

Отношения «врач—пациент» в правовом поле

На вопросы читателей отвечает сотрудник юридической компании «ИТ-Лекс», адвокат, специалист в области медицинского права
Ирина Громич

подгруппы в зависимости от применявшегося НМГ. В 1-й группе (n=20) использовали дальтепарин (Фрагмин) по 0,2 мл (2500 МЕ анти-Ха-факторной активности) подкожно за 12 часов до операции; во 2-й группе (n=24) — надропарин (Фраксипарин) в дозе 0,3 мл (2850 МЕ анти-Ха-факторной активности) подкожно за 12 часов до операции; в 3-й группе (n=22) — бемипарин (Цибор) в дозе 0,2 мл (2500 МЕ анти-Ха-факторной активности) подкожно за 12 часов до операции. После операции препараты вводили один раз в сутки до активизации больного. Контроль показателей коагулограммы осуществляли до операции, в начале, непосредственно после завершения и через сутки после хирургического вмешательства.

Как показали результаты коагулограммы, применение НМГ подкожно за 12 часов до хирургического вмешательства с целью профилактики венозного тромбоза при операциях по поводу рака щитовидной железы способствует удлинению ТВ во время операции и в раннем послеоперационном периоде по сравнению с исходными показателями, что доказывает эффективность такого режима введения НМГ. Однако следует отметить, что статистически значимое удлинение ТВ в ходе оперативного вмешательства по сравнению с исходным уровнем получено только для дальтепарина и бемипарина, а для надропарина отмечена лишь тенденция к увеличению ТВ. Сравнение ТВ во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде в группах надропарина и дальтепарина с контрольной группой 1 не выявило статистически значимых отличий. В группе Цибора ТВ в течение операции было статистически значимо выше, чем в контрольной группе 1. При сравнении влияния различных НМГ на вариабельность основных показателей коагулограммы у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы, мы заметили, что наименьшая дисперсия ТВ, ПВ, АЧТВ наблюдается при использовании Цибора. Можно предположить, что более селективное действие бемипарина обеспечивает более узконаправленное действие на основные показатели коагулограммы, что приводит к снижению их вариабельности в сравнении с другими НМГ.

При объединении данных наблюдения всех групп пациентов была выявлена корреляционная связь между величинами показателей вариабельности сердечного ритма и некоторыми показателями коагулограммы во время операции, что еще раз подтвердило влияние симпатoadренальной системы на свертывающую систему крови. Было установлено, что активность симпатического звена автономной нервной системы (мощность колебаний кардиоинтервалов в диапазонах VLF, LF, а также соотношение LF/HF) отрицательно коррелирует с АЧТВ, положительно — с концентрацией РФМК. В то же время активность парасимпатического звена (мощность в диапазоне HF) положительно коррелирует с ПВ и ТВ.

Ни у одного пациента с раком щитовидной железы, получавшего НМГ в периоперационном периоде для профилактики венозного тромбоза, не были зафиксированы тромбозоэмболические осложнения во время пребывания в стационаре. Показатели коагулограммы (ПВ, ТВ, АЧТВ) в ходе оперативного вмешательства и в начале первых суток после него при использовании всех трех НМГ подкожно за 12 часов до операции не выходили за пределы 25% от нормального уровня, что доказывает безопасность этого режима введения НМГ.

Результаты проведенного нами исследования позволили сделать следующие выводы.

— У больных раком щитовидной железы наблюдается тенденция к гиперкоагуляции, обусловленная подострой тромбинемией (укорочено ТВ и повышена концентрация РФМК по сравнению со здоровыми людьми).

— Применение для профилактики венозной тромбоземболии при операциях по поводу рака щитовидной железы дальтепарина, надропарина и бемипарина подкожно за 12 часов до хирургического вмешательства способствует увеличению ТВ, укорочению которого выявлено в дооперационном периоде. Это доказывает эффективность такого режима введения НМГ.

— Бемипарин (Цибор) обладает несколькими лучшими фармакодинамическими параметрами по сравнению с надропарином и дальтепаринном.

Сегодня одним из наиболее актуальных вопросов послеоперационной тромбозпрофилактики в хирургии является время начала применения НМГ. Еще недавно считалось, что оптимальный вариант (с наилучшим соотношением эффективности и безопасности) — начало введения НМГ за 12 часов до операции с введением последующей дозы через 6 часов после вмешательства. И действительно, для всех НМГ первого поколения зарегистрирован именно такой режим профилактики венозного тромбоземболии в послеоперационном периоде. Но в то же время старт тромбозпрофилактики с помощью НМГ второго поколения бемипарина возможен не только в дооперационном периоде, но и после операции (через 6 часов), что более удобно в ряде клинических ситуаций, а также может снизить риск повышенной кровопотери в ходе хирургического вмешательства. Сегодня эксперты в области интенсивной терапии периоперационное начало тромбозпрофилактики с введением препарата через 6-8 часов после операции называют профилактикой «точно в срок» («точно вовремя»).

Второй вопрос, который интересует многих практикующих хирургов и анестезиологов-реаниматологов: как долго следует продолжать медикаментозную тромбозпрофилактику с помощью НМГ? В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании CANBESURE, посвященном оценке эффективности и безопасности применения бемипарина в дозе 3500 МЕ/сутки с целью профилактики венозных тромбоземболических осложнений у пациентов, оперированных по поводу абдоминального или рака органов малого таза, сравнивали результаты 28-дневного и 8-дневного курса применения препарата. Частота комбинированной первичной конечной точки (объективно подтвержденных случаев бессимптомного или клинически явного тромбоза глубоких вен, нефатальной тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и/или смерти от любой причины) была на 24,4% ниже в группе 28-дневного курса тромбозпрофилактики бемипарином по сравнению с группой 8-дневного курса (p=0,263), а частота серьезных тромбоземболических осложнений (объективно подтвержденных случаев проксимального тромбоза глубоких вен, нефатальной ТЭЛА и/или смерти по причине венозной тромбоземболии) — на 82,4% ниже (p=0,0096). Таким образом, это исследование убедительно продемонстрировало преимущества 28-дневного курса бемипарина перед 8-дневным в профилактике венозного тромбоземболии у пациентов, оперированных по поводу рака органов брюшной полости и малого таза.

Подготовил **Вячеслав Килимчук**

Чем регламентируется оказание медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения и получившим травму? В частности, имеет ли врач право отказать в медицинской помощи таким пациентам до их трезвления (и в каких случаях) и может ли бригада скорой помощи в данном случае ограничиться рекомендациями без доставки в лечебное учреждение?

Положения ст. 34 Основ законодательства Украины о здравоохранении, утвержденных постановлением Верховной Рады Украины от 19.11.1992 г. № 2802-ХІІ, провозглашают обязанностью лечащего врача своевременно и квалифицированно обследовать и пролечить пациента.

Медицинские работники обязаны оказывать первую неотложную помощь при несчастных случаях и острых заболеваниях. Таким образом, каждому пациенту государство гарантирует и обеспечивает оказание квалифицированной помощи независимо от того, в каком состоянии он находится. Согласно положениям этого закона врач имеет право отказаться от оказания медицинской помощи только в том случае, если пациент не выполняет медицинских предписаний или правил внутреннего распорядка учреждения здравоохранения, но при условии, что это не будет угрожать жизни больного и здоровью населения; а также в случае отказа пациента от соблюдения медицинских предписаний или нарушения пациентом установленного для него режима. Во всех других случаях врач или бригада скорой помощи несут ответственность за несвоевременное и некачественное обеспечение оказания медицинской помощи, что привело к тяжелым последствиям.

Я работаю постовой медсестрой в хирургическом отделении. В последний месяц руководство заставляет работать бесплатно, в том числе и в выходные дни, и за процедурную сестру, пребывающую в отпуске. Правмерно ли это? Как мне отстаивать свои права?

Согласно положениям ст. 71 Кодекса законов о труде Украины работа в выходные дни запрещается. Привлечение отдельных работников к работе в эти дни допускается только с разрешения профсоюзной организации лишь в исключительных случаях, а именно:

- 1) для предотвращения или ликвидации последствий стихийного бедствия, эпидемий, эпизоотий, производственных аварий и немедленного устранения их последствий;
- 2) для предотвращения несчастных случаев, которые ставят или могут поставить под угрозу жизнь или нормальные жизненные условия людей, а также гибели или порчи имущества;
- 3) для выполнения неотложных, заранее не предусмотренных работ, от срочного выполнения которых зависит в дальнейшем нормальная работа предприятия, учреждения, организации в целом или их отдельных подразделений.

Привлечение работников к работе в выходные дни производится по письменному приказу (распоряжению) собственника или уполномоченного им органа. При этом согласно ст. 72 КЗОТ

работа в выходной день может компенсироваться по соглашению сторон предоставлением другого дня отдыха или в денежной форме в двойном размере. Таким образом, руководство больницы не имеет права заставлять вас работать в выходные дни. В случае вашего согласия вам должен быть предоставлен другой день отдыха либо выплачена денежная компенсация в двойном размере.

Что касается вопроса выполнения обязанностей процедурной медсестры, которая находится в отпуске, то, как следует из положений ст. 31 КЗОТ, собственник или уполномоченный им орган не вправе требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором. При этом в случае вашего отказа руководство не имеет права применять к вам любые дисциплинарные взыскания. Согласно ст. 105 КЗОТ работникам, выполняющим на том же предприятии, в учреждении, организации наряду со своей основной работой дополнительную или обязанности временно отсутствующего работника без освобождения от своей основной работы, производится доплата за совмещение профессий (должностей) или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника.

Размеры доплат за совмещение профессий (должностей) или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника устанавливаются на условиях, предусмотренных в коллективном договоре.

Обязательно ли должны проходить медицинское обследование парень и девушка, которые подали заявление о регистрации брака?

Согласно положениям ст. 30 Семейного кодекса Украины будущие супруги обязаны сообщить друг другу о состоянии своего здоровья, при этом государство обеспечивает создание условий для медицинского обследования брачующихся. Согласно постановлению КМ Украины от 16.11.2002 г. № 1740 «Об утверждении Порядка осуществления добровольного медицинского обследования брачующихся» медицинское обследование лиц, имеющих намерение вступить в брак, проводится только по их желанию. В ч. 3 этого постановления указано, что государственный орган регистрации актов гражданского состояния во время приема заявления о регистрации брака информирует лиц, которые подают такое заявление, о возможности осуществления медицинского обследования и по их желанию выдает направление по образцу, утвержденному МЗ Украины. Лечебно-профилактические учреждения, определенные Порядком, обязаны осуществить медицинское обследование новобрачных в течение 20 дней после их обращения в эти учреждения. Результаты медицинского обследования являются тайной и сообщаются только будущим супругам. Нужно иметь в виду, что сокрытие сведений о состоянии здоровья одним из членов будущей семьи, следствием чего может стать (стало) нарушение физического или психического здоровья партнера либо их потомков, может быть основанием для признания брака недействительным.

Подготовила **Виктория Куриленко**