3543-1, когда были внесены изменения в ст. 167 КЗоТ РСФСР.

Таким образом, время нахождения женщин в частично оплачиваемых отпусках по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года (полтора лет) включалось в стаж, дающий право на назначение льготной пенсии, в период с момента введения такого отпуска (1981-1982 годы – в зависимости от региона) и до 6 октября 1992 года, и должно включаться в настоящее время.

Если Вы обратились в Управление Пенсионного фонда с заявлением о назначении Вам досрочной пенсии, и Вам отказали, Вы можете защитить свои права в суде. При получении письменного отказа в назначении досрочной пенсии Вам необходимо обратиться с иском заявлением в суд по Вашему месту жительства.

Советовал адвокат  
Агешин А.Е.

Отек легких... Как много про него написано в разных учебниках и монографиях, толстых и не очень, сколько прочитано лекций и защищено диссертаций. Но он все же до сих пор остается камнем преткновения в работе мужественных и почти всемогущих сотрудников скорой помощи на широких просторах нашей многострадальной Родины. С этим состоянием можно столкнуться прибыв на вызов практически по любому поводу: от «Температура, АД» до «Задыхается, посинел». И вот, столкнувшись нос-к-носу с больным в положении ортопноэ, посмотрев на его мокрое тело и синие губки, выслушав стетоскопом обилие влажных разнокалиберных хрипов в его отекавших легких, наши товарищи начинают вести себя иногда совершенно по разному. Кто-то проводит неотложную адекватную терапию, а кто-то, наложив в штаны, вводит хворому что попадет под руку и больной благополучно «дуплится» до приезда БИТов. Стоит сказать, что по поводу адекватности терапии ведется немало споров в скорпомощной среде, что показывает анализ сообщений в разделе «Кардиология» небезызвестного вам сайта [www.feldsher.ru](http://www.feldsher.ru). Чтобы пресечь разброд и шатания в этой области, было решено оформить современные позиции в лечении острой левожелудочковой недостаточности в виде статьи. Сначала я хотел написать глубоко научную статью, и даже начал это делать. Но потом подумал, что вряд ли стоит это делать и решил написать текст, что называется «для гражданских», поскольку глубоко научных статей в специальной литературе и так предостаточно. Вот что из этого получилось...

Давайте сразу договоримся, что здесь мы будем рассматривать тактику и лечение при острой левожелудочковой недостаточности, т.е. при кардиогенном отеке легких. Это связано с тем, что встречаемость некардиогенного отека легких, т.е. синдрома острого легочного повреждения (СОЛП) или респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ), как его раньше называли, практически равна нулю. Давайте разберемся, что же такое кардиогенный отек легких. Отек возникает тогда, когда содержание воды в ткани легких превышает возможные пределы. Сначала она скапливается в интерстиции, а затем переходит в альвеолы и начинает пузыриться там. Суть проблемы в том, что избыток воды мешает газообмену – мало кислорода поступает в кровь – возникает гипоксия и от этого организм загибается. В принципе, возникновение отека возможно по ряду причин: инфаркт миокарда, гипертонический криз II типа, аритмия, декомпенсация хронической сердечной недостаточности. Терапия же бывает недифференцированная и этиотропная. Об особенностях применения этих видов терапии речь пойдет ниже.

Так что же делать, попав к больному с отеком легких? Первым делом надо убедиться в том, что у больного действительно отек легких. Клиническую картину описывать не буду – сами ее прекрасно знаете. А о проверке я заговорил не зря – диагноз «с порога» не всегда бывает правильным. Нужно помнить о случаях бронхореи или просто о своеобразных пациентах. Пример: В Олимпийской деревне живет больная Ф. так она очень талантливо изображает дистантные хрипы при отеке, хотя у нее ничего кроме тотального склероза нет. Ни один раз молодые сотрудники вызывали на себя БИТ к этой старушке, все проблемы которой заканчивались при инъекции пипольфена или дропа. Вот вы удивитесь, что это действительно ОН. Ваша первая задача – не впасть в панику! Как бы не был тяжел пациент и как бы не были суеверны и агрессивны родственники. В успешном исходе вашей борьбы с хворью немаловажную роль сыграет ваша рассудительность и спокойствие. Сложно выполнить этот совет, ой как сложно! Но НАДО. Далее давайте оценим критичность состояния больного. Его можно условно разделить на три типа: «это жоп@», «это полная жоп@», «это триндец». В зависимости от состояния больного и будет строиться наша тактика его ведения. В первом случае мы имеем больного с начинающимся отеком, когда влажных хрипов не так много и одышка не превышает 30-35 дыханий в минуту. Вторая степень диагностируется нами когда больной мокрый как мышь, частота дыханий 35-50 в минуту, хрипов в легких так много, что только они и слышны, а третья степень выглядит как сине-серое тело с поверхностным дыханием и «загружающееся».

Состояние оценили. Теперь давайте больного всячески спасать! Вообще, перво-наперво надо «сесть на вену», т.е. обеспечить венозный доступ. В первых двух случаях мы начнем с недифференцированной терапии, которая включает в себя:

1) подачу кислородо-воздушной смеси (5-7 литров кислорода в минуту) с использованием того ингалятора, который есть в вашем распоряжении (АХТУНГ! Дорогие мои, никогда не относитесь халатно к проверке наличия газов в ваших АН и КИ! Они могут вам понадобиться в любой момент). Не ленитесь дать больному кислород. Это оправдано тем, что повышение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе будет способствовать проникновению большего его количества в кровь и т.д. Короче – это полезно! Еще более полезным станет добавление к потоку кислорода уникального пеногасителя – этилового спирта. Он снижает поверхностное натяжение на границе раздела сред жидкость-газ и предотвращает образование пузырьков мокроты, забивающих бронхи и не дающих нормально вентилироваться альвеолам.

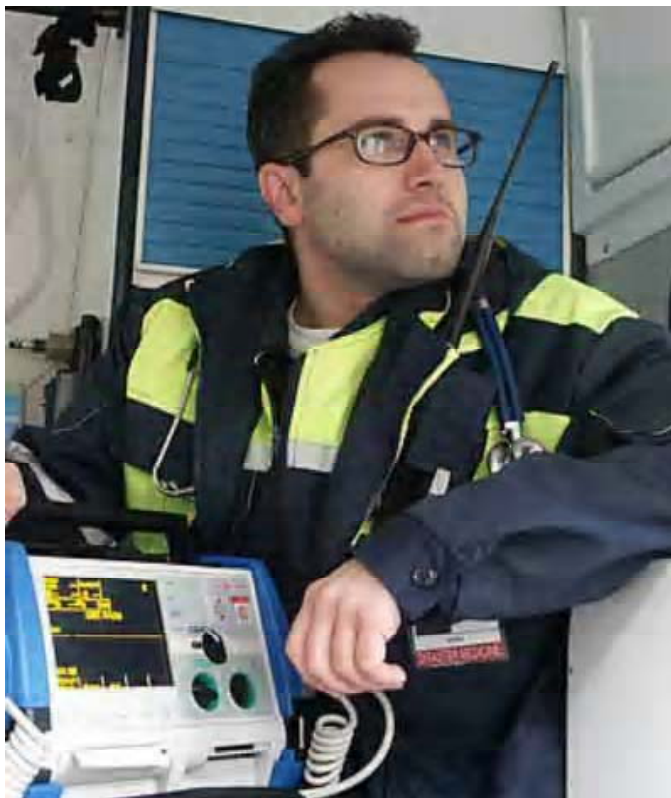
2) введение наркотических анальгетиков в виде морфина гидрохлорида. Вводить его надо дробно и не спеша, по 0,3-0,5 мл в разведении. Польза морфия заключается в купировании дыхательной паники, которая всегда присутствует у больного с отеком, а также есть проверенные данные, что морфий снижает давление в малом круге кровообращения. А вот если ввести морфий быстро и много, то может возникнуть остановка дыхательного центра (особенно у пожилых и ослабленных больных) и тогда вместо пользы вы получите вред. Есть мнения, что кроме морфина можно вводить другие наркотики или можно вообще наркотики не вводить. Кроме морфия допустимо применение омнопона или фентанила на худой конец, а вот промедол тут будет как мертвому припарка – сила и механизм действия не те. Мировая практика показывает, что морфий все таки самый вкусный в данной ситуации наркотик. Тем, кто считает, что наркотики вводить не надо, отвечу – не надо только в случаях начинающегося отека или в терминальной его стадии, а во всех остальных ситуациях без наркоты не обойтись, если вы всерьез реально лечите больного, а не просто вокруг него попрыгать и в тело иголкой потыкать.

3) диуретики. Самым основным диуретиком в описываемой ситуации является Фуросемид (лазикс). В чем его польза, спросите вы? Ответу. Мы же с вами договорились, что отек – это избыточное скопление жидкости в легких. А фуросемид – это то снадобье, которое быстро и эффективно выводит воду из организма, от чего

этому организму становится лучше. Сколько делать? Отек дело такое, что надо действовать быстро и решительно, поэтому начинать меньше чем со 100 мг – смешить людей. Оптимальной начальной дозой будет 2 мг/кг. Прикните сколько весит тушка пациента и помножьте на 2. В введении фуросемида есть своя тонкость – его надо делать без разведения и болюсом. Такой способ дает нам раскрыть еще одно целебное свойство лекарства – оно неплохо понижает давление в малом круге. Получается что мы и мочу гоним и силы, выталкивающие воду в легкие уменьшаем. Остается одно НО. Морфий повышает тонус уретрального сфинктера и больному очень сложно самому отдать вам свой долгожданный диурез. Поэтому установите мочевой катетер при первой возможности, как только пройдет первый лечебный ажиотаж.

До применения дифференцированной терапии нам надо нормализовать гемодинамику нашего больного. Для этого нам надо все таки измерить ему АД, если раньше этого сделано не было. Существует понятие об отеке на нормальном, повышенном или пониженном АД. В зависимости от этих цифр и будем дальше плясать в нашем лечении. Всем известно, что если давление повышено – его надо понизить, а если понижено, то соответственно наоборот. Какие средства нам доступны в достижении этой цели?

При гипертензии, особенно диастолической полезным будет применить периферические вазодилаторы. Препаратами первой очереди будут нитраты. Начать их введение следует с сублингвальных форм (2 дозы изокет-спрея, нитроминта и т.д.), затем непременно мы наладим капельное введение нитратов (изокет, перлингит и т.д.) в соответствующей дозировке для каждого препарата. Не поленитесь, откройте справочник и посмотрите дозировку для тех снадобий, которые есть у вас в ящике. Но если вы дозировак не помните, то титруйте дозу по эффекту – держите систолическое АД не выше 20-30% от нормального для данного субъекта. Противопоказания к назначению нитратов известны – останавливаться на них не будем. А кто не помнит – смотри книгу. Помимо нитратов есть у нас на вооружении такой препарат как МАГНЕЗИЯ! Он тоже обладая тьмой полезных свойств снижает как систолическое, так и диастолическое АД. Только при отеке полезным бывает его внутривенное введение. Из мышцы он всасывается некоторое время, которого у нас может не быть. Дози-



## ОПЯТЬ ОТЁК, БУДЬ ОН НЕЛАДЕН...

ровка? Начните с 5,0 на разведении – не ошибетесь. Далее – по эффекту.

Несколько слов стоит сказать о применении известного вам дроперида. Этим препаратом надо уметь работать. От него можно получить как пользу так и большой вред. На гиперкризе с АД выше 160 он работает нормально в дозе 2,0-3,0 на разведении. Меньше 2,0 вводить его не стоит, поскольку можете получить от больного негативизм в свой адрес (все таки блокада адренорецепторов головного мозга веешь нешуточная). НО! Будьте крайне осторожны если вы подозреваете, что у больного относительная гиповолемия (например началу заболевания предшествовала длительная рвота) или пациент хорошо ответил на введенный вами лазикс – можете получить реально опасную гипотензию. И вообще, по возможности воздержитесь от введения дроперида.

Клофелин следует вводить очень осторожно, и только при купировании отека легких, осложнившего гиперкриз. Во всех остальных случаях введение этого препарата опасно из-за его плохой управляемости, а ситуацию всегда хорошо держать под контролем!

Теперь о низком давлении. Какое АД считать низким? Для нормального человека – это ниже 100 мм.рт.ст., а для хронических плохо леченных гипертензивиков это будут уже другие цифры. Так что постарайтесь все таки собрать анамнез.

Чем будем поднимать АД? Препаратами первого ряда будут конечно симпатомиметики. Это известные вам дофамин и добутамин. Второй при всех раскладах будет лучше, поскольку имеет свойство понижать давление в малом круге, а это – польза. В чем суть применения этих снадобий? Дело в том, что они в малых дозах обладают вазодилатирующим эффектом, в средних дозах к вазодилатирующему присоединяется положительный инотропный эффект (увеличивается сила сердечных сокращений, при незначительном их влиянии на увеличение ЧСС), а в больших дозах вазо-

дилатирующий эффект переходит в вазопрессорный, а к положительному инотропному действию присоединяется хронотропный (т.е. усиливается тахикардия). При отеке легких с гипотензией следует вводить эти целебные препараты в диапазоне доз от 3 до 15 мкг/кг/мин. Это в идеале, т.е. когда вы можете рассчитать дозу. К сожалению, это дано немногим. Тогда следует рассчитывать дозу ориентировочно. Если вы вводите дофамин, то разведите 200 мг (5мл 4% раствора или 40мл 0,5% раствора) на 400, 0 физраствора или 5% глюкозы, если применяете добутамин, то добавьте в тот же объем 250 мг препарата. Дозировка будет примерно такой. При весе около 50 кг: 2-3 мкг/кг/мин – 5 кап/мин, 5-6 мкг/кг/мин – 10 кап/мин, 10-12 мкг/кг/мин – 20 кап/мин. При весе около 70 кг: 7, 14, 28 кап/мин соответственно. А при весе около 90 кг – 9, 18, 36 кап/мин.

Сделаем только одно отступление. Если вы имеете дело с аритмогенным отеком, тем более с гипотензией, то первым делом надо восстановить ритм, если ситуация пароксизмальная или уредить его, если речь идет о постоянной форме мерцательной аритмии. Лучшим способом купировать аритмию в данной ситуации будет электрокардиоверсия. Если не возможности провести электроимпульсную терапию, то вам следует применить антиаритмики, которые наиболее быстро восстанавливают ритм, и соответственно гемодинамику левого желудочка. А изначально применение симпатомиметиков в данной ситуации вредно, поскольку усилит аритмию. Затрагивать антиаритмическую терапию в этой статье тоже не буду, поскольку материал по этому вопросу слишком большой. Что нам остается делать при нормальном АД? Ничего не остается, кроме как применить «двойной блок». Т.е. начать введение как нитратов, так и симпатомиметиков одновременно. Естественно под контролем АД. Что это даст? Снизится приток крови в малый круг за счет уменьшения венозного возврата и одновременно усилится удаление крови из легких за счет увеличения работы левого желудочка. Таким образом количество воды в ткани легких существенно поубавится. Увеличение сердечного выброса приведет к усилению почечного кровотока (плюс там расширены дофамином сосуды), что повысит эффективность фуросемида. Также методу «двойного блока» можно применить и при хорошем эффекте от вазопрессоров при изначально низком АД.

Перейдем к дифференцированной терапии. Эта терапия начинается после относительной стабилизации состояния, когда у нас есть немного времени на то, чтобы досконально разобраться в причине отека. Согласитесь, что снимать ЭКГ у больного с выраженной одышкой и двигательным беспокойством – пустая трата времени, поскольку нормальную пленку получить практически невозможно. Выяснив, из-за чего наступила острая левожелудочковая недостаточность мы можем применить другие снадобья с целью причинить больному еще большую пользу.

Если причина отека лежит в инфаркте миокарда, то следует углубить терапию в сторону уменьшения зоны некроза. Я намекаю на тромболитическую терапию. А в остальном, терапия инфаркта и так хорошо описана.

Про аритмогенный отек было сказано немного выше.

Лечение отека при гиперкризе не требует какой-либо специфической терапии, только базовые приемы и нормализация гемодинамики помогут задушить болезнь.

При декомпенсации хронической сердечной недостаточности, как и при отеке на фоне постоянной формы мерцательной аритмии с тахисистолией полезным будет внутривенное применение сердечных гликозидов. Только вводить их нужно медленно и постепенно. Не забудьте перед их введением подкормить изможденное тело панангином, а старички и так мало едят калия, а тут еще в них вкачали хорошую дозу фуросемида, который отнюдь не относится к калийсберегающим диуретикам. В данной ситуации панангина много не бывает. Позволю себе напомнить, что у гликозидов есть и ряд серьезных противопоказаний, в том числе и инфаркт миокарда, так что будьте внимательны (в книжке еще разок посмотрите)!

Пару слов о гепарине. Он безусловно показан при всех отеках, КРОМЕ. Кроме того, если предстоит системный тромболитиз или если вы купируете отек на гиперкризе (геморрагические ОНМК никто не отменял, а на гепарине гематома будет просто немалых размеров). А так, чего плохого в том, что улучшится реология слажированных в легочных капиллярах эритроцитов? Ничего – польза одна!

А чего не стоит делать? Не стоит делать при отеках преднизолон. Ни к чему это. Какую цель вы преследуете, кормя больного клококортикоидами? Повысить риск разрыва миокарда при инфаркте? Повысить давление при гиперкризе? Суть в том, что преднизолон снижает проницаемость сосудов в условиях воспаления, а при кардиогенном отеке причина СОВСЕМ другая – гидродинамическая. На нее преднизолон никак не влияет.

Вот мы тут все так хорошо разобрали, что делать при первых двух степенях тяжести отека легких. А про третью забыли? Нет. Самой правильной тактикой в данной ситуации будет интубация трахеи и перевод больного на аппаратное дыхание, т.е. ИВЛ. Поскольку нельзя терять драгоценные секунды на введение всяких лазиксов. Доступ в вену, наркотики с реланиумом (до введения которых уже нужно применить методику «тройного блока»). Она заключается в том, что помимо введения нитратов и симпатомиметиков, при ИВЛ создается положительное давление конца выдоха (ПДКВ), которое способствует «выжиманию» воды из альвеол обратно в сосуды. Дальнейшее лечение по программе. Может и удастся спасти такого пациента.

Ходят слухи, что линейные бригады московской СМП будут оснащать портативными аппаратами ИВЛ «Вега». На этих машинках есть возможность проведения высокочастотной вспомогательной вентиляции легких как через маску, так и через катетер, введенный в дыхательные пути пациента, например через нос. Эта методика создает дополнительный поток кислорода и ПДКВ при спонтанном дыхании, а также уменьшает дыхательную работу пациента. Ну подробнее о применении ВЧ можно будет рассказать в следующем номере бюллетеня.

Вот в принципе и все, что я хотел, в двух словах, систематизировать про кардиогенный отек легких на догоспитальном этапе. Не забывайте вызывать БИТов, если вы линейная бригада. Помните, что критерием купирования отека легких является исчезновение одышки и хрипов в легких, а также возможность положить больного горизонтально, хоть и с приподнятым головным концом.

Желаю удачи! Ваш Dr. Lug. (врач анестезиолог-реаниматолог, к.м.н. Луговой А.О.)

# ГИПЕРТЕРМИЯ У ДЕТЕЙ

Памятка для медиков и родителей

**Определение :**  
повышенной считается температура выше 38.0°C, измеряемая в прямой кишке (в попке ), или выше 37.5° – в подмышечной впадине.  
Сама по себе температура не является жизнеугрожающим состоянием, если только она не выше 41.6°C в прямой кишке (41.0°C в подмышечной впадине). Температура может быть признаком серьезной болезни, но чаще она является признаком самых банальных инфекций. В мозгу есть отдел, называемый гипоталамус, который и контролирует температуру тела. Гипоталамус повышает температуру тела для того, чтобы организм мог вырабатывать вещества, необходимые ему для борьбы с болезнью. Организм способен на это только при повышенной температуре.  
**Когда обращаться к врачу немедленно (вызывать "Скорую") ?**  
Вашему ребенку меньше 2-х месяцев.  
Вы предполагаете, что ребенок обезвожен.  
Признаки обезвоживания:  
- «запавшие» глаза; - снижено количество мочеиспусканий или у ребёнка сухие подгузники; - запавший родничок у детей до года; - отсутствие слез при плаче; - сухие слизистые во рту, сухой язык; - выраженная сонливость (больше, чем обычно); - выраженное возбуждение (больше, чем обычно); - появление неприятного специфического запаха изо рта; - у ребенка развились судороги; - у ребенка на теле пурпурная сыпь или появляющиеся кровоподтеки; - изменения в состоянии сознания у ребенка; ребенок апатичен, сонлив, не реагирует на попытки его разбудить; - дыхание становится слишком замедленным, слишком быстрым или затрудненным; - у ребенка очень сильная головная боль, не поддающаяся контролю анальгетиками и жаропонижающими; - у ребенка непрекращающаяся рвота. **Наличие хотя бы одного из этих симптомов на фоне температуры требует НЕМЕДЛЕННОГО обращения ко врачу.**  
**Когда еще обращаться ко врачу?**  
- Ребенок младше 6 месяцев.  
- Вы не можете контролировать температуру, несмотря на прием жаропонижающих.  
- Вы предполагаете, что ребенок может обезводиться из-за недостаточного количества вводимой жидкости (ребенок категорически отказывается пить, у ребенка понос, ребенок пьет, но при этом вырывает).  
- Если ребенок уже был осмотрен врачом по поводу настоящего заболевания, но его состояние ухудшилось и появились новые симптомы.  
Наличие хотя бы одного из этих признаков на фоне температуры требует разговора с врачом и/или осмотра врачом в тот же день.  
**Что делать дома?**  
Три основные задачи, которые ставит перед собой мама ребенка с высокой температурой.  
Первое – снизить температуру до приемлемой.  
Второе – предупредить обезвоживание.  
Третье - постоянно наблюдать за состоянием ребенка, чтобы не пропустить серьезное или опасное заболевание.



**Снижение температуры:**  
- лучше всего измерять температуру обычным ртутным термометром в попке или в подмышечной впадине. Можно пользоваться и дигитальным. **Не надо пользоваться внутриутробным – его показания недостоверны.** У детей до года температуру надо измерять в попке, данные измерения температуры в подмышечной впадине у таких маленьких детей недостоверны.  
- Ваша задача - снизить Т до 38.9°C в попке (38.5°C в подмышечной впадине).  
- для снижения Т используйте парацетамол (ацетаминифен), ибупрофен.  
Никогда не используйте аспирин, особенно если у ребенка ветрянки.  
- Разденьте ребенка (не укутывайте!). Не забудьте о прохладном свежем воздухе в комнате. - Для снижения Т можно использовать также прохладные ванны (температура воды соответствует нормальной температуре тела).  
- Не используйте спиртовые обтирания, особенно у маленьких детей. Помните, алкоголь – яд для ребенка.  
Предупреждение обезвоживания.  
- Старайтесь, чтобы ребенок пил больше, чем обычно. Лучше соки.  
- Чай - это не самый лучший напиток для ребенка для предотвращения обезвоживания, т.к. чай содержит кофеиноподобные вещества, усиливающие продукцию мочи, что может привести к дополнительной потере жидкости. Это совсем не тот эффект, которого Вы хотите добиться.  
- Если ребенок не обезвожен, он должен примерно каждые 4 часа мочиться светлой мочой. Постоянное наблюдение за ребенком: - постарайтесь, чтобы Т не превышала 39.0°C в попке (38.5°C в подмышечной впадине); - обильное питье; - если, несмотря на наличие обоих выполненных условий, состояние ребенка не улучшается, следует думать о более серьезной проблеме, вызвавшей повышение температуры.  
**Помните, большинство температур у детей вызываются вирусами и не требуют назначения антибиотиков для их лечения. Большая часть заболеваний, вызывающих Т у детей, длится 3–7 дней.**  
Будьте здоровы!

**Прим. Админ.**  
Согласен с дос по всем пунктам, кроме «обтирания спиртосодержащей жидкостью». Да, алкоголь для ребенка – яд. Как и уксус, как и парацетамол в неумеренных количествах, и т.д. - в зависимости от того, в каких дозах и куда применено вещество, оно становится или ядом, или лекарством. Так вот, в многотысячной группе полеченных разновозрастных детей я ни разу не наблюдал симптомов отравления алкоголем при растирании водкой! И в литературе подобных фактов мне не встречалось. От «водяных» обтираний «алкогольные» выгодно отличаются:  
- спирт быстрее испаряется, соответственно, процесс охлаждения идет интенсивнее.  
- спирт способствует расширению кожных капилляров - теплоотдача увеличивается.

**Как правильно растирать спиртом:**  
1. Раздеваем ребенка до трусов, кладем лицом вверх.  
2. Разводим спирт до 40 град. или берем водку. Желательная температура – 12 – 16 градусов (нижняя полка холодильника).  
3. Обильно смачиваем кусок марли или бинта.  
4. Растираем ребенка сверху донизу, не забывая про виски, лоб, ладони, пятки. Лицо, промежность, волосистую часть головы пропускаем. Переворачиваем лицом вниз и повторяем процедуру.  
5. Трем достаточно интенсивно (не протираем, не поглаживаем, а **натираем!**), на одно протирание тратится около 10 секунд, после чего ребенка переворачиваем и повторяем пункты 3–4.  
6. Для достижения эффекта обычно достаточно 6-8 подобных переворачиваний-натираний. Процедура считается эффективной и законченной, когда кожные покровы ребенка становятся прохладными на ощупь и появляется легкая гиперемия.  
7. Процедура не из приятных – гиперчувствительность кожи при ОРВИ и неприятный запах обязательно вызовут недовольство ребенка и плач! Поэтому не рекомендуется применять методику при крупях и прочих заболеваниях, когда беспокойство может повредить ребенку.  
8. Во время обтирания прикрывайте нос и рот ребенка, чтобы резко не вдохнул алкогольные пары и не продемонстрировал подобие ларингоспазма (тоже ни разу не встречалось, но гипотетически возможно!).

PS: Пожалуйста, не советуйте данную методику по телефону: овладев методом, обязательно показывайте, как обтирать! Неправильно проведенная манипуляция может оказаться неэффективной или окончиться ссадинами, залитыми спиртом глазами и т.д. На моей практике одна из мам, которой посоветовали обтирать спиртом и уксусом, натерла ребенка 96% C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>ОН и уксусной эссенцией, для пушей эффективности добавив в смесь 2 таблетки аспирина. Результат – химический ожог I-II 30% тела.

PSS: Вопрос «растирать или не растирать спиртом» в течение месяца обсуждался на форуме «Фельдшер.РУ». Педиатры так и не пришли к единому мнению.

doc.

# ПОВОД К ВЫЗОВУ...

Победитель конкурса «Самый глупый вызов». Ради диагноза «практически здоров» бригада совершила двухчасовое путешествие ул. Профсоюзная - Северное Бутово!

|                                                        |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
|--------------------------------------------------------|----------|---------|----|-----|----------|----------|----------|------|--|--|
| 720693                                                 | 15.04.06 | 13      | 05 |     | 17:26:15 | 17:31:51 | 17:32:34 |      |  |  |
| Улица: Лазарева адмирала ул./Юго-Западный:Южное Бутово |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Дом: 45                                                |          | Корпус: |    | Кв. |          | Подъезд: |          | Этаж |  |  |
| Повод:                                                 |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| белый налет на языке()                                 |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Примечание:                                            |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| код 143                                                |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Учреждение-предприятие:                                |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Кто вызвал: мама                                       |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Принял: ИONOBA Oльг. Юрьe.,мeдceстpa гpyппы            |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Передal: Myкaнoвa Hатa. Bлaд.,фeльдшep                 |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| AНДРЮШEНKOBA                                           |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| пoл Peбeнoк                                            |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| Bозpaст 10 B днeя                                      |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |
| ф. и. o.:                                              |          |         |    |     |          |          |          |      |  |  |

## СОВЕТЫ ЗВОНЯЩИМ

Оптимальное время вызова бригады – между 7.30 и 8.30 утра. Утренние бригады еще не успели придти, поэтому к Вам придут медики, все прошедшие сутки упражнявшиеся в оказании медицинской помощи. Диагностика от этого только точнее.

Если подъезд к Вашему дому затруднен (дорожные работы на одном из въездов, заезд с другой улицы), об этом абсолютно не обязательно сообщать диспетчеру. Понаберут, понимаешь, водителей с Украины и Таджикистана! Пушай Москву изучают!

Если на входной двери имеется кодовый замок, ни за что не называйте диспетчеру правильную комбинацию цифр! В крайнем случае скажите, что кодовый замок или домофон сломаны. Бывали случаи: узнают код, а через неделю галоши пропадают из парадного. Если врач умный – сам подберет нужную комбинацию или пусть дожидется, когда кто-нибудь откроет. А глупый доктор Вам и не нужен!

Если у Вас температура или просто «хотите, чтобы послушали», ни за что не называйте диспетчеру истинную причину вызова и ваш истинный возраст! Говорите, что Вы – ребенок и умираете. Зато придут быстро. Это не Ваше дело, кто там по соседству действительно умирает! Ваше здоровье – ваша собственность, защищать его нужно всеми доступными способами.

Если на дверях вашего этажа отсутствуют номера квартир, не следует заблаговременно открывать дверь или писать на двери номер мелом. Пусть доктор нажмет на все звонки одновременно! Тогда все соседи узнают, что заболели именно Вы, и как Вам было плохо. Совет особенно актуален в ночное время.

**Как общаться с бригадой «Скорой помощи».**

Если бригада ехала больше 20 минут, обязательно поинтересуйтесь, как можно так долго на подстанции чай распивать? Или не чай... Помните: как только Вы заболеваете, в Москве автоматически устраняются «пробки», прекращаются снегопады, а бригада ждет Вашего вызова в соседнем доме. Единственное объяснение задержки прибытия – распивание чаев в рабочее время!

Услышав в домофон «Скорая!», уместно задать несколько навязчивых вопросов вроде «А вы к кому, зачем, по какому поводу?». Опрос особенно уместен в разгар зимы между 1 и 5 часами ночи. Если ответы правильные, произнесены доброжелательным тоном, тогда рекомендуется с барской интонацией промолвить: «Ну уж ладно, входите» - этим Вы покажете свое положительное отношение к службе «03».

Убедившись, что бригада вошла в подъезд, не спешите к входной двери! Дождитесь третьего звонка в дверь, а лучше - энергичного постукивания по косяку дверной коробки. Затем из дальнего конца квартиры следует крикнуть «Иду-иду!»; во время неспешного перемещения к входной двери позвякивайте ключами. Помните: чем дольше ожидание, тем радостнее встреча!

Ни в коем случае не предлагайте помощь в доставке ящика с меди-



каментами или оборудования до квартиры даже в том случае, если приехавший медик – субтильная девушка, а Вы – здоровенный мужчина, коренной житель последнего этажа пятиэтажки! Медик целый день ездит на машине – ему необходима дополнительная физическая нагрузка!

С порога желательно поинтересоваться: «А руки мыть будете»? Даже если Ваш родственник – в критическом состоянии, ни за что не пускайте доктора с немытыми руками к постели умирающего! Еще инфекцию занесет...

Обязательно попросите снять обувь и надеть ваши домашние тапочки. В домашних тапочках грибковой и иной инфекции не бывает! Как и на ногах доктора – у «Скорой» диспансеризация раз в год. Нет тапочек – предложите походить босиком. Особенно актуально ночью – стойкий запах «суточных» носков членов бригады сохранится до утра как лишнее доказательство ночного визита «Скорой» для соседей и родственников.

Не нужно подворачивать ковры и прокладывать газетные дорожки от входной двери к кровати больного. При повторном вызове «03» серая тропинка, оставленная кроссовками скорпомощников, укажет верный путь к постели больного. Кстати, многие убеждены, что даже грязь на машине ССНМП – целебная.

Бытующее мнение, что к визиту врача нужно подготовить пару стульев, ошибочно. Врач сам должен попросить принести «на чем сидят» – покажите, кто в доме хозяин!

Чистую ложку для осмотра горла готовить так же не обязательно. Подойдет первая попавшаяся, выловленная из кучи грязной посуды. Это же свое, домашнее, на ней живут только хорошие микроорганизмы!

Даже если у вас банальный прыщик, начните рассказ с самых первых детских воспоминаний, не менее получаса подводя повествование к причинам, побудившим вас набрать две заветные цифры. Лечение не терпит суеты!

Помните, постельное белье недельной давности, пропахшая потом майка на больном – признак тяжести и длительности заболевания! Если пациент умыт и переодет, его могут посчитать симулянтom. Ни в коем случае не открывайте истинных причин заболевания! Тем более скрывайте факты злоупотребления алкоголем и прочие вредные привычки и неразумные действия! Во-первых, это Ваше личное дело, во-вторых, а пусть врач сам угадает!

Не дожидаясь (или сразу после) осмотра, обязательно сообщите ваш собственный предположительный диагноз, как, чем и где Вас нужно лечить. Если мнение врача и Ваше расходятся – не молчите! «Нет, этого не может быть! У меня!» (т.к. при аппендиците обязательно должно отдавать в пятку; язва у Вашего брата Витки начиналась совсем не так; и т.д.). Покажите, что и Вы не лыком шиты: демонстрируйте наличие огромного жизненного и медицинского опыта; «03» вызвана лишь для подтверждения Ваших предположений (соответственно, если медики Ваши предположения не подтвердили – это неправильные медики, и незачем их слушать!)

Ни в коем случае не предлагайте «Скорой» кофе, бутербродов и т.д. Даже если время за полночь, а бригада с утра на подстанцию не ездила. Медицина, как и искусство – занятие творческое. Как говорили великие, «художник должен писать голодным». На сытый желудок музы не слетаются!

И уж ни в коем случае не предлагайте «Скорой» денег!!! Даже если доктор провел с Вами 2 часа и расписал схему лечения на год вперед. Во-первых, он уже получил глубокое моральное удовлетворение от демонстрации профессиональных знаний. Во-вторых, он сидит у Вас дома, в тепле, можно сказать, отдыхает. Не будь Вас – мотался бы сейчас по уличным вызовам или дышал бензином в кабине. В-третьих, врач обязан быть аскетом (см. пункт выше). Если Вам предложили госпитализацию.

Если Вам предложили госпитализацию, обязательно укажите, в какую больницу Вас лучше везти. Не верьте отговоркам, что в указанной больнице нет специалистов нужного профиля, нет койко-мест и т.д. Все больницы одинаковы, и уж для Вас-то должно найтись одно местечко! Не забываете: «03» создана для исполнения Ваших пожеланий и обеспечения бесплатного проезда к указанному Вами месту лечения.

Помимо полиса и паспорта возьмите с собой любимую сковородку, кастрюльку, перемену одежды на месяц, матрац, раскладушку и другие предметы, которые могут понадобиться. Даже если предстоит провести в стационаре всего 2 дня, нет необходимости отказывать себе в привычной домашней обстановке.

Обязательно привлечите медиков к процессу доставки вышеозначенного личного имущества до машины. К этому их обязывает клятва Гиппократ и чувство сострадания к больному человеку.

В качестве сопровождающих в больницу пригласите двух-трех родственников и нескольких близких друзей. Чем больше сопровождающих, тем лучше. «Скоровская» Газель вмещает минимум 5 человек, а если потесниться – то и все 10! Поездка покажется приятнее, а дорога – короче.

Оптимальное время госпитализации – ночью с 1 до 5 часов. В это время в приемных отделениях больниц пациентов мало, врач приемного будет рад хоть чем-нибудь разнообразить кратковременный отдых. Например, описать в истории болезни Вашу мозоль, дать рекомендации по лечению хронического гастрита и т.д.

PS:

Уважаемые больные, пострадавшие, заблуждающиеся и практически здоровые! Пожалуйста, сохраняйте полученные сведения в тайне от прибывшей к вам бригады «03»! Ни в коем случае не ссылаетесь на наш ресурс, тем более на автора статьи. Бригада «Скорой» непременно захочет отблагодарить автора за проводимую среди населения культпросветработу. Благодарить на «03» принято «натурой» - например, госпитализацией в 20 ГКБ с щедро подаренными по месту жительства травматологическими диагнозами...

С уважением, Admin

Требуются спонсоры новых выпусков!  
Вниманию компаний-поставщиков медицинского оборудования – Приглашаем стать спонсором новых выпусков бюллетеня «Фельдшер.RU». По вопросам размещения рекламы обращайтесь на e-mail [admin@feldsher.ru](mailto:admin@feldsher.ru). Средства, полученные от спонсоров, расходуются на оплату услуг типографий.

Адрес редакции:  
117546 Москва, а/я  
135, А.Степанову  
[admin@feldsher.ru](mailto:admin@feldsher.ru)  
[www.feldsher.ru](http://www.feldsher.ru)

Тираж 999 экз.

## ИЗВЕЩЕНИЕ

ООО "Алкор-М" ИНН 7708139852

Р/сч. 40702810538090108151

в Мещанском отделении №7811 Сбербанка РФ г.Москва

кор.сч. 30101810400000000225, БИК 044525225

Плательщик

Фамилия И.О.

Назначение платежа

Дата

Сумма

Для участника  
№. 4100141066041  
системы Яндекс.Деньги.  
Авансовый платеж.  
Без НДС

С условием приема банком суммы, указанной в платежном документе, ознакомлен и согласен.

Кассир

Плательщик

Дата " "

2005г.

ООО "Алкор-М" ИНН 7708139852

Р/сч. 40702810538090108151

в Мещанском отделении №7811 Сбербанка РФ г.Москва

кор.сч. 30101810400000000225, БИК 044525225

Плательщик

Фамилия И.О.

Назначение платежа

Дата

Сумма

Для участника  
№. 4100141066041  
системы Яндекс.Деньги.  
Авансовый платеж.  
Без НДС

С условием приема банком суммы, указанной в платежном документе, ознакомлен и согласен.

## КВИТАНЦИЯ

Кассир

Плательщик

Дата " "

2005г.