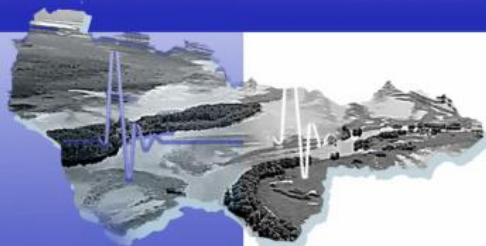




Бюджетное учреждение  
Ханты-Мансийского автономного округа — Югры  
«Медицинский информационно-аналитический центр»



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 1 /14/2018

# Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+





# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

## ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 1(14) 2018

16 +

### Учредитель

Бюджетное учреждение  
Ханты-Мансийского автономного  
округа - Югры «Медицинский  
информационно-аналитический  
центр»

### Редакция

*Зав. редакцией*

Чистяков С.Н., к.п.н.

*Секретарь редакции*

Змановская Е.В.

*Дизайн и верстка журнала*

Митрофанов М.Г.

*Корректор*

Шереметьева В.В.

**Адрес издателя, редакции**

628007, г. Ханты-Мансийск,  
ул. Студенческая, 15А

### Главный редактор

Акназаров Р.К.

### Зам. главного редактора

Овечкина Т.Д.

### Ответственный секретарь

Токарева И.В.,  
кандидат филологических наук

Все права защищены.

Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях, высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу  
Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015

**На обложке:** *Иванов Алексей Геннадьевич – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи».*

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования электронной библиотеки eLibrary.ru

По вопросам публикации обращаться по адресу: [zmanovskayaev@miacugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miacugra.ru)

Дата выхода 30.03.2018 г.

Усл.печ. 9.

Тираж 100 экз.

Выходит раз в  
три месяца

Цена  
свободная

### Отпечатано

БУ «Медицинский  
информационно-аналитический  
центр»  
628007, г. Ханты-Мансийск,  
ул. Студенческая, 15А



*Уважаемые коллеги!*

Вы держите в руках новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации». Уникальность этого издания заключается в том, что в нем представлен богатый практический опыт не только российских врачей, но и специалистов из ближнего зарубежья.

Напоминаем, что журнал создан, прежде всего, для того, чтобы дать возможность квалифицированным специалистам в области здравоохранения рассмотреть и проанализировать наиболее интересные идеи, инновационные решения. Главными критериями отбора материалов для публикации в нашем журнале служат не только актуальность темы, общественный интерес, свежесть представленных данных, но и, прежде всего, достоверность и правовая грамотность. Мы публикуем наиболее интересные результаты научных и практических исследований.

А теперь несколько слов о нынешнем номере.

Наши постоянные авторы представили материалы о проведении медицинской реабили-

тации пациентам с болезнями системы кровообращения, подходах к хирургическому лечению патологии дуги аорты, а также об успехах реализации проекта «Югра-кор».

Еще одним ценным материалом, опубликованным в этом номере, можно назвать исследование о причинах заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации, показывающее, что высокая обращаемость детского населения за медицинской помощью связана с более ранним началом подъема заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и отказом законных представителей ребенка от проведения вакцинопрофилактики гриппа.

Целый спектр исследовательских тем связан с вопросами организации сурдологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, профессиональными достижениями в перинатологии, расширением спектра вмешательств и оказания помощи населению округа, описанием опыта использования ивермектина в лечении розацеа, а также с исследованием психологических факторов формирования интернет-зависимости.

Особое внимание обращает на себя статья о ежегодном югорском конкурсе «Радуга жизни», проводимом для повышения доступности и открытости медицинских организаций.

Завершает выпуск статья о юбиляре: «Сага о тех, кто первым приходил на помощь» (о бюджетном учреждении «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»).

В потоке проблем, сомневаясь и принимая решения, не стоит оставаться одному, профессиональное общение, обмен мнениями – залог дальнейшего развития. Давайте объединять наши усилия! Пусть творчество сплотит специалистов, сделает профессию врача интереснее, а всех нас – мудрее.

*Давайте работать вместе!*

Мы благодарим наших постоянных и новых авторов, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Главный редактор журнала  
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»  
Акназаров Р.К.,  
директор БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ И НЕУТОЧНЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ершов В.И.,  
главный врач

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Салманов Ю.М.,

заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части  
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Байчурина А.Ф.,

врач скорой медицинской помощи  
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Раджабова И.К.,

врач-педиатр, врач скорой медицинской помощи  
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Шилоносова А.М.,

врач-педиатр, врач скорой медицинской помощи  
БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

*В статье представлен анализ причин заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06). Высокая обращаемость детского населения за медицинской помощью связана с более ранним началом подъема заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями в городе Сургуте и отказом законных представителей ребенка от проведения вакцинопрофилактики гриппа, что не обеспечило своевременную защиту организма ребенка к встрече с возбудителем респираторной инфекции (вирусу гриппа). При возникновении признаков острого респираторного заболевания в 56,8% случаях из всех возрастных групп (от 0 до 17 лет), а в группах от 0 до 11 лет – 69%, в детскую поликлинику не обращались, отдавая предпочтение вызову бригады скорой медицинской помощи. Из всех заболевших детей в возрасте от 0 до 3 лет – 85% находились на искусственном вскармливании. Дети мужского пола болеют чаще (56,3%), чем дети женского пола.*

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, детское население, острая инфекция верхних дыхательных путей у детей

### Введение

На территории г. Сургута Ханты-Мансийского автономного округа – Югры за период с 2012 по 2016 годы частота выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП) к детскому населению увеличилась на 20,7%, а доля таких выездов от общего количества составило 30,7%. Вместе с тем, за последние пять лет прирост детского населения на территории г. Сургута составил 20,3%. Наибольшее количество выездов бригад СМП осуществляется к детскому населению в периоде раннего детства (от 1 до 3 лет) и составляет 32,3% от общего количества выездов [1].

Вызова к пациентам при болезнях органов дыхания занимают первое ранговое место в структуре всех вызовов к детскому населению и

составляют 55,3% случаев. При этом при болезнях органов дыхания в 78,4% случаях бригады СМП выезжают по поводу Острых инфекций дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06). В 2016 году в сравнении с 2012 годом отмечен рост числа выездов бригад СМП к детям по поводу заболеваний органов дыхания во всех группах нозологий, с наибольшим приростом выездов в 2,4 раза к детям при остром бронхите. В 38,4% случаях выезды бригад СМП к детскому населению при заболеваниях органов дыхания осуществлялись к детям периода раннего детства (от 1 до 3 лет) [2]. Таким образом, выяснение причин заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации определило актуальность темы исследования.

**Цель исследования**

В целях оптимизации количества выездов бригад СМП к детскому населению по поводу неотложных состояний провести анализ причин заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06) по данным карт вызовов СМП.

**Материалы и методы исследования**

В соответствии с поставленной целью материалом исследования были определены карты вызовов СМП к пациентам с острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06) в период эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом с 18.01.2017 по 24.02.2017 [4]. В ходе проведения анализа применялись аналитический, статистический и математические методы анализа.

**Результаты и обсуждения**

Было изучено 2079 карт вызовов СМП к детскому населению за период с 18.01.2017г. по 24.02.2017г. с диагнозом острая инфекция дыхательных путей множественной и неуточненной

локализации (J06). Карты вызовов СМП были распределены на 5 групп, согласно возрастным периодам детства: 1) Период новорожденности и грудного возраста (от 0 до 1 года); 2) Период раннего детства (от 1 до 3 лет); 3) Период дошкольного возраста (от 4 до 6 лет); 4) Период младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет); 5) Период старшего школьного возраста (от 12 до 18 лет).

По картам вызовов СМП для проведения анализа определены 7 критериев оценки:

- 1) Вакцинация ребенка против гриппа;
- 2) Диспансерный учет;
- 3) Обращение в детскую поликлинику в период заболеваемости;
- 4) Установленный контакт с пациентами с острой инфекцией верхних дыхательных путей;
- 5) Организованность ребенка в детский коллектив;
- 6) Грудное вскармливание;
- 7) Наличие аллергического фона;
- 8) Половая принадлежность.

Результаты полученных сведений при анализе карт вызовов СМП представлены в таблице.

Таблица

**Причины заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации**

Критерии анализа карт	Возрастные группы				
	от 0 до 1 г.	от 1 до 3 л.	от 4 до 6 л.	от 7 до 11 л.	от 12 до 18 л.
Общее количество случаев	477 (23%)	997 (48%)	327 (16%)	158 (8%)	120 (5%)
<b>Вакцинация</b>					
Привиты от гриппа	4 (0,8%)	32 (3%)	43 (13%)	26 (16,5%)	20 (17%)
Не привиты	473 (99,2%)	965 (97%)	284 (87%)	132 (83,5%)	100 (83%)
<b>Диспансерный учет</b>					
Состоят	29 (8%)	59 (6%)	27 (8%)	17 (11%)	17 (14%)
Не состоят	448 (93%)	938 (94%)	300 (92%)	141 (89%)	103 (86%)
<b>Обращение в детскую поликлинику</b>					
Обратились	176 (37%)	358 (36%)	109 (33%)	27 (17%)	112 (93%)
Не обращались	301 (63%)	639 (64%)	218 (67%)	131 (83%)	8 (7%)
<b>Контакт с инфекционными больными</b>					
Был контакт	141 (29,5%)	299 (30%)	45 (14%)	28 (18%)	18 (15%)
Не было контакта	336 (70,5%)	698 (70%)	282 (86%)	130 (82%)	102 (85%)

Критерии анализа карт	Возрастные группы				
	от 0 до 1 г.	от 1 до 3 л.	от 4 до 6 л.	от 7 до 11 л.	от 12 до 18 л.
<b>Организованность</b>					
Организован	-	373 (37%)	301 (92%)	154 (97%)	119 (99,2%)
Не организован	477 (100%)	624 (63%)	26 (8%)	4 (3%)	1 (0,8%)
<b>Вскармливание</b>					
Грудное	128 (27%)	36 (3%)	-	-	-
Искусственное	349 (73%)	961 (97%)	-	-	-
<b>Аллергопатология</b>					
Есть	477 (96%)	101 (10%)	45 (14%)	17 (10%)	10 (8%)
Нет	20 (4%)	896 (90%)	282 (86%)	142 (90%)	110 (92%)
<b>Половая принадлежность</b>					
Мужской пол	257 (54%)	536 (54%)	188 (57%)	93 (59%)	69 (57,5%)
Женский пол	220 (46%)	461 (46%)	139 (43%)	65 (41%)	51 (42,5%)

Как видно из таблицы, самый высокий процент заболеваемости регистрируется среди детей первых трех лет жизни, в частности: 48% детей в возрасте от 1 до 3 лет и 23% детей в возрасте от 0 до 1 года. Сравнительно низкий процент заболеваемости наблюдается среди детей до 1 года, что прежде всего связано с грудным вскармливанием, благодаря чему незрелость иммунной системы ребенка компенсируется защитными факторами грудного молока [3].

Среди детей, обратившихся за СМП с признаками ОРВИ детей до 1 года, на грудном вскармливании находились 128 человек (27%). На «Д» учете состояли 29 человек (8%). Процент привитых от гриппа в этой возрастной группе низкий и составляет лишь 0,8%, что связано с абсолютным противопоказанием вакцинации в возрасте до 6 месяцев, а также с большим числом случаев отказа родителей от вакцинации. В данной возрастной группе дети, организованные в детские коллективы – отсутствуют, поэтому заболеваемость среди них можно связать с непосредственным контактом с больными ОРВИ в семье (29,5%).

В группе детей от 1 до 3 лет, по данным таблицы, привито от гриппа лишь 3% детей, количество детей на грудном вскармливании снижается до 3%. Наблюдается рост контакта с инфекционными больными (30%), что возможно напрямую связано с посещением детских коллективов. Также наблюдается рост числа детей раннего возраста, организованных в дет-

ские коллективы (37%). Учитывая, что в этом возрасте ребенок полностью утрачивает пассивный иммунитет, а способность к выработке собственных антител находится лишь в стадии развития, можно объяснить высокую восприимчивость детей этого возраста к различным инфекциям. На «Д» учете с различными заболеваниями состояли 36% детей данного возраста, что также увеличивает риск заболевания.

Заболеваемость среди детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) можно объяснить большим процентом посещаемости детских коллективов (92%) и, как следствие, увеличением числа контактов. Процент привитых от гриппа в этой группе значительно выше (13%), что возможно связано с профилактической работой. Число детей, состоящих на «Д» учете, незначительно растет (8%).

Обращаемость за медицинской помощью в младшем школьном возрасте (от 7 до 11 лет) составила 8%, в старшем школьном возрасте (от 12 до 17 лет) – 5%. Низкий процент заболеваемости среди детей школьного возраста связан с пассивным иммунитетом, как постинфекционным, так и поствакцинальным. Однако растет число детей, состоящих на «Д» учете с различными заболеваниями, вероятно выявленных при регулярных медицинских осмотрах в образовательных учреждениях. К числу не организованных детей в школьном возрасте относятся дети-инвалиды.

Отмечена связь заболеваемости с полом – чаще болеют мальчики. Считают, что высокая заболеваемость среди мальчиков связана с их генетическими особенностями (Wilson W. R. et al, 1985).

Хорошо изучены и описаны особенности иммунного ответа у детей с атопией, обуславливающие их высокую восприимчивость к респираторным инфекциям.

### Выводы

Таким образом, учитывая выявленные данные при анализе 2079 карт вызовов СМП к пациентам с острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J06) можно сделать следующие основные выводы:

1. Высокая обращаемость детского населения за медицинской помощью связана с более ранним началом подъема заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями в г. Сургуте, и отказы законных представителей ребенка от проведения вакцинопрофилактики гриппа, что не обеспечило своевременную защиту организма ребенка к встрече с возбудителем респираторной инфекции (вирусу гриппа), и как следствие, явилось причиной обращения в службу СМП.

2. При возникновении признаков ОРВИ в 56,8% случаях из всех возрастных групп, а в группе от 0 до 11 лет 69%, не обращались в детскую поликлинику отдавая предпочтение вызову бригады СМП.

3. Из всех заболевших детей в возрасте от 0 до 3 лет 85% детей находились на искусственном вскармливании.

4. Дети мужского пола болеют чаще (56,3%), чем дети женского пола.

Согласно выводам, в целях оптимизации выездов бригад СМП к детскому населению по поводу неотложных состояний, считаем целесообразным:

1. Усилить проведение медицинскими организациями, оказывающими первичную меди-

ко-санитарную помощь детскому населению, санитарно-просветительской работы среди населения, уделив особое внимание необходимости проведения вакцинопрофилактики гриппа для предупреждения развития осложнений, риск которых возникает у непривитых лиц.

2. Обеспечить активную работу среди населения по профилактике ОРВИ и гриппа; в том числе о недопустимости самолечения.

3. Использовать средства массовой информации (телевидение, интернет и др.) для информирования всех слоев населения о значимости вакцинопрофилактики.

4. Проводить взаимодействие с женской консультацией по вопросам приоритетного грудного вскармливания, также психологическую поддержку в период снижения лактации.

### Литература

1. Ершов, В.И., Салманов, Ю.М., Раджабова, И.К. Частота выездов бригад скорой медицинской помощи города Сургута к детскому населению // Здравоохранение Югры: опыт и инновации / Научно-методический журнал, – 2017. – №3 (12). – С. 33-36.
  2. Ершов, В.И., Салманов, Ю.М., Раджабова, И.К., Шилонослова, Л.М. О результатах анализа структуры вызовов скорой медицинской помощи к детскому населению города Сургута // Здравоохранение Югры: опыт и инновации / Научно-методический журнал, – №4 (13). – 2017. – С. 21-25.
  3. Иванова, И.Е. Роль грудного молока в иммунологической защите и формировании его иммунной системы // Здравоохранение Чувашии, – 2015. – №4 (44). – С. 63-71.
  4. Постановление Главного государственного санитарного врача по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре от 16 января 2017 года №1 «О введении ограничительных мероприятий на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в периоде эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом».
- © Ершов В.И., Салманов Ю.М., Байчурина Л.Ф., Раджабова И.К., Шилонослова Л.М., 2018



## ОРГАНИЗАЦИЯ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

**Васильева Е.Н.,**

заведующая центром клинико-диагностическим сурдологии и слухопротезирования  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»,  
главный внештатный специалист Департамента здравоохранения ХМАО-Югры  
по сурдологии-оториноларингологии

*Несмотря на высокую эффективность метода кохлеарной имплантации, система комплексной реабилитации пациентов в нашей стране еще не совершенна. Наиболее частой причиной является отсутствие на местах специалистов, готовых профессионально работать с данным контингентом.*

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация, слухулучшающие технологии, дневной стационар

В 2015 году в помощь для реализации данных задач и осуществления эффективного медико-педагогического сотрудничества в рамках развития слухулучшающих технологий вышли нормативные документы, в частности, Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №178н от 9.04.2015 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология». В рамках нового правового поля стало возможным появление в частности дневных стационаров по профилю «сурдология-оториноларингология», как ответ на необходимость обеспечить удовлетворение потребности пациентов после кохлеарной имплантации в высококачественной медицинской помощи, на требование разработки и внедрения прогрессивных форм и методов организации работы больничных и внебольничных учреждений здравоохранения, рациональное использование имеющихся материально-технических ресурсов и кадрового потенциала.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре кохлеарная имплантация проводится в течении 10 последних лет в клинико-диагностическом Центре сурдологии и слухопротезирования, созданном на базе бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница». Ежегодный прирост первичных коррекций слуха методом КИ в автономном округе в среднем составляет 25 случаев (из них 15 проводится в Югре). Численность реципиентов систем кохлеарной имплантации в авто-

номном округе на сегодняшний день составляет 191 человек, из них детей 153 (80%), произведена бинауральная кохлеарная имплантация у 40 пациентов (27%).

Бинауральная имплантация у реципиентов фирмы МедЭль составила 28% от общего числа реципиентов данной фирмы, фирмы Кохлеар и фирмы АВ соответственно по 8%.

Сроки проведения кохлеарной имплантации у детей составили: от 1 года до 3 лет – 51% от всех случаев, с 3 до 5 лет – 21%, с 5 до 7 лет – 9% случаев, более 7 лет – в 15% случаев. В нашем округе мы укладываемся в рекомендованные сроки во всех группах кандидатов на кохлеарную имплантацию.

Дневной стационар на базе Центра клинико-диагностического «сурдологии и слухопротезирования» БУ «Сургутская окружная клиническая больница» был организован и начал работать в сентябре 2015 г. При планировании ДС нами были изучены и проанализированы демографическая обстановка (возрастная структура) в автономном округе, структура заболеваемости, доступность различных видов стационарной помощи для жителей округа, в том числе за его пределами, а также материально-техническая база, силы и средства учреждения.

Организация дневного стационара построена по децентрализованному принципу, на 6 пациента-места в 2 смены 5 дней в неделю. В дневном стационаре работает врач сурдолог - оториноларинголог, логопеды. Осмотр врача проводится в соответствии с клиническими рекомендациями, настройки речевых процес-

соров с индивидуальными потребностями пациента. С 2015 года проводятся замены речевых процессоров систем кохлеарной имплантации (2015 год – 10 случаев, 2016 год – 22, 2017 год – 25, в 2018 планируется 34 случая). Всего реабилитацию после кохлеарной имплантации за 2016 год получили 128 пациентов (за неполный квартал 2017 года – 55 случаев), кратность посещения реабилитационных курсов, в среднем 2-3 раза в год. За пределами автономного округа пациентов, выразивших согласие на организацию реабилитации, – до 5 человек ежегодно.

Так как клиничко-диагностический центр, в составе которого находится дневной стационар, относится к клиничко-диагностической поликлинике, активно используются другие специалисты, обозначенные в стандарте, но не являющиеся сотрудниками Центра. В целом, дневной стационар способствует развитию преемственности между специалистами и службами поликлиники, обеспечивая непрерывность лечебного процесса. Лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно медицинскому учреждению, имеет преимущество в деонтологическом отношении – большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает эффективности лечения, что особенно важно для детей. И дети, и их родители весьма негативно относятся к постоянному круглосуточному пребыванию в больнице, трудно переносят разлуку друг с другом. Госпитализация ребёнка в стационар, особенно без матери, всегда является для него психоэмоциональной травмой, что без сомнения препятствует эффективности лечебного процесса. Совсем иной характер приобретает госпитализация ребёнка в дневной стационар. Для больного ребёнка, особенно организованного, такой вид госпитализации несколько напоминает детское учреждение и меньше меняет привычный ему динамический стиль жизни. Исходя из географических особенностей нашего округа, погодных условий и сложных дорожных сообщений с вводом в эксплуатацию новой поликлиники для пациентов с отдалённых территорий округа планируется открытие пансионата. Данные мероприятия направлены на снижение стигматизации инвалидов по слуху и повышает ценность метода кохлеарной имплантации.

Внедрение новой формы работы неизбежно тянет за собой изменения ранее нигде не применявшиеся, но крайне важные при организации работы, такие как внедрение новых форм документации. В нашем дневном стационаре был утвержден Порядок замены речевых процессоров систем кохлеарной имплантации, в который вошли организационно-правовые аспекты, не связанные с оплатой в системе ОМС. В рамках данного документа были разработаны бланк заявления на замену речевого процессора, форма регистрации (лист ожидания) сведений по проведению мониторинга использования речевого процессора, акт о списании речевого процессора, акт сдачи-приемки, регистр пациентов автономного округа, использующих системы кохлеарной имплантации. Важнейшим оказалось планирование количества случаев замены речевых процессоров системы кохлеарной имплантации на всей территории автономного округа. За первый год работы дневного стационара в округе сформировалась понятная для всех участников система замены речевого процессора. В первую очередь, мы определяем количество случаев замены в округе (с выездами за пределы) и потом по заявлениям количество случаев замены в дневном стационаре. Обе цифры крайне важны для планирования бюджета как лечебного учреждения, так и ТФОМС, с которым мы тесно сотрудничаем. Были внесены изменения и в Порядок оформления медицинской карты стационарного больного. Помимо описания медицинских услуг настройки речевого процессора, мы ввели описание речевого процессора, его внешнего вида, сохранности элементов, реакции пациента при включенном и выключенном речевом процессоре, описание как пациент снимает и одевает речевой процессор, внесено как в анамнезе в разделе слухопротезирование, так и в дневнике.

После выписки из дневного стационара, при каждой консультации врача-сурдолога в тексте в разделе слухопротезирования указывается год последней замены речевого процессора, год установки речевого процессора, серийный номер импланта. В функциональную часть клинического диагноза нами также вводится год последней замены речевого процессора и год установки системы кохлеарной имплантации.

Данная группа пациентов после кохлеарной имплантации находится на диспансерном наблюдении. Ведется реестр пациентов после кохлеарной имплантации в автономном округе. В электронную карточку пациента обязательно вводятся данные о прохождении аудиологического скрининга новорожденных.

Важной частью является постоянное информирование всех участников работы с неслышащими и самих пациентов после кохлеарной имплантации. Нами довольно эффективно были использованы следующие формы: информационные письма в медицинские организации округа, электронные письма пациентам с кохлеарной имплантацией, обзвон диспансерной группы, раздача разработанных памяток, сайты, чаты общественных организаций.

С 2016 года внедрена система непрерывного медицинского образования, сотрудники Центра – активные участники ежегодных конференций (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Екатеринбург), он-лайн семинаров, профильных обучающих программ, в том числе, по настройке систем кохлеарной имплантации, особенно темам слухоречевой реабилитации).

С 2011 года специалисты Центра в рамках сотрудничества с бюджетным учреждением ХМАО-Югры «Центр адаптивного спорта» осуществляют ежегодное аудиологическое обследование спортсменов с заполнением документов международного образца на английском и русском языках, участвующих в российских и

международных соревнованиях по волейболу, плаванию, дзю-до и сноуборду.

В основу организации дневного стационара лег накопленный опыт работы коллектива нашего центра на протяжении 10 лет. Традиционные ежегодные окружные конференции специалистов, работающих с пациентами после слуховой имплантации, подводят итоги, дают комплексную оценку и помогают анализировать перспективы дальнейшего развития программы слуховой имплантации на территории округа. Работа наших специалистов в различных комиссиях, в том числе в совете по инвалидам при Губернаторе автономного округа, многолетнее сотрудничество с общественными организациями, родительскими сообществами помогает повысить терапевтический комплаенс между пациентом и врачом, что увеличивает процент доверия и приверженности к методу кохлеарной имплантации и Центру.

### Литература

1. Стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи: методические рекомендации / В.М. Чернышев, А.М. Садовой, В.В. Степанов, Н.В. Гапиенко. – Новосибирск, 2009. – 147 с.
2. Cochlear implant in children: rational, indications and cost/efficacy/ Martini A, Bovo R, Trevisi P, Forli F. - 2013.- PubMed.
3. Cochlear implant - state of the art./ Thomas Lenarz-GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg- 2017.

© Васильева Е.Н., 2018

## НЯГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА: ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Грейлих А.В.,

главный врач БУ «Няганская городская детская поликлиника»

Плеханова В.Д.,

специалист по связям с общественностью

БУ «Няганская городская детская поликлиника»

*БУ ХМАО-Югры «Няганская городская детская поликлиника» – современное лечебно-профилактическое медицинское учреждение, оснащенное высокотехнологичным оборудованием, имеющее штат высококвалифицированных специалистов и оказывающее весь спектр медицинских услуг детскому населению Нягани.*

**Ключевые слова:** кадровая политика, доступная среда, доступность медицинской помощи



*Александр Васильевич ГРЕЙЛИХ*

*Главный врач БУ «Няганская городская детская поликлиника»*

*Отличник здравоохранения Российской Федерации*

В своей структуре БУ ХМАО-Югры «Няганская городская детская поликлиника» имеет 11 отделений, два бассейна. Детское население обслуживают 15 педиатров с высшей и первой квалификационными категориями, 19 врачей узкой специализации, общее количество персонала – 296 человек.

В октябре 2017 года исполнилось 25 лет с момента вступления в должность главного врача БУ «Няганская городская детская поли-

клиника» Александра Васильевича Грейлиха. Свою трудовую деятельность в поликлинике руководитель начал с решения хозяйственных вопросов. «Учреждение как раз переехало в новое, специально построенное здание, получив четыре этажа, вместо одного приспособленного (ранее поликлиника располагалась в жилом доме), – вспоминает Александр Васильевич. – Не было понимания, куда что размещать, как организовать процесс и развести потоки пациентов. Но совместно с коллективом сумели проработать организационный процесс деятельности поликлиники».

Одной из главных заслуг Александра Васильевича как руководителя по праву можно считать проведение капитального ремонта здания. Масштабные работы, начавшиеся еще в 2010 году, превратили серое, скучное здание с офисным интерьером в современное учреждение с ярким фасадом и индивидуальным внутренним дизайном. Игровые зоны с мягкими матами и





кубиками для игр стали излюбленным местом детей. Плазменные экраны, установленные на каждом этаже, транслируют как мультфильмы, так и познавательные и профилактические ролики. Цифровые табло извещают посетителей о режиме работы докторов. Для удобства записи на прием в фойе учреждения размещен терминал самозаписи и электронный регистратор. На это ушло почти 90 миллионов рублей. Средства были выделены в рамках федеральной программы, а также из бюджета г. Нягань.

Проведенная модернизация здания позволила создать комфортные условия, несомненно, влияющие на оказание и предоставление качественных медицинских услуг.

Успешная работа по поддержанию достойных условий обслуживания и лечения пациентов позволяет поликлинике на протяжении четверти века оставаться одним из лучших медицинских учреждений Нягани. Так, согласно данным официального сайта для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях <http://bus.gov.ru>, БУ ХМАО-Югры «Няганская городская детская поликлиника» вошло в число лидеров среди медицин-



ских организаций ХМАО-Югры в рейтинге по результатам независимой оценки. Согласно данным, Детская поликлиника Нягани находится в группе 10-ти медучреждений, занимающих 1 место среди 116 организаций ХМАО-Югры, и 1 место среди 8146 детских поликлиник в Российской Федерации.

На особом контроле у главного врача и кадровая политика учреждения. Руководителю не только удастся привлечь на работу нужных специалистов, но и создать все условия для комфортной и качественной работы персона-



ла. «Если говорить о коллективе в целом, то это тот случай, когда говорят «моя команда». Я благодарен коллегам за терпение, за понимание и за доверие, – отмечает Александр Грейлих. – Со многими я проработал не один десяток лет и уверен, что в любой ситуации могу на них положиться. Особо хочу отметить таких ветеранов, как заместитель по медицинской части Ирина Эдуардовна Лазарива, заведующая педиатрическим отделением Наталья Ивановна Мазова, врач-методист Римма Николаевна Годунова, главная медицинская сестра Любовь Алексеевна Спирина, медицинская сестра врача-фтизиатра Ольга Петровна Кочкина, Марина Владимировна Артанова, заведующая педиатрическим отделением».

Одним из главных достижений поликлиники в 2017 году стало кадровое пополнение. В ряды сотрудников влились 12 врачей и специалистов среднего медицинского персонала. На 100% укомплектован штат участковых врачей-педиатров. Контролировать и совершенствовать качество предоставления медицинских услуг назначен новый заместитель глав-



ного врача по клинко-экспертной работе, дипломированный организатор здравоохранения, кандидат медицинских наук Юлия Николаевна Панфилова. Полностью обновлен состав отделения оказания неотложной медицинской помощи. Появились молодые специалисты и в клинко-диагностической лаборатории. Особо стоит отметить, что шесть докторов стали участниками программы «Земский доктор», получив в качестве «подъемных» по 1 млн. рублей.

Огромная работа проведена в рамках реализации государственной программы «Доступная среда в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016 – 2020 годы». Благодаря окружному финансированию Детская поликлиника отныне является безбарьерным учреждением. В поликлинике смонтирована система подъемных механизмов, позволяющая детям-колясочникам в целях реабилитации и восстановления здоровья в полной мере посещать бассейн. Для беспрепятственного посещения врачей установлена система «Автоматические двери». Реконструированы туалетные комнаты, пандусы. Есть уличный лифт, позволяющий маломобильным группам населения в считанные секунды подниматься на крыльцо поликлиники.

Результативно прошел год и для технической службы поликлиники. Специалисты этой структуры внедрили ряд IT-новинок, позволя-

ющих значительно повысить доступность и качество медицинских услуг: QR- код, информированность о записи на прием через мессенджеры, автоматизированное информирование пациентов по громкой связи в поликлинике, видеоконференцсвязь с Департаментом здравоохранения для улучшения микроклимата в коллективе.

В 2017 г. создан Совет трудового коллектива, который возглавляет один из старейших работников учреждения, главная медицинская сестра Любовь Алексеевна Спирина. На должность председателя Общественного совета при поликлинике в 2017 г. единогласно была избрана Айгуль Юрьевна Велижанина, депутат Думы г. Нягань, общественница с твердой жизненной позицией.

В 2018 году Няганская городская детская поликлиника продолжит работу по повышению качества, доступности медицинской помощи и реализации своей миссии по сбережению и укреплению здоровья каждого ребенка Нягани, руководствуясь принципами профессионализма, человечности и ответственности. А для до-



стижения этих целей и задач у коллектива детской поликлиники есть всё и в первую очередь желание, стремление и отличный командный дух.

© Грейлих А.В., Плеханова В.Д., 2018

## ПОСТНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

**Кузьмичев Д.Е.,**

заведующий Восточным отделом –  
врач – судебно-медицинский эксперт  
высшей квалификационной категории,  
член Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Раннев А.Ю.,**

заведующий отделением – врач – патологоанатом  
высшей квалификационной категории

БУ «Мегионская городская больница № 1»,

**Вильцев И.М.,**

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»  
Восточного отдела,

врач – судебно-медицинский эксперт

высшей квалификационной категории

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Штрек Л.А.,**

врач - судебно-медицинский эксперт

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

*В статье описана проблема репродуктивных потерь, проведен анализ постнатальной смертности за период 2014-2017гг в г. Мегионе ХМАО-Югры.*

**Ключевые слова:** постнатальная смертность, статистика, анализ

«...Каждый младенец – послание нам от Бога...»  
Рабиндранат Тагор

Слово «перинатальный» в переводе с латинского означает «около родовой», то есть охватывающий период до рождения ребенка, непосредственно роды и несколько недель после рождения.

Для женщины и в целом для всей ее семьи перинатальный период является, несомненно, сложным этапом в жизни, где требуется проявить особое внимание женщине на этапе планирования зачатия, в период ожидания ребенка, в момент его рождения и на ранних этапах его развития. Большая ответственность ложится на врачей и психологов, их задача заключается в том, чтобы помочь женщине и ее семье сформировать готовность к родительству и родам, особенно если уровень тревожности и страха перед родами очень высокий с целью снизить смертность ребенка в перинатальный период.

В своей статье мы бы хотели поговорить об одной из немаловажных проблем в практике врача – акушера – гинеколога, встречающейся в перинатальном периоде, как постнатальная смертность.

### Цели исследования

Провести анализ причин летального исхода по данным аутопсии у новорожденных на территории ХМАО-Югры г. Мегиона.

### Задачи исследования

В данной статье хотим остановиться на такой проблеме как смерть новорожденных, наступившая в первые 7 дней жизни после рождения (постнатальная, или ранняя неонатальная).

Прежде чем говорить о постнатальной смертности мы вспомним, что такое перинатальный период и его классификацию.

Перинатальный период – период с 22 полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) по 7-й день включительно (168 часов) внеутробной жизни.

Перинатальный период подразделяется на три подпериода:

*Аntenатальный (prenatalный)* – с 22-й недели беременности до родов;

*Интранатальный* – во время родов (периоды раскрытия и изгнания плода).

*Постнатальный* – после родов (первые 168 ч жизни ребенка).

Какие же причины смерти отличаются в постнатальном периоде:

- поздние токсикозы беременных;
- преждевременная отслойка плаценты;
- болезни матери (грипп, инфекционный гепатит, сердечно-сосудистые заболевания и др.);
- болезни плода (внутриутробная пневмония, врожденные пороки развития, гемолитическая болезнь и др.);
- патология плаценты и (или) пуповины;
- преждевременное отхождение околоплодных вод;
- слабость родовой деятельности;
- аномалии предлежания плода;
- экзогенные болезни (пневмония, сепсис, травмы и др.).

Медицинскими критериями рождения ребенка являются: срок беременности 22 недели и более, масса тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах), длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна).

### Материалы и методы

За период 2014–2017 гг. проведены исследования пяти умерших новорожденных. Из данной группы 4 новорожденных мужского пола и 1 новорожденная женского пола. Продолжительность жизни новорожденных от 13 часов до 31 часа. Вес новорожденных составлял от 3000 гр до 3870 гр, роды в срок 38–41 неделя беременности. В трех случаях из пяти выявлена аспирация околоплодных вод и мекония. В двух случаях при бактериологическом исследовании у новорожденных выявлялась стрептококковая инфекция. При патогистологическом исследовании аутопсийного материала наиболее часто выявлялись следующие изменения во внутренних органах новорожденного и в последе:

*Легкие* – практически во всех полях зрения лимфо-лейкоцитарная инфильтрация легочной ткани; ателектазы легких чередуются с острой эмфиземой с повреждением стенок части альвеол; в просветах бронхов и альвеол лейкоциты, лимфоциты, фибрин, следы базо-

фильной жидкости; внутренняя поверхность части альвеол и бронхиол выстлана гомогенными эозинофильными массами (гиалиновые мембраны); полнокровие сосудов легких, в просветах части сосудов лейкоцитарно-эритроцитарные сгустки крови; участки фиброзирования плевры со слабовыраженной лимфоцитарной инфильтрацией; очаговые кровоизлияния в плевру и паренхиму легких. *Сердце* – участки фрагментации кардиомиоцитов; отек и слабовыраженная лимфоцитарная инфильтрация стромы миокарда. В эпикарде участок фиброирования со слабовыраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Фиброирование перикарда со слабовыраженной лимфоцитарной инфильтрацией.

*Головной мозг* – периваскулярный и перицеллюлярный отек. Полнокровие сосудов мягкой мозговой оболочки и паренхимы мозга. В части препаратов слабовыраженная лимфоцитарная инфильтрация мягкой мозговой оболочки. *Послед* – умеренно выраженная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация оболочек последа, базальной пластинки и межворсинчатого пространства плаценты; увеличение количества и размеров синцитиальных почеч; неравномерность васкуляризации ворсин, фиброирование ворсин. В пуповине лейкоцитарная инфильтрация стенок сосудов.

### Результаты исследования

Во всех пяти случаях отмечалась врожденная генерализованная инфекция с проявлениями двусторонней тотальной пневмонии, осложнившейся респираторным дистресс-синдромом, дыхательной недостаточностью. Воспалительные изменения во внутренних органах новорожденного развивались на фоне воспалительных изменений в последе. Пример диагноза: **Основное заболевание:** Внутриутробная генерализованная инфекция: врожденная двусторонняя тотальная пневмония, менингит, миокардит, интерстициальный нефрит, гепатит, полисерозит (перитонит, плеврит, перикардит) в стадии организации. **Осложнения:** Респираторный дистресс-синдром (гиалиновые мембраны в легких). Ателектаз левого легкого. Левосторонний пневмоторакс. Дыхательная недостаточность. Сердечная недостаточность. **Патология последа:** Хориоамнионит; базальный децидуит; интервиллузит; фуникулит;



хроническая плацентарная недостаточность. **Патология матери:** Сахарный диабет, развившийся во время беременности, компенсация диетой. Субклинический гипотиреоз, впервые выявленный. Анемия легкой степени. Инфицированность цитомегаловирусом, вирусом простого герпеса.

### Выводы

Профилактика репродуктивных потерь является одной из актуальных проблем современного акушерства и находится под постоянным вниманием ведущих отечественных и мировых научных школ. На сегодняшний день сохранение репродуктивного здоровья женщины является приоритетной государственной задачей и рассматривается как важнейшая общемедицинская и социальная проблема. В связи с этим очень важны исследования, способствующие появлению новых знаний, которые дадут возможность усовершенствовать диагностику критических состояний плода в различные сроки гестации, позволят выделить критерии безуспешности лечения и показания к родоразрешению, а также определяют перспективы профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при различных видах акушерской патологии. Таким образом, крайне важны мероприятия, направленные на профилактику постнатальной смертности. Профилактику необходимо начинать задолго до беременности, еще в старшие школьные годы девочкам и их родителям путем пропаганды здорового образа жизни, правильного планирования беременности. В планировании беременности должны принимать участия оба супруга. Мероприятия должны быть направлены на раннюю диагностику, правильное и своевременное лечение различных осложнений беременности, гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, резус-сенсibilизации несовместимости крови плода и матери, инфекционных заболеваний. Все это достигается при помощи тщательного медицинского обследования, систематического профилактического наблюдения с первых

недель беременности в женской консультации, патронажа, строгого выполнения беременными рекомендаций врача. Для рационального решения проблем акушерской тактики ведения беременности и родов важную роль играет своевременная оценка состояния плода на всех этапах внутриутробного развития. После постнатальной гибели плода при планировании беременности следует провести медико-генетическое обследование супружеской пары. Крайне важна совместная работа с клиническим психологом, в частности формирование у беременных родовой доминанты (путем посещения лекций в школе мам, индивидуальных и групповых занятий по системе БОС, занятий ЛФК и посещения бассейна), важна работа социальных работников кризисных центров, центров помощи проблемным семьям и «кризисным» беременным.

### Литература

1. Беккер, С.М. Патология беременности, – Л, 1975.
2. Бодяжина, В.И., Жмакин, К.Н. и Кирющенко, А.П. Акушерство, – М., 1986.
3. Грищенко, В.И., Яковцова, А.Ф. Антенатальная смерть плода, – М., 1978.
4. Сидорова, И.С., Кулаков, В.И., Макаров, И.О. Руководство по акушерству, – М., 2006.
5. Приказ Минздрава и Социального развития РФ от 27.12.2011 № 1687н «Медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке выдачи».
6. Деньковский, А.Р., Житков, В.С., Калмыков, К.Н., Матышев, А.А., Мишин, Е.С., Молчанов, В.И., Томилин, В.В., Чарный, В.И. Судебная медицина: руководство для врачей, – М., 1998.
7. Хохлов, В.В., Кузнецов, Л.Е. Судебная медицина: руководство, – Смоленск, 1998.
8. Ивановская, Т.Е., Цинзерлинг А.В. Патологическая анатомия. – М., 1976.
9. Никулина, Л.Р., Кузьмичев, Д.Е. Внутриутробная гибель плода. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых» 24 апреля. – Пермь, 2015. – с. 59-67.  
© Кузьмичев Д.Е., Раннев А.Ю., Вильцев И.М., Штрек Л.А., 2018

## ЕЖЕГОДНЫЙ ЮГОРСКИЙ КОНКУРС «РАДУГА ЖИЗНИ» В 2017 ГОДУ

Левачева А.И.,

специалист по связям с общественностью

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Минувший 2017 год, объявленный губернатором Югры Натальей Комаровой Годом здоровья, медики Югры завершили торжественной церемонией награждения победителей Окружного конкурса социальных проектов и видеосюжетов «Радуга жизни».

**Ключевые слова:** качество медицинских услуг, профилактика заболеваний, открытость медицинских организаций

Специалисты системы здравоохранения трудились на благо здоровья населения округа: улучшали качество медицинских услуг, внедряли новые проекты, работали над профилактикой заболеваний, привлекали югорчан к участию в оздоровительных мероприятиях. Все наши действия были направлены на то, чтобы приблизить медицинскую помощь к жителям округа, ведь здоровье – это самое ценное и самое важное, что может быть в жизни каждого человека.



Именно поэтому возникла идея поделиться друг с другом своими достижениями и победами в работе через видеосюжеты в рамках окружного конкурса «Радуга жизни» (учредители Конкурса: Департамент здравоохранения ХМАО-Югры и БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»). Основной задачей конкурса в 2017 году являлось повышение доступности и открытости медицинских органи-

заций. Участниками стали работники системы здравоохранения Югры. Всего было получено 57 конкурсных работ в четырёх номинациях.

### 1. «Наша работа – о детях забота»

Здоровье детей – это наше будущее, поэтому перед общественностью стоит задача воспитания здорового поколения. Это не только оказание медицинских услуг, но и профилактика заболеваний, воспитание в детях осознания важности заботы о собственном здоровье. Конкурсные работы в этой номинации предполагают отражение деятельности детской медицины во всех её направлениях.

### 2. «Искусство здоровья»

Здоровье – это богатство, это самая большая ценность, которая дана человеку. О здоровье надо думать не тогда, когда оно потеряно, а всю жизнь, начиная с молодых лет. Темами конкурсных работ могут стать позиционирование доступности и открытости медицинских учреждений округа, реализованные проекты, направленные на формирование здорового об-





раза жизни среди населения, а также реальные истории пациентов, за выздоровлением которых каждодневная работа медицинских специалистов.

### 3. «Миссия Жизнь»

Медики – это люди, перед которыми стоят важнейшие задачи – распознавать, лечить, предупреждать болезни, обеспечивать сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности людей. В этой номинации предлагается подготовить конкурсные работы о людях, посвятивших себя медицине, о ежедневном подвиге специалистов нашего округа, для которых помощь людям является призванием.

#### 4.\* Специальная номинация – «Гармония души»

Темп жизни современного человека очень высок, что сказывается не только на физическом, но и на психическом здоровье. С каждым годом растёт число людей с симптомами стресса, депрессии и эмоционального выгорания. Поделитесь своими рецептами здоровья и счастья! Возможные темы конкурсных работ: борьба со стрессом и невротическими расстройствами, психологическая помощь.

15 декабря 2017 г. в г. Нижневартовске на торжественной церемонии были объявлены имена победителей:

#### I. Наша работа – о детях забота

**I место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

**II место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

**Специальный приз** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Лангепасская городская больница»

**Приз зрительских симпатий** – Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Мегионская городская стоматологическая поликлиника».

### II. Искусство здоровья

**I место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии».

**II место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская окружная клиническая больница».

**III место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовская окружная клиническая больница».

**Специальный приз** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Урайская городская клиническая больница».

### III. Миссия жизнь

**I место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовская городская станция скорой медицинской помощи»





**II место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи».

**Специальный приз «За верность профессии»** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовский кожно-венерологический диспансер».

#### **IV. Гармония души**

**I место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Нижневартовская психоневрологическая больница».

**II место** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив».

**Специальный приз** – Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская психоневрологическая больница».

#### **Гран – При**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница».

Мероприятие началось с Постерной конференции, где специалисты медицинских учреждений Югры представили плакаты о своей деятельности. Гости церемонии награждения стал директор Департамента здравоохранения ХМАО-Югры Алексей Добровольский, депутаты Думы г. Нижневартовска, главные врачи округа и общественные деятели. Финалисты Конкурса получили памятные дипломы и ценные подарки.

Отметим, что конкурс проводился в четвёртый раз и уже приобрёл популярность среди югорчан.

#### **Литература**

1. <https://dzhmao.ru/aktualno/raduga-zhizni.php>
2. <http://www.npnd.ru/video/>

© Левачева А.И., 2018

УДК 314.422.6

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НА ТЕРРИТОРИИ  
ВОСТОЧНОГО ОТДЕЛА КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО  
АВТНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 2014, 2015 И 2016 ГОДЫ**

**Кузьмичев Д.Е.,**

заведующий Восточным отделом –  
врач - судебно-медицинский эксперт  
высшей квалификационной категории,  
член Научно-организационного совета  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Штрек Л.А.,**

врач - судебно-медицинский эксперт  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

**Скребов Р.В.,**

заместитель начальника по экспертной работе,  
врач - судебно-медицинский эксперт  
высшей квалификационной категории  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

**Вильцев И.М.,**

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»  
Восточного отдела,  
врач - судебно-медицинский эксперт  
высшей квалификационной категории  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

*В статье проанализированы летальные исходы у детей от момента рождения до 17 лет, причиной которых послужили заболевания, механические травмы и повреждения другого рода, профилактика смертности, практический случай.*

**Ключевые слова:** дети, насильственная смерть, ненасильственная смерть

**Введение**

В истории человечества отношение к детям, к детству в целом, отношения родителей и детей менялись очень разительно, и чтобы понять сегодняшний этап нашей жизни, полезно знать, как дела обстояли в прошлом. В античное время, вплоть до IV века до н.э., убийство детей считалось нормальным. Когда родители боялись, что ребенка будет трудно воспитать или прокормить, они обычно убивали его. В древности ребенка легко могли убить из-за физического недостатка или из опасений, что ребенка будет трудно прокормить. Родители чаще оставляли в живых мальчиков, чем девочек. Семейное письмо первого века. Автор-римлянин пишет своей (видимо, любимой) супруге: «Приветствие Илариона его дорогой Алис, а также дорогому Берову и Аполлинариону. Мы все еще в Александрии. Не беспокойся, если я задержусь и остальные вернутся раньше. Присмотри за нашим малюшкой. Как только со

мною расплатятся, вышлю деньги. Если – молю об этом богов – ты благополучно родишь, мальчика оставь, а девочку выбрось. Ты сказала Афродизиасу, чтоб я тебя не забывал. Как я могу забыть тебя? Не волнуйся». Детей часто приносили в жертву богам. Такой обычай существовал у многих народов: ирландских кельтов, галлов, скандинавов, египтян, и др. Даже в Риме, оплоте цивилизованного мира, детские жертвоприношения полулегально существовали. Умерщвление детей считалось нормой вплоть до четвертого века нашей эры. Лишь В 374 г. н.э. стараниями церкви был принят закон, осуждающий убийство детей. Тем не менее, убийство незаконных детей было обычным делом вплоть до девятнадцатого века.

До восемнадцатого века очень большой процент детей регулярно били. Орудиями битья были разнообразные кнуты и хлысты, палки и многое другое. Даже принадлежность к королевской семье не освобождала от побо-

ев. Уже будучи королем, Людовик XIII часто в ужасе просыпался по ночам, ожидая утренней порки. В день коронации восьмилетнего Людовика высекли, и он сказал: «Лучше я обойдусь без всех этих почестей, лишь бы меня не секли». Только в эпоху Возрождения стали всерьез поговаривать, что детей не следует бить так жестоко, и то люди, говорившие это, обычно соглашались с необходимостью битья в разумных пределах. Попытки ограничить телесные наказания для детей делались и в семнадцатом веке, но самые крупные сдвиги произошли в восемнадцатом столетии. В девятнадцатом веке старомодные порки начали терять популярность в большей части Европы и Америки. Наиболее затяжным этот процесс оказался в Германии, где до сих пор 80% родителей признаются, что бьют своих детей. Когда наказание битьем стало выходить из моды, потребовалось другие наказания, чтобы делать детей послушными.

В каждое столетие, в любой отдельной эпохе есть свои методы воспитания. Наши прадедушки и прабабушки почитали своих родителей, и их бы удивило поведение современных детей. Да и мы давно не следуем «Домострою», из-за чего, кстати говоря, и происходит борьба поколений.

Наши родители, да и кто-то из нас самих рос в семьях с небольшим достатком. Несмотря на то, что в то время было немало проблем, дети получали хорошее образование, посещали дополнительные занятия и кружки. Как же строится современное воспитание?

В отличие от наших предков, современные дети живут в довольно комфортных условиях. Им доступны различные гаджеты, есть возможность отправиться в путешествие, заниматься любыми видами искусств и т. п. В связи с тем, что дети на сегодняшний день ведут разностороннюю, насыщенную, полную приключений жизнь, к сожалению, возможно от недостатка внимания со стороны взрослых или каких-либо других факторов с детьми случаются те или иные увечья, которые могут проявляться как незначительными повреждениями (ссадинами, кровоподтеками и ушибами), но и приводить к страшным последствиям, как смерть. Чаще всего смерть происходит от несчастных случаев, которые возникают в тот период, когда ребенок находится на летнем отдыхе, либо остается без присмотра взрослых. И чаще среди поврежде-

ний встречаются ожоги, падения с высоты, утопления, отравления, поражения электрическим током, дорожно-транспортные происшествия и прочее.

На основании статистических данных, полученных из баз данных Всемирной организации здравоохранения, можно утверждать, что причинами несчастных случаев в детском возрасте чаще всего является:

- отсутствие должного надзора за детьми всех возрастных групп,
- неосторожное, неправильное поведение ребенка в быту, на улице, во время игр, занятий спортом.

Возникновению несчастных случаев способствуют и психологические особенности детей: любознательность, большая подвижность, эмоциональность, недостаток жизненного опыта, а отсюда отсутствие чувства опасности. Причины несчастных случаев с детьми имеют возрастную специфику:

- в возрасте до 4 лет дети чаще всего подвергаются несчастным случаям, самостоятельно познавая окружающий мир;
- в возрасте от 5 до 10 лет несчастные случаи наступают вследствие шалости, неосторожного поведения ребенка;
- в возрасте от 10 до 14 лет и старше – вследствие борьбы за лидерство.

Так, у детей 10-12 лет появляются новые интересы, они становятся более активными, самостоятельными, в играх стараются проявить изобретательность, стремятся утвердиться в среде сверстников.

К сожалению, также к летальным исходам приводят ряд некоторых заболеваний, о которых не следует забывать. Эти заболевания могут быть как врожденными, так и приобретенными.

Ниже будут приведены статистические данные летальных исходов детей на территории Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2014, 2015 и 2016 года.

### **Цель работы**

Провести анализ причин летального исхода по данным аутопсии у детей.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ летальных исходов детей 60 случаев на территории восточного отдела

КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2014, 2015 и 2016 года. Из общего числа составило 35 мальчиков и 25 девочек в возрасте от момента рождения до 17 лет. Все дети были разделены по категории смерти (насильственная и ненасильственная).

### Результаты и их обсуждение

Прежде чем переходить к статистике немного напомним о судебно-медицинской классификации смерти.

#### Судебно-медицинская классификация смерти

- а) насильственная смерть;
- б) ненасильственная смерть.

Виды смерти, часто встречаемые у детей:

- а) насильственной:
  - от механических повреждений (перелом, разрыв, сдавление и прочее);
  - от механической асфиксии (повешение, закрытия дыхательных отверстий и просвета дыхательных путей);

- от отравлений (газами и препаратами).
- б) ненасильственной:
  - от инфекционных заболеваний (вирусные, бактериальные);
  - от синдрома внезапной детской смерти;
  - от врожденных пороков несовместимых с жизнью;
  - от иммунодефицитных состояний;
  - от злокачественных новообразований;
  - от болезни органов пищеварения;
  - от болезни эндокринной системы;
  - от болезни нервной системы;
  - от болезни системы кровообращения (кардиомиопатии, болезни перикарда, хроническая сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма);
  - от болезни органов дыхания.

Ниже будет приведена таблица (таблица 1), в которой отображены причины летальных исходов по половой категории. И отдельно вынесен один случай, где у мальчика причина смерти не установлена.

Таблица 1

### Летальность детей за три года по половой категории

Город	Категория смерти	Вид смерти	Пол	
			Мужской	Женский
Нижневартовск	Насильственная смерть	Отравление газами и препаратами	2	1
		Тупая травма	2	3
		Асфиксия	3	3
		Инородное тело в верхних дыхательных путях	1	1
		Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией	-	1
		Утопление	1	-
	Ненасильственная смерть	Болезни ЦНС	2	-
		Инфекционные заболевания	1	1
		Болезни органов дыхания	-	1
		Болезни системы кровообращения	4	1
	Внезапная смерть грудного ребенка	-	2	
Мегион	Насильственная смерть	Падение с высоты	1	-
	Ненасильственная смерть	Болезни органов пищеварения	-	2
		Инфекционные заболевания	1	-
		Болезни органов дыхания	-	1
		Болезни ЦНС	3	-

Город	Категория смерти	Вид смерти	Пол	
			Мужской	Женский
		Иммунодефицитные состояния	1	-
		Болезни системы кровообращения	-	1
Лангепас	Насильственная смерть	Утопление	3	-
		Тупая травма	1	-
		Аспирация крови	-	1
	Ненасильственная смерть	Болезни органов дыхания	-	1
		Врожденный порок, несовместимый с жизнью	1	-
		Внезапная смерть грудного ребенка	-	1
Радужный	Насильственная смерть	ДТП	-	2
		Падение с высоты	2	1
		Инородное тело в верхних дыхательных путях	1	-
		Отравление газами	1	-
		Тупая травма	-	1
		Асфиксия	1	-
		Утопление	1	-
	Ненасильственная смерть	Инфекционное заболевание	1	-

Проанализировав полученные данные в таблице 1, можно сделать вывод, что большинство детских смертей от насильственной смерти – всего зарегистрировано **35 случаев**. На первый план выступает смерть от тупых травм и асфиксий – по 7 случаев. Далее, второе место занимает смерть от утоплений – 5 случаев. Третье место – смерть от отравлений и падений с высоты – по 4 случая. На четвертом месте – смерть от попаданий инородного тела в верхние дыхательные пути – 3 случая. На пятом месте – смерть от ДТП – 2 случая и на шестом – от аспирации крови и от злокачественной гипертермии, вызванной анестезией – по 1 случаю.

Смерть от заболеваний выходит на второй план. Всего зарегистрировано **25 случаев**. На первом месте стоит смерть от болезней системы кровообращения – 6 случаев. На втором месте – смерть от болезней ЦНС – 5 случаев. На третьем месте – смерть от инфекционных заболеваний – 4 случая. На четвертом месте – смерть от болезней органов дыхания и внезапной смерти грудного ребенка – по 3 случая. На пятом месте – от болезней органов пищеваре-

ния – 2 случая. На шестом месте – от иммунодефицитных состояний и врожденного порока несовместимого с жизнью – по 1 случаю. Из общего числа детей: 35 мальчиков и 25 девочек.

Ниже приведен **клинический случай** смерти от болезни центральной нервной системы. Была произведена аутопсия мальчика 5 месяцев жизни. Из медицинской карты стационарного больного известно: ребенок от 1 беременности, протекающей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, маловодия, гипотиреоза. Роды 1-е срочные в 39-40 недель в головном предлежании с родоусилением, проведена вакуум-экстракция, родился в крайне тяжелом состоянии с весом 4760 гр, оценка по Апгар 1-5 баллов. С рождения находился на искусственной вентиляции легких. С первых суток отмечались судороги. По заключению нейросонографии диагноз УЗ-признаки тяжелого диффузного поражения головного мозга, кистозная дегенерация вещества головного мозга. Смешанная гидроцефалия. На электроэнцефалографии грубое нарушение биоэлектриче-



ской активности головного мозга. Выраженная эпилептиформная активность с очагом в правой лобной доле. Проведено обследование: по данным МРТ головного мозга выявлены признаки кистозной трансформации обеих гемисфер, как следствие перенесенной глобальной ишемии. Атрофические изменения головного мозга, двусторонние гиромы. Состояние при поступлении тяжелое, обусловлено грубой неврологической симптоматикой, вследствие органического повреждения головного мозга, сопровождающегося судорожным синдромом, бульбарными нарушениями, дыхательной недостаточностью.

Уровень сознания хроническое вегетативное состояние. На осмотр реагирует судорожной готовностью, гипертонусом. Голова ассиметричной гидроцефальной формы, отмечалась деформация костей черепа. Большой родничок 4,0\*4,0 см, на уровне костей черепа. Глаза не открывают. Фиксация взора вверх. Зрачки D=S, расширены до 3 мм., фотореакция слабая. Роговица суховатая. Ригидности затылочных мышц нет. Кожный покров бледно-розового цвета, теплый, влажный. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Отмечается мраморность кожного покрова, легкая пастозность голеней. Отмечаются мышечные контрактуры верхних и нижних конечностей. Нижние конечности разведены в стороны под углом около 180 градусов. Питание через назогастральный зонд. За время лечения и наблюдения состояние оставалось крайне тяжелым, обусловленным грубой неврологической симптоматикой, вследствие органического повреждения головного мозга, дыхательной недостаточностью. Уровень сознания хроническое вегетативное состояние. Сохранялись эпизодически возникающие кратковременные клонико-тонические судороги. Продолжается респираторная поддержка аппаратом Babylog 8000 plus в режиме SIMV с заданными параметрами. Через несколько суток начал лихорадить. На обзорной рентгенограмме легких грудная клетка расширена, легочные поля повышенной пневмотизации слева – справа легкое компримировано, в плевральной полости паракостально линейная

тень легочного контура, легочная ткань правого легкого завалуирована по типу диффузной облаковидной тени, средостение смещено влево. Заключение: Ателектаз правого легкого. Аномалия развития по типу правостороннего апневматоза (нерасправленное легкое). Осмотрен хирургом, произведена плевральная пункция, газа из плевральной полости не получено, получено небольшое количество экссудата (около 2,0 мл), который направлен на цитологию. Рентгенография органов грудной клетки (контроль) в тот же день. Заключение: Учитывая данные рентген-исследования, анамнез пациента на момент исследования выставлен сопутствующий диагноз: Острая правосторонняя внутрибольничная ИВЛ - ассоциированная пневмония, осложненная правосторонним экссудативным плевритом и гидротораксом. Сепсис. Синдром полиорганной недостаточности (легочная, сердечнососудистая, печеночная, почечная). ДВС. При анализе крови на стерильность был выделен *Enterobacteragglomerans*. На фоне проводимого лечения состояние оставалось крайне тяжелым, нестабильное. Сознание кома 3. Атония. Арефлексия. По кардиомонитору зафиксирована асистолия. Констатирована клиническая смерть. Продолжено проведение реанимационных мероприятий. Проводимые реанимационные мероприятия в течение 40 минут без эффекта. Констатирована биологическая смерть. Основной клинический диагноз. Раннее органическое поражение головного мозга перинатального генеза. Атрофия головного мозга. Смешанная заместительная гидроцефалия. Кистозная трансформация обеих гемисфер.

При аутопсии полушария мозга занимают 2/3 необходимого объема полости в черепе, полушария головного мозга с неравномерно западающим рельефом, представленным неодинаково мелкими извилинами и сглаженными бороздами (рисунок 1). На разрезах боковые желудочки мозга выражено расширены, занимают более 70% объема полушарий, стенки их мелкобугристые гладкие, плотные (рисунок 2).

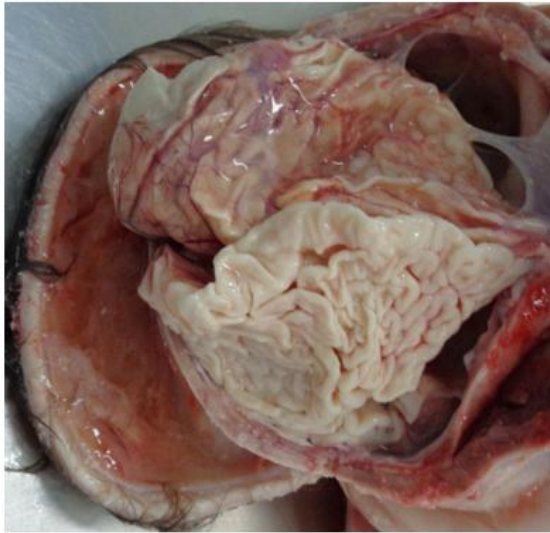


Рис. 1. Полушария головного мозга вид сверху

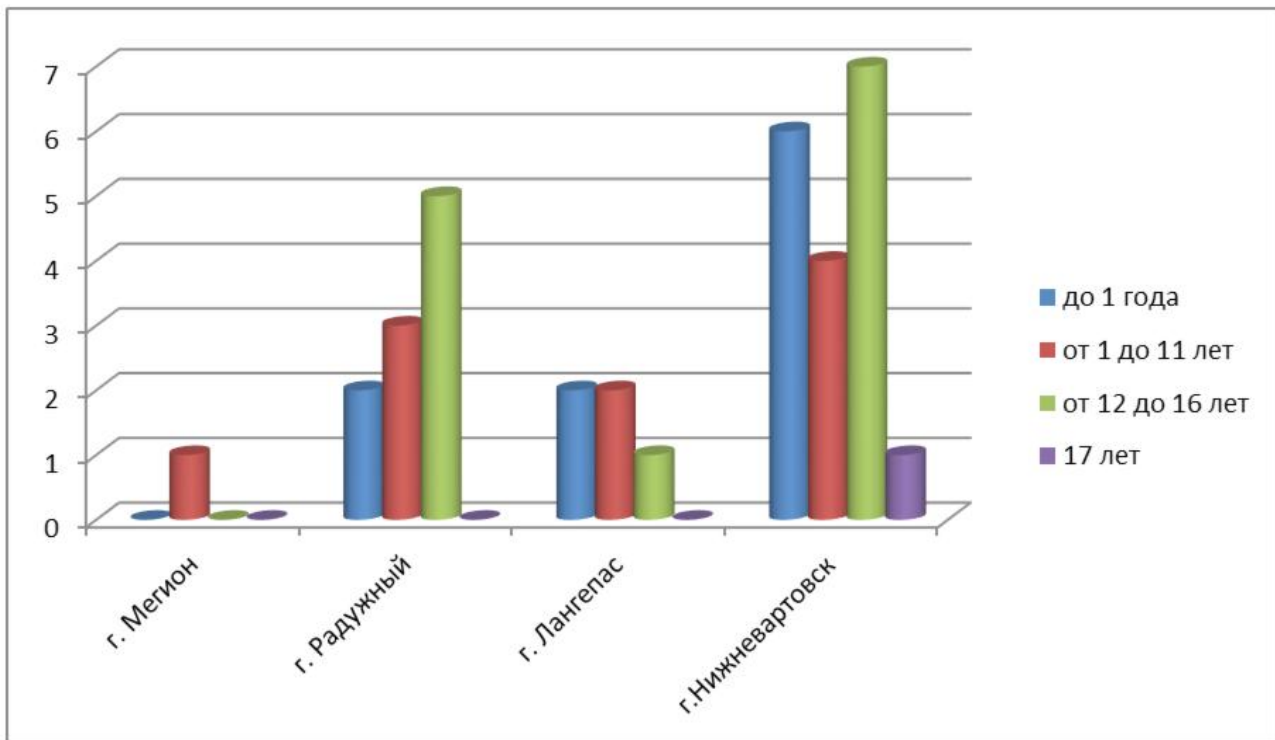


Рис. 2. Желудочки головного мозга на разрезе.

Ниже представлены диаграммы (диаграмма 1 и 2) летальных исходов по возрастной категории.

Диаграмма 1

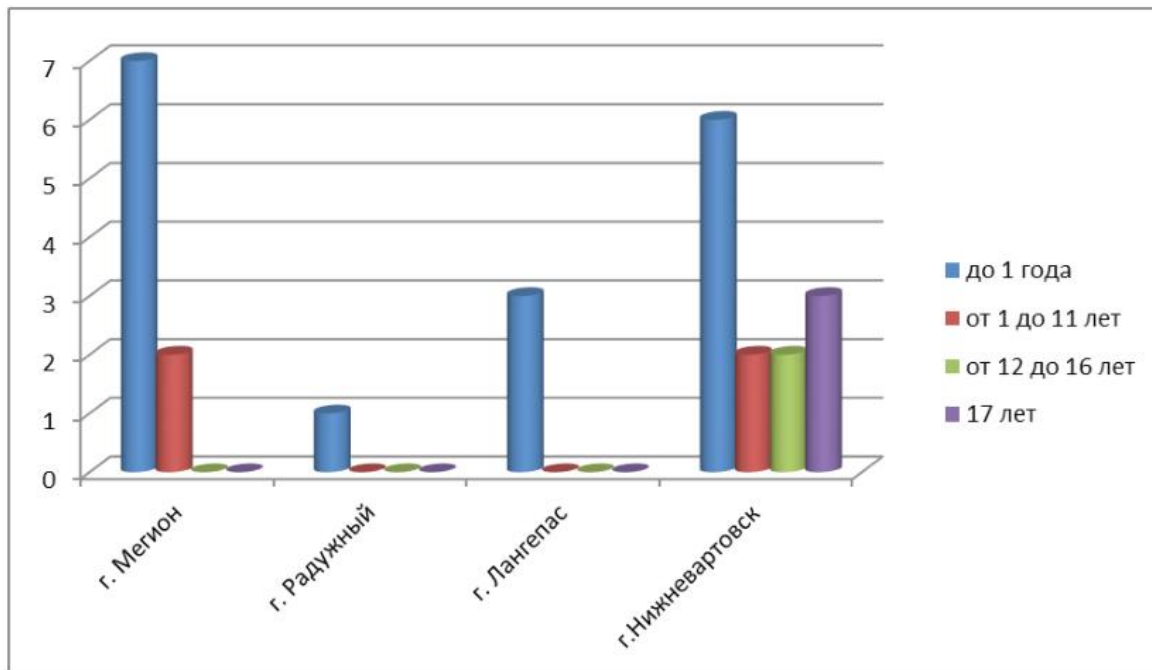
**Насильственная смерть по возрастной категории за три года**



Число летальных исходов в возрасте **до 1 года** преобладает в г. Нижневартовске – 6 случаев, в г. Лангепасе и Радужном – по 2 случая, в г. Мегионе – ни одного случая. В возрасте **от 1 до 11 лет** преобладает в г. Нижневартовске – 4 случая, в г. Радужном – 3 случая, в г. Лангепасе

– 2 случая, в г. Мегионе – 1 случай. В возрасте **от 12 до 16 лет** преобладает в г. Нижневартовске – 7 случаев, в г. Радужном – 5 случаев, в г. Лангепасе – 1 случай, в г. Мегионе – ни одного случая. В возрасте **17 лет** зафиксирован один случай в г. Нижневартовске.

### Ненасильственная смерть по возрастной категории за три года



Число летальных исходов в возрасте **до 1 года** преобладает в г. Мегионе - 7 случаев, в г. Нижневартовске - 6 случаев, в г. Лангепасе - 3 случая, в г. Радужном - 1 случай. В возрасте **от 1 до 11 лет** преобладает в гг. Нижневартовске и Мегионе - по 2 случая, в гг. Лангепасе и Радужном - ни одного случая. В возрасте **от 12 до 16 лет** преобладает в г. Нижневартовске - 2 случая, в других городах ни одного случая не зарегистрировано. В возрасте **17 лет** зафиксировано в г. Нижневартовске - 3 случая, в других городах ни одного случая не зарегистрировано.

#### Заключение

На основании вышеизложенного материала приходим к выводам, что все же на первом месте детская смертность происходит от несчастных случаев, которую можно было предотвратить, а именно усилить должный надзор за детьми всех возрастных групп; больше с детьми разговаривать и учить их как нужно вести себя в быту, на улице, во время игр, занятий спортом; повысить качество медицинской и социально-психологической помощи по месту жительства и в образовательных учреждении;

проводить широкомасштабные программы профилактики травматизма, включающие как создание безопасной среды, так и снижение рискованного поведения среди детей; профилактика употребления подростками психоактивных веществ в школе и дома, с привлечением средств массовой информации, своевременное выявление и лечение зависимости; раннее выявление семейного неблагополучия, поддержка семьи и защита детей от жестокого обращения; профилактика, раннее выявление и адекватное реагирование на случаи травли, издевательств и насилия в школе. Наибольший пик смертности приходится на возраст от 12 до 16 лет, в то время когда подростку хочется всем доказать что он уже взрослый и самостоятельный, когда хочется ему в своем кругу завоевать лидерство и прочее. И чаще это встречается среди мальчиков. Что же касается смертности от заболеваний, то тут, конечно же, большая ответственность ложится на работников здравоохранения, а именно выявление заболеваний на ранних ее этапах, диагностика и профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, своевременное проведение профилактических осмотров.

## Литература

1. Ллойд Демоз. Психоистория (глава «Эволюция детства»). – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. – 512 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.
3. Хохлов, В.В., Кузнецов, А.Е. Судебная медицина: Руководство. – Смоленск, 1998. – 800 с.
4. Судебная медицина: учеб. пособие / А.А. Ефимов, Е.Н. Савенкова, Ю.А. Неклюдов, Ю.Д. Алексеев, М.Н. Семина. – М.: Вузовский учебник, 2011. – 336 с.
5. Геппе, Н.А., Подчерняева, Н.С. Педиатрия. – М., 2008. – 465 с.
6. Кузнецов, А.Е. Судебно-медицинская экспертиза. – М, 2002. – С. 415-426, 466-467.  
© Кузьмичев Д.Е., Штрек Л.А., Скребов Р.В., Вильцев И.М., 2018

УДК 618.2

## СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР – КЛЮЧЕВЫЕ УСПЕХИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ПЕРИНАТОЛОГИИ

Перепелицкая А.Я.,

специалист по связям с общественностью  
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр».

*БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» является правопреемником Центра родовспоможения и репродукции, и уже более 20 лет развивается как современный перинатальный центр, давая возможности безопасного материнства женщинам региона, включая репродуктивные технологии в лечении бесплодия и сохраняя жизнь и здоровье.*

**Ключевые слова:** перинатальный центр, охрана материнства и детства, рождаемость

Одним из обязательных и важнейших аспектов в медицине – является повышение квалификации. Сегодня к профессионализму медицинского персонала выдвигают очень строгие и высокие требования. Основой предоставления высококвалифицированной медицинской помощи является постоянное обучение всем современным новейшим технологиям.

Специалисты активно посещают международные конгрессы, в том числе выступают с докладами, знакомятся с оборудованием, регулярно проходят обучение посредством мастер-классов на местах, а также в ведущих российских и зарубежных клиниках. Программа зарубежных стажировок стала возможной благодаря решению Правительства ХМАО-Югры, лично Губернатору округа – Комаровой Н.В. и ее вниманию к вопросам охраны материнства и детства.

По программе «Повышение квалификации специалистов с высшим медицинским образованием на базе ведущих зарубежных клиник» за 2015 – 2016 года прошли обучение 15 врачей. В 2017 году – 20 врачей и 10 среднего медицинского персонала (86 акушерок родильного отделения и 4 медицинской сестры ОРИТН).

Передовой опыт российских и зарубежных коллег, инновации – всё это анализируется и находит применение в практике Центра. Сегодня с позиций качества в Сургутском перинатальном центре отмечается 100 % родов как ретроспективно – по истории родов, так и оперативно – посредством коллегиального принятия решения по тактике ведения в процессе родов, а также с применением ресурсов видеонаблюдения.

По мнению главного врача перинатального центра, доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного врача РФ – Ларисы Белоцерковцевой, каждый успешный врач должен быть



исследователем, и горизонты профессионального развития открыты каждому сотруднику перинатального центра.

Специалисты центра также активно принимают участие в конференциях. Так, в марте 2018 года выступили организаторами и участниками Всероссийского образовательного Форума «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии» при участии вдохновителей и сопредседателей Форума – Президента Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов (АААР) Шифмана Е.М. (д.м.н., профессор) и вице-президента Куликова А.В. (д.м.н., профессор).

Конференции, организованные Перинатальным центром при участии кафедры акушерства и гинекологии Сургутского государственного университета, заведующей которой является Лариса Дмитриевна Белоцерковцева, традиционно привлекают широкий круг специалистов и практикующих врачей. Благодаря насыщенной программе, высокому уровню докладчиков и участников, актуальности вопросов гости детально знакомятся с передовым мировым опытом и технологиями в области мирового здравоохранения.

Специалисты Сургутского клинического перинатального центра активно поддерживают и творческую жизнь. В марте 2018 года на базе учреждения прошли два профессиональных конкурса мастерства: «Лучшая медицинская сестра» и «Лучшая акушерка». Творческий талант, грамотность и навыки специалистов находятся на очень высоком уровне. Соревнования проходили в несколько этапов, где можно было отметить не только уровень профессиональной подготовки медицинских работников, но и креативный подход к выполнению заданий.



Победителей конкурса наградили на торжественной церемонии при участии главного врача Белоцерковцевой Ларисы Дмитриевны: «Все конкурсантки уже являются победителями. Я еще раз убедилась, что наша профессия самая лучшая на свете! Те эмоции, что мы с вами сегодня испытали и есть прямое доказательство этому. Спасибо вам за верность профессии! 21 век – век нашей молодежи, ее успехов, достижений, и мы вам в этом будем всячески содействовать и помогать. Конечно, наша работа – это огромная ответственность перед нашими женщинами, пациентами, новорожденными детьми и семьями. Самое главное – это вкладывать человеческие качества, милосердие и высокий уровень профессионализма в свою работу. Быть всегда готовыми оказать экстренную и неотложную медицинскую помощь в любых условиях и при любых ситуациях нарушения здоровья наших пациенток. Ведь кроме этого нет ничего важнее».

Сургутский клинический перинатальный центр находится на пути к новым достижениям в деле охраны репродуктивного здоровья семьи, так как в своей деятельности активно использует современные технологии в соединении с лучшими традициями отечественного и мирового здравоохранения. Именно поэтому в 2018 году коллектив Сургутского клинического перинатального центра с воодушевлением ожидает окончания строительства нового здания. Достаточное количество площадей позволит расширить существующие подразделения центра, создать новые службы, развить новые направления медицинской помощи беременным и детям, создать современную концепцию комфортного пребывания в лечебном учреждении. В состав Центра охраны материнства и детства



войдут несколько крупных подразделений: перинатальный центр, консультативно-диагностический центр для женщин, консультативно-диагностический центр для детей до 5 лет, лечебно-диагностические, вспомогательные и иные отделения, включая симуляционно – тренировочный центр и инновационную научную лабораторию.

Центр охраны материнства и детства в Сургуте обеспечит комплексные услуги в сфере сопровождения деторождения, передового лечения и профилактики внутриутробных заболеваний, неонатальной хирургии. Общая площадь застройки – более 63 тыс. кв. метров. Возможности центра по родовспоможению – до 10 000 родов в год, что является самым большим показателем в России.

«Округ наш – огромная территория, у нас высокая рождаемость, много рождается детей с преждевременными родами, это 11-12%, и этим детям нужно предоставить качество жизни. Кроме того, есть множество состояний, которые требуют длительного мониторингования, врачебного наблюдения за этими детьми, и, более того, необходимо развивать науку, перинатологию, обучать специалистов. Все эти задачи будут решаться в Центре охраны материнства и



детства», – главный врач Сургутского клинического перинатального центра Лариса Белоцерковцева.

© Перепелицкая А.Я., 2018

## 10 ЛЕТ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ. В ОКРУЖНОМ КАРДИОДИСПАНСЕРЕ ПОДВЕЛИ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ЮГРА-КОР»

2008 год оказался беспрецедентным для югорского здравоохранения. С целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по инициативе Правительства округа и Департамента здравоохранения Югры началась реализация проекта «Югра-кор», направленного на совершенствование системы оказания неотложной помощи больным с острыми формами ишемической болезни сердца. На базе окружного кардиологического диспансера был открыт на тот момент единственный в регионе сосудистый центр. ОКД и сегодня является главным организационным звеном, которое координирует выполнение всех мероприятий «Югры-кор» и анализирует их эффективность.



По словам одного из авторов проекта «Югра-кор», главного врача окружного кардиологического диспансера **Ирины Урванцевой**, основной задачей на начальном этапе являлась разработка и внедрение стратегии оказания неотложной кардиологической помощи, создание нормативной базы, подготовка персонала скорой помощи и первичного звена, внедрение международных протоколов лечения больных с острым коронарным синдромом:

- Диагностические возможности и накопленный опыт уже тогда позволяли нам с первых минут возникновения у больного острой сердечной патологии провести весь комплекс медицинских мероприятий, включая экстренное стентирование коронарных артерий. Но, до внедрения проекта «Югра-Кор» в обозначенные сроки менее 5% больных получали высокотехнологичную неотложную помощь. Мы поставили перед собой задачу – максимально повысить доступность этого вида помощи. Эффективность лечения напрямую зависит от слаженной работы медицинского персонала на всех этапах, начиная от бригады скорой помощи до стационара, включая оперблок, реани-

мацию и последующую реабилитацию. Необходимо было достичь понимания с коллегами, что позволило работать по единым алгоритмам, одной большой командой. В экстренных ситуациях недопустимы даже малейшие задержки и сбои в работе, на счету каждая минута, ведь речь идет о спасении человеческой жизни!»

Успех проекта «Югра-кор» был ошеломительным. Уже к 2009 году летальность от острого инфаркта миокарда в округе снизилась с 10,3% до 8,6%, стремительно росли объемы неотложной высокотехнологичной медицинской помощи – на 20-30% ежегодно. Проект получил широкую известность не только в России, но и среди зарубежных коллег-кардиологов. С 2011 года проект «Югра-кор», доказавший свою высокую медико-социальную и экономическую эффективность, продолжил свое дальнейшее существование уже в рамках окружной целевой программы «Развитие здравоохранения на 2014 - 2020 годы».

Сегодня округ входит в пятерку регионов с самой низкой смертностью от сердечно-сосу-



дистых заболеваний. И в этом нельзя не отметить заслугу проекта «Югра-кор». Всего же за время действия программы более **14,5 тысяч больных**, переживших острую сердечную патологию, получили высококвалифицированную специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в региональных сосудистых центрах. В 2017 году почти 80% больных с инфарктом миокарда в округе были пролечены с применением инвазивных технологий – стентирования коронарных артерий или коронарного шунтирования. Показатель летальности от инфаркта миокарда в округе составляет 7,7% и является одним из самых низких в стране.



В настоящее время в округе успешно работают уже 4 региональных сосудистых центра (РСЦ), созданных на базе крупных окружных больниц Ханты-Мансийска, Нягани и Нижневартовска, за которыми территориально закреплены муниципальные образования округа со 100% охватом всего населения Югры. Функцию головного сосудистого центра по-прежнему выполняет Окружной кардиологический диспансер (г. Сургут).

Ирина Урванцева отмечает:

- Качество оказания неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при остром коронарном синдроме для жителей округа из года в год повышается. Каждый пациент, поступивший в любой из стационаров Югры с подозрением на инфаркт миокарда, вне зависимости от места жительства, возраста, тяжести состояния и сопутствующих заболеваний должен быть проконсультирован врачом - кардиологом кардиологического дистанционно-консультационно-

го пункта. При подтверждении диагноза его в неотложном порядке переведут в ближайший региональный сосудистый центр для оказания высокотехнологичной помощи.

К слову, КДКП – это одно из последних ноу-хау, внедренных специалистами Окружного кардиодиспансера. Работа кардиологических дистанционно-консультационных пунктов, которых в Югре всего пять, не прекращается ни на минуту. Кардиологи круглосуточно консультируют коллег из других городов Югры по тактике ведения и срокам перевода в Региональный сосудистый центр. В 2017 году было проведено более 2500 дистанционных консультаций. В региональные сосудистые центры направлено почти 2000 пациентов, из них более 700 больных транспортировано посредством санитарной авиации Центра медицины катастроф.

Окружной кардиологический диспансер вносит огромный вклад в общий объем высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной больным с острым коронарным синдромом в округе. Более 60% от числа всех пациентов были прооперированы именно в ОКД.

- По данным проведенного анализа, основанного на наблюдении в течение года за больными, перенесшими инфаркт миокарда, использование инвазивных технологий (стентирование коронарных артерий или аортокоронарное шунтирование) позволяет более чем в 2 раза снизить частоту рецидивов стенокардии, в 2,5 раза уменьшить вероятность повторных инфарктов и в 6 раз снизить смертность в течение года после лечения, – отмечает главный кардиолог Югры Ирина Урванцева. – Большинство пациентов с острым коронарным синдромом – это люди трудоспособного возраста, 85% из них могут вернуться к работе и полноценно жить именно благодаря своевременно оказанной помощи.

В планах организаторов и участников программы «Югра-кор» госпитализация в Региональные сосудистые центры всех пациентов с инфарктом миокарда в округе. Следовательно, достигнутые показателикратно возрастут.

- Что значит «Югра-кор»? Слово «cor» в переводе с латыни – «сердце». Кроме того, что это



главный орган человеческого организма, сердцем зачастую называют центр любого процесса, то, на чем все основывается, что является незаменимой движущей силой. Так и этот проект. Благодаря имеющимся ресурсам, опыту и профессионализму врачей, сплоченности специалистов и следованию единой цели – спасение жизней югорчан, программа «Югра-кор» и спустя 10 лет является жизнедеятельным и центральным звеном в системе оказания экстренной высокотехнологичной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, – резюмировала главный врач Окружного кардиологического диспансера Ирина Урванцева.



**ВЛИЯНИЕ ЗАМУЖЕСТВА НА АУТОАГРЕССИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СТУДЕНТОК****Байкова М.А.,**

аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России,

**Алексеева А.Ю.,**

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

*Статья посвящена изучению влияния существующих брачных отношений девушек, обучающихся в ВУЗе на их суицидологический профиль. В ходе работы выявлено увеличение в два и более раз показателей несуйцидальных агрессивных паттернов поведения среди замужних респонденток на фоне явной благополучности данной группы в отношении классических аутоагрессивных феноменов. При сравнении личностно-психологических характеристик в тех же группах не было обнаружено статистически достоверных различий. Отличия в показателях некоторых родительских посланий позволяют сделать предположения о причинах, лежащих в основе повышения показателей несуйцидальных агрессивных паттернов в группе замужних студенток. Исследование данных вопросов в дальнейшем позволит создать превентивные методики, эффективные терапевтические и профилактические модели возможной психокоррекции обнаруживаемых нарушений, а так же выявить наиболее значимые для терапии точки психотерапевтического воздействия.*

**Ключевые слова:** брачные отношения, аутоагрессивное поведение, суицидология

**Введение**

Известно, что молодые незамужние женщины являются группой с высоким уровнем классических аутоагрессивных паттернов [1-5], они же, в свою очередь, являются в перспективе «материалом» для образования различных вариантов как конструктивных, так и деструктивных браков [6-8]. Брак наиболее часто продолжает рассматриваться как некая нормативная структура человеческих отношений, хотя в последнее время появляется все больше публикаций, описывающих феномен «больной» семьи [9, 10].

При вступлении в брак, происходит своеобразное распределение молодых незамужних женщин относительно добрачного уровня аутоагрессивности на, как минимум, две полярные группы – с высокой базальной аутоагрессивностью и с более низкой, либо отсутствующей [6, 11].

Также существует мнение, что для молодых незамужних женщин с высокой добрачной аутоагрессивностью возможен вариант относительно благополучного брака при спонтанном, либо терапевтическом подавлении аутоагрессивного радикала, что находит подтверждение в более благополучном состоянии аутодеструктивной сферы жен мужчин, не болеющих алкоголизмом [12, 13].

Однако можно ли предположить, что подобная модель перераспределения базовой аутоагрессивности [14, 15] применима к более молодой возрастной группе (девушки-студентки) и происходит ли подавление аутодеструктивных форм поведения при вступлении в, еще не дифференцированный в отношении уровня внутрисемейной аутоагрессивности, брак.

**Цель исследования**

Выяснить, влияет ли «раннее» вступление в брак среди девушек-студенток на их суицидологический профиль. Другими словами, мы решили проверить устоявшееся, бытийно-житейское мнение, что брак должен «нивелировать» добрачные, отклоняющиеся от некоей нормы, паттерны поведения, в том числе и аутоагрессивные.

**Материалы и методы**

Для осуществления поставленных задач было обследовано 215 студенток (30 – замужних и 185 – незамужних) методом анкетирования. Возраст респонденток составил: среди замужних студенток –  $21,53 \pm 0,19$  года; среди незамужних –  $20,96 \pm 0,11$  лет. Все девушки являлись студентками старших курсов ВУЗа.

Таким образом, сравниваемые группы сопоставимы по возрастным, образовательным и социальным характеристикам.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [6, 10].

Статистический анализ и обработка данных проводились посредством параметрических и непараметрических методов математической

статистики на базе компьютерных программ Microsoft Excel 2010 (использовался критерий Стьюдента), а также STATISTICA 7 (использовались метод  $\chi^2$ , а также  $\chi^2$  с поправкой Йетса).

### Результаты и их обсуждение

Показатели суицидальных паттернов среди замужних и незамужних девушек-студенток представлены в таблице 1.

Таблица 1

#### Сравнение суицидальных паттернов среди замужних и незамужних девушек-студенток (приведены пара сравнений с $p \leq 0,05$ )

Признак	Замужние студентки	Незамужние студентки
Наличие суицидальной попытки	0%	7%
Наличие суицидальных мыслей	3%	16%

Из представленных данных видно, что среди незамужних студенток процент пытавшихся совершить суицид девушек заметно выше – 7%, как и количество девушек, сообщивших о су-

ицидальных мыслях в течение последних двух лет – 16%.

Представленность несуйцидальных агрессивных паттернов отражена в таблице 2.

Таблица 2

#### Основные отличия в профиле несуйцидальных агрессивных паттернов у замужних и незамужних девушек-студенток (пары сравнений с $p \leq 0,05$ )

Признак	Замужние студентки	Незамужние студентки
Наличие ЧМТ	20%	3%
Наличие несчастных случаев	47%	21%
Подверженность обворовываниям	40%	20%

Отметим заметно высокую частоту рискованно-виктимных феноменов, характеризующих замужних девушек: количество ЧМТ среди них в шесть раз выше, нежели во второй группе. Та же тенденция заметна в отношении несчастных случаев и обворовываний, что может говорить о достаточно высоком общем аутоагрессивном потенциале, не находящем реализацию в виде классических суицидальных форм. Что на наш взгляд, является весьма неожиданной находкой, поскольку несуйцидальные феномены в большинстве случаев сочетаются с суицидальными [4, 6, 12].

Таким образом, мы можем говорить о социально приемлемых формах реализации личностной аутодеструктивности [6]. Основные

отличия между группами в отношении предикторов аутоагрессивного поведения отражены в таблице 3.

При анализе полученных данных следует отметить, что в группе замужних девушек выше следующие показатели, являющиеся своеобразными «маркерами» данной выборки: наличие комплекса неполноценности – 53%, стремление к компенсации которого может являться одним из факторов, влияющих на вступление в «ранний» брак и уверенность, что их будут помнить после смерти – 27%, что объяснимо смыслообразующей ролью брака и семьи, возможностью появления в недалеком будущем детей [3, 4]. Данное наблюдение с легкостью подтверждают респон-

**Сравнение предикторов аутоагрессивного поведения у замужних и незамужних девушек-студенток (приведены пара сравнений с  $p \leq 0,05$ )**

Признак	Замужние студентки	Незамужние студентки
Навязчивое переживание чувства стыда и идей виновности в анамнезе	7%	22%
Периоды депрессии	27%	53%
Моменты безысходности	13%	37%
Наличие комплекса неполноценности	53%	31%
Уверенность, что будут помнить после смерти	27%	11%

дентки группы при их непосредственном интервьюировании.

По всем остальным значениям «индикаторов» потенциального аутоагрессивного поведения гораздо более неблагоприятны незамужние респондентки. Отметим, что в основном это касается наиболее значимых в суицидологической практике предикторов [2, 6, 10, 16-18]: моментов острых депрессивных реакций, моментов безысходности, чувств стыда и вины.

### Выводы

Таким образом, вступление в «ранний», или, по сути, в своевременный брак является своеобразным буфером, защищающим девушку от, вероятно, изначально высокого уровня аутоагрессивности.

Раннее замужество выполняет смыслообразующую, фиксирующую «здесь и сейчас» функцию, что связано с созданием семьи, новой социальной ролью.

Можно утверждать, что замужество на «раннем» этапе существования существенно снижает аутоагрессивную активность личности, приводя к ее стабилизации, улучшает социальную адаптацию. Что либо сохраняется на длительный срок – в случае конструктивных форм функционирования семейного института, либо носит временный характер – в случае деструктивных брачных отношений.

### Литература

1. Зотов, П.Б., Уманский, С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
2. Зотов, П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 3. – С. 35-37.
3. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – Том 16. – С. 20-21.
4. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – № 2. – С. 67-71.
5. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – № 1. – С. 86-91.
6. Меринов, А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. - ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – СПб: «Экспертные решения», 2017. – 192 с.
7. Меринов, А.В., Бычкова, Т.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Меринов, Н.Л. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях // Суицидология. – 2015. – Т. 6. – № 2. – С. 54-58.
8. Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Байкова, М.А., Филиппова, М.Д., Меринов, Н.Л., Юрченко, А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая характеристики // Суицидология. – 2015. – Т. 6. – № 3 (20). – С. 49-54.
9. Зотов, П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – № 2. – С. 58-63.

10. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. – Автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.
11. Меринов, А.В., Меденцева, Т.А. Особенности психотерапии алкогольной зависимости с учетом варианта семейной динамики // Вопросы наркологии. – 2017. – №12. – С. 16-22.
12. Сомкина, О.Ю., Меринов, А.В., Байкова, М.А., Лукашук, А.В., Цуканова, И.С. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью // Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – № 1 (85). – Том 17. – С. 112-116.
13. Меринов, А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – Т. 10. – № 8 (116). – С. 72-77.
14. Меринов, А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристика супругов в семьях мужчин, страдающих алкоголизмом, в зависимости от варианта брачной динамики // Суицидология. – 2013. – № 2 (11). – Том 4. – С. 25-35.
15. Меринов, А.В. Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с вторично открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – № 4 (17). – Том 5. – С. 43-51.
16. Vaulin, S.V., Alexeeva, M.V. The analysis of teenagers suicide cases: Abstract of Thematic Conference «Mental Health and Mental Illness: Focusing on Eurasia», August 29-31, 2013 / // Armenian Journal of Mental Health, 2013 – Vol. 4 (suppl.1). – P.90-91.
17. Ваулин, С.В., Алексеева, М.В. Факторы, определяющие тактику и стратегию оказания помощи лицам, совершившим суицидальную попытку // Психическое здоровье. – 2009. – № 7. – С. 21-28.
18. Лапицкий, М.А., Ваулин, С.В. Суицидальное поведение. – Смоленск: СГМА МЗ РФ, 2000. – 156 с.

© Байкова М.А., Алексеева А.Ю., 2018

УДК 614.2

## ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЦЕНЫ АЛКОГОЛЯ НА УРОВЕНЬ ЕГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Разводовский Ю.Е.,

к.м.н., старший научный сотрудник

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*В ряде исследований было показано, что снижение экономической доступности алкоголя посредством увеличения цены является одной из самых эффективных стратегий алкогольной политики, направленной на снижение уровня связанных с алкоголем проблем. Целью настоящей работы было изучение связи между ценой на водку и уровнем продажи водки, уровнем продажи алкоголя, общим уровнем потребления алкоголя, а также уровнем потребления незарегистрированного алкоголя. Материалы и методы: В сравнительном аспекте была проанализирована динамика цены на водку и динамика уровня продажи водки, уровня продажи алкоголя, общего уровня потребления алкоголя, а также уровня потребления незарегистрированного алкоголя в период с 2008 по 2015 гг. Результаты: Корреляционный анализ Спирмана выявил существование статистически значимой обратной связи между динамикой цены на водку и динамикой общего уровня потребления алкоголя. Связь между ценой на водку и уровнем продажи водки, а также уровнем продажи алкоголя также негативная, хотя она статистически и не значима. Выводы: Результаты настоящего исследования говорят о том, что потребительский спрос на алкоголь чувствителен к цене на алкогольную продукцию. Это значит, что снижение экономической доступности алкоголя путем повышения цены является перспективной опцией государственной алкогольной политики. При этом следует учитывать возможные негативные последствия данной стратегии, заключающиеся в росте уровня потребления незарегистрированного алкоголя.*

**Ключевые слова:** цена, алкоголь, потребление алкоголя

### Введение

Алкоголь является главным фактором так называемого «кризиса смертности», отмечав-

шегося в 90-х гг. прошлого века [1-11]. В частности, высокий общий уровень потребления алкоголя, наряду с так называемым «фестиваль-

ным» стилем его потребления связывают с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности, а также смертности в результате острого алкогольного отравления [12-16].

В ряде исследований было показано, что снижение экономической доступности алкоголя посредством увеличения цены является одной из самых эффективных стратегий алкогольной политики, направленной на снижение уровня связанных с алкоголем проблем [17, 18]. В рамках гармонизации акцизной политики внутри единого экономического пространства (ЕЭП), в частности в Беларуси, на протяжении последнего десятилетия ежегодно повышались акцизы на алкоголь, что привело к существенному подорожанию алкогольной продукции [19-21]. В одном из предыдущих исследований был сделан вывод, что снижение доступности алкоголя явилось основной причиной снижения уровня связанной с алкоголем смертности [21].

Целью настоящей работы было изучение связи между ценой на водку и уровнем продажи водки, уровнем продажи алкоголя, общим уровнем потребления алкоголя, а также уровнем потребления незарегистрированного алкоголя.

**Материалы и методы**

В сравнительном аспекте была проанализирована динамика цены на водку и динамика

уровня продажи водки, уровня продажи алкоголя, общего уровня потребления алкоголя, а также уровня потребления незарегистрированного алкоголя в период с 2008 по 2015 гг. Данные уровня цен на водку, уровня продажи водки, уровня продажи алкоголя (в литрах на душу населения) получены из официальных публикаций. Общий уровень потребления алкоголя рассчитан с помощью непрямого метода с использованием уровня заболеваемости алкогольными психозами [21]. Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”.

**Результаты**

В рассматриваемый период цена на водку выросла в 10,1 раза (с 12,7 до 128,3 рублей за литр, без учета инфляции), уровень продажи водки снизился на 25,9% (с 5,9 до 4,3 литров), общий уровень продажи снизился на 27,4% (с 12,4 до 9,0 литра), общий уровень потребления алкоголя снизился на 13,3% (с 16,1 до 13,3 литра), в то время как уровень потребления незарегистрированного алкоголя вырос на 16,2% (с 3,7 до 4,3 литра).

Динамика изучаемых показателей представлена на рисунке 1.

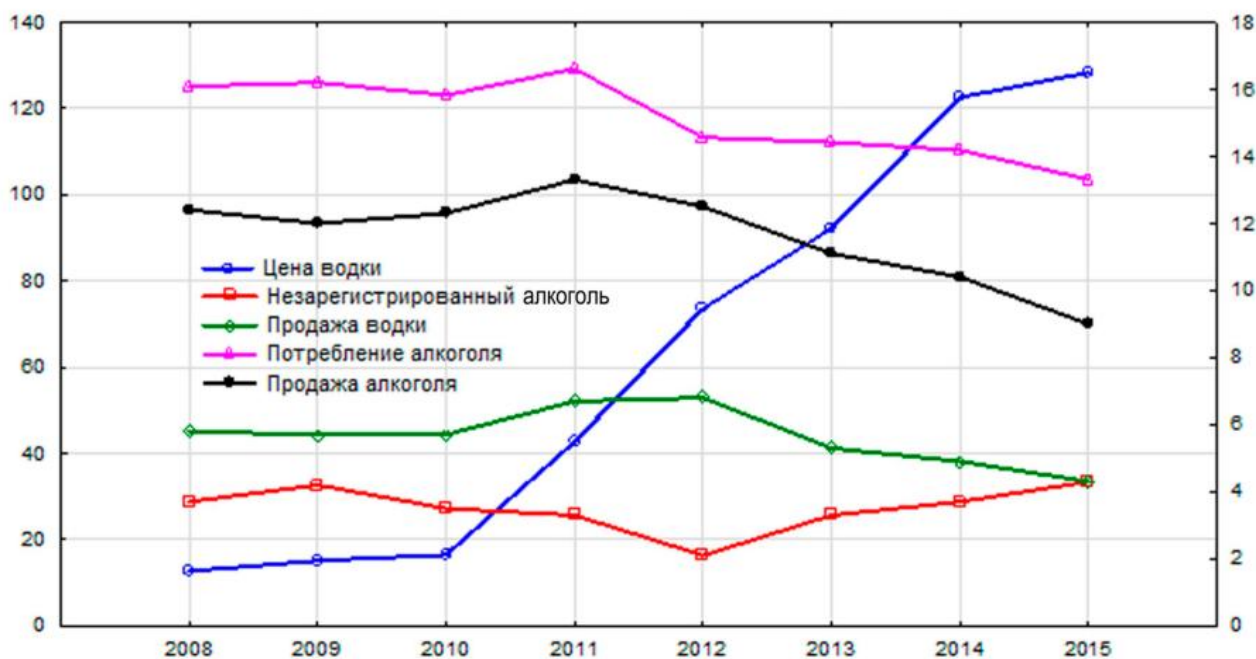


Рис. 1. Динамика уровня цены на водку (левая шкала), уровня продажи водки (правая шкала), общего уровня продажи алкоголя (правая шкала), общего уровня потребления алкоголя (правая шкала) в период с 2008 по 2015 гг.

Графические данные говорят о том, что резкий рост цены на водку, начавшийся в 2011 г. сопровождался существенным снижением уровня продажи алкоголя, а также общего уровня потребления алкоголя. Начиная с 2012 г. стал также снижаться уровень продажи водки, в то время как уровень потребления незарегистрированного алкоголя стал расти.

Результаты корреляционного анализа Спирмана выявили существование статистически значимой обратной связи между динамикой цены на водку и динамикой общего уровня потребления алкоголя. Связь между ценой на водку и уровнем продажи водки, а также уровнем продажи алкоголя также негативная, хотя она статистически и не значима (Табл. 1).

Таблица 1

### Результаты корреляционного анализа цены на водку с ее потреблением

Показатель	Цена на водку	
	r	p
Продажа водки	-0.61	0.107
Продажа алкоголя	-0.62	0.102
Общий уровень потребления	-0.83	0.012
Незарегистрированный алкоголь	0.048	0.909

Отсутствие статистической значимости между данными показателями, по всей видимости, объясняется небольшим количеством наблюдений.

#### Обсуждение

Результаты настоящего исследования выявили обратную связь между ценой на водку и уровнем ее продажи, уровнем продажи алкоголя, а также общим уровнем потребления алкоголя. Полученные данные позволяют говорить о том, что значительное повышение цены на водку было основным драйвером снижения уровня потребления алкоголя в период с 2011 по 2015 гг.

Таким образом, подтверждается общая закономерность, показанная в целом ряде исследований, согласно которой повышение цены на алкогольную продукцию приводит к снижению уровня ее потребления [17, 18].

Исторический опыт свидетельствует о том, что попытки государства ограничить физическую и экономическую доступность алкоголя приводят к росту уровня потребления незарегистрированного алкоголя. Результаты опроса населения Беларуси показали, что при подорожании водки 29,2% мужчин и 53,3% женщин снизят уровень ее потребления, в то время как 50,0% мужчин и 15,3% женщин станут употреблять самогон [21]. Поэтому рост уровня потребления незарегистрированного алкоголя, отмечавшийся в 2013-2015 гг. был вполне пред-

сказуем, поскольку полностью соответствует историческому опыту и результатам опроса населения.

Дополнительным фактором роста уровня потребления незарегистрированного алкоголя в 2015 г. было снижение реальных доходов населения в связи с начавшимся экономическим кризисом. Изменение предпочтения в пользу более дешевых алкогольных напитков, а также их суррогатов при снижении уровня доходов является хорошо известным феноменом [21].

Согласно результатам социологического опроса 25,6% мужчин и 47,2% женщин декларировали намерение снизить потребление алкоголя при снижении уровня доходов, в то время как 55,1% мужчин и 19,4% женщин в этой ситуации намерены переключиться на более дешевый алкоголь.

#### Выводы

Результаты настоящего исследования говорят о том, что потребительский спрос на алкоголь чувствителен к цене на алкогольную продукцию. Это значит, что снижение доступности алкоголя путем снижения его экономической доступности является перспективной опцией государственной алкогольной политики.

При этом следует учитывать возможные негативные последствия данной стратегии, заключающиеся в росте уровня потребления незарегистрированного алкоголя. Поэтому целостная алкогольная политика должна сочетать в себе



Более **1500**  
врачей

получили доступ к международной  
«базе знаний»

из **85**  
медицинских  
организаций  
ХМАО-Югры



Ежедневно врачами  
формируется более  
**700** поисковых  
запросов



просматривается около

**1200** (статей)  
рекомендаций к

принятию  
врачебного  
решения



Система помощи принятия решений используется в клиниках Финляндии (95% финских врачей используют её ежедневно), Германии, Эстонии, Австрии, Бельгии, Франции, Дании, Великобритании, Италии, Индии, Турции, Канады и США.

Основной целью ресурса является повышение качества оказания медицинской помощи за счет более правильной постановки диагноза. Над этим ресурсом постоянно работают 40 сотрудников DUODECIM и в качестве авторов 300 авторитетных финских врачей-специалистов уровня докторов наук. Сегодня эти рекомендации признаны лучшими в мире для врачей общей практики. Это единственные зарубежные рекомендации, имеющие национальный британский сертификат NHS (National Health Service).

На сегодняшний день это единственная в России локализованная система на базе доказательной медицины DUODECIM.

**60**

секунд

Международная редакция системы поддержки врачебных решений непрерывно изучает, оценивает, отбирает и упорядочивает новую информацию по диагностике и лечению и ставит целью дать врачу необходимую информацию за одну минуту.

АЛГОМ — это адаптированная для России в сотрудничестве с Первым МГМУ им. И. М. Сеченова международная система EBMG (Evidence-Based Medicine Guidelines), созданная Финским медицинским научным обществом DUODECIM на основе данных Cochrane Library, MedLine и PubMed.



Охватывает  
все специальности  
первичного звена



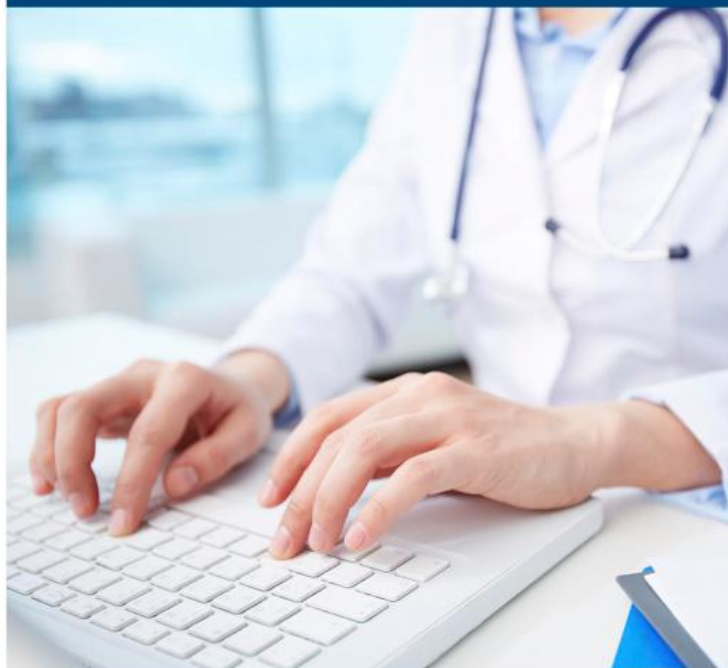
Соответствует  
рекомендациям  
Минздрава РФ



Используется  
даже во время  
приема пациентов

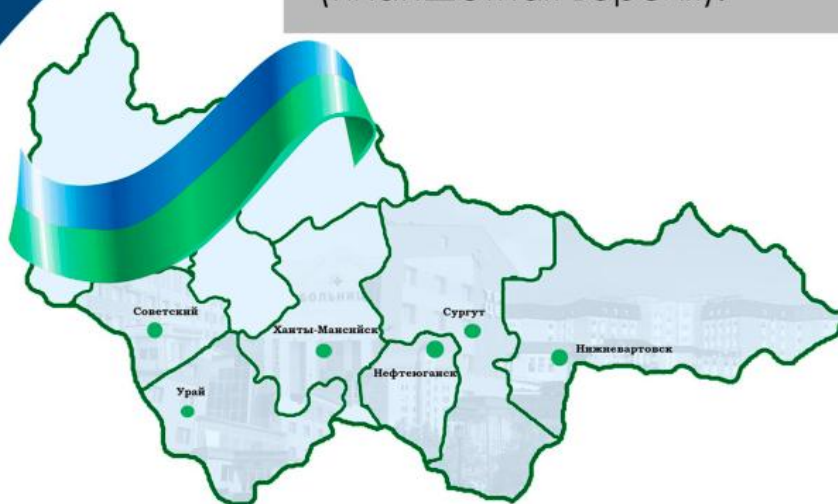


База знаний «АЛГОМ» содержит более 1.000 клинических руководств по синдромам, симптомам и нозологическим формам (они охватывают 67 областей медицины), более 4.000 резюме доказательств на основе данных Cochrane Library и PubMed, подтверждающих утверждения, находящиеся в руководствах, 1093 фотографии кожных болезней, 56 изображений болезней глаз, а также рисунки электрокардиограммы, фонограммы, рентгенограммы и снимки ультразвуковых исследований, 83 видеозаписи методов исследований и процедур, таких как различные инъекционные методики или вправления вывихов, 77 аудиозаписей аускультации легких и сердца при различных поражениях, 14 калькуляторов (например, пиковой скорости выдоха, расчета скорости клубочковой фильтрации и других).



БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» обеспечил внедрение системы принятия врачебных решений АЛГОМ в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

К концу 2018 года будет реализовано еще два проекта по развитию системы: первый проект подразумевает интеграцию с медицинскими информационными системами, используемыми на территории округа, второй проект посвящен внедрению системы и ее адаптации для бригад станций скорой медицинской помощи (планшетная версия).



мероприятия по снижению доступности алкоголя с мерами по снижению спроса на него.

Учитывая высокий уровень потребления незарегистрированного алкоголя, а также значительный риск для здоровья, ассоциирующийся с его потреблением, актуальной задачей государства является борьба с теневым рынком алкоголя.

### Литература

1. Razvodovsky, Y.E., Stickley, A. The level and structure of alcohol-related mortality in Grodno, Belarus // *Alcoholism*. 2007. – Vol 43. – №2. – P. 91-103.
2. Razvodovsky, Y.E. Aggregate level beverage specific effect of alcohol sale on myocardial infarction mortality rate // *Adicciones*. – 2009. – Vol.21. – № 3. – P. 229-238.
3. Moskalewicz, J., Razvodovsky, Y.E., Wiczorek, P. East-West disparities in alcohol-related harm. // *Alcoholism and Drug Addiction*. – 2016. – Vol. 29. – P. 209-222.
4. Razvodovsky, Y.E. Alcohol attributable mortality in Belarus // *Alcoholism*. – 2012. – Vol.48. – № 1. – P. 13-22.
5. Razvodovsky, Y.E. Alcohol and suicide in Belarus // *Psychiatria Danubina*. – 2009. – Vol 21. – № 3. – P. 290-296.
6. Razvodovsky, Y.E. Dynamics of alcohol consumption per capita and different mortality types in Belarus in 1970-1999 // *Alcologia*. – 2001. – Vol.13. – № 1. – P. 33-37.
7. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис...канд. мед. наук / А.В. Меринов. – М., 2001. – 21 с.
8. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // *Наркология*. – 2010. – № 5. – С. 59-63.
9. Меринов, А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью / А.В. Меринов // *Наркология*. – 2011. – Т. 10. – № 8 (116). – С. 72-77.
10. Меринов, А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) / А.В. Меринов // *Суицидология*. – 2012. – Т. 3. – № 3 (8). – С. 15-19.
11. Меденцева, Т.А., Меринов, А.В. О связи гетеро- и аутоагрессии у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // *Вопросы наркологии*. – 2017. – №6. – С. 78-79.
12. Stickley, A., Razvodovsky, Y. Alcohol Poisoning in Belarus: A Comparison of Urban-Rural Trends, 1990-2005 // *Alcohol Alcoholism*. – 2009. – Vol. 44. – № 3. – P. 326-331.
13. Norström, T., Razvodovsky, Y.E. Per capita alcohol consumption and alcohol related harm in Belarus, 1970–2005. // *Eur. J. Public Health*. – 2010. – Vol. 20. – № 5. – P. 564-568.
14. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом // *Российский психиатрический журнал*. – 2002. – № 3. – С. 58-61.
15. Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Байкова, М.А., Филиппова, М.Д., Меринов, Н.Л., Юрченко, А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая характеристики // *Суицидология*. – 2015. – № 3 (20). – С. 49-54.
16. Сомкина, О.Ю., Меринов, А.В., Байкова, М.А., Лукашук, А.В., Цуканова, И.С. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2016. – № 1 (85). – Том 17. – С. 112-116.
17. Razvodovsky, Y.E. Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus // *Adicciones*. – 2013. – Vol. 25. – № 2. – P. 156–162.
18. Chaloupka, FJ, Grossman, M, Saffer, H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems // *Alcohol Res Health*. – 2002. – Vol.26, № 1. – P. 22-34.
19. Razvodovsky, Y.E. Current alcohol policy in the Republic of Belarus // *Questions of Organization and Informatization of Public Health*. – 2011. – Vol. 3. – P. 38-45.
20. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2016. – №1. – С. 35-42.
21. Razvodovsky, Y.E., Stickley, A., Koyanagi, A. Hazardous drinking among rural residents in Belarus // *Journal of Alcoholism and Drug Dependence*. – 2016. – Vol. 4. – № 6. – P. 2-5.

© Разводовский Ю.Е., 2018

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

**Шелюк О.Н.,**

медицинский психолог БУ «Сургутская  
клиническая психоневрологическая больница»

*Термин «Интернет-зависимость» предложил доктор И. Голдберг в 1995 году для описания патологической, непреодолимой тяги к использованию Интернет. Такая непреодолимая тяга становится похожей на различные нехимические зависимости, будь то шопоголизм или патологическое увлечение экстремальными видами спорта.*

**Ключевые слова:** интернет-зависимость, подростки, нехимические зависимости

Одним из важнейших нюансов, отличающих интернет-зависимость от других, является значительный риск её формирования у подростков примерно от 12 до 16 лет. Склонность детей такого возраста к быстрому «впитыванию» всего нового, интересного в сочетании с другими негативными факторами и дают высокую степень увлеченности компьютером в разных его проявлениях.

Обобщая исследования многих авторов за несколько лет изучения проблемы интернет-зависимости, можно примерно обрисовать общие условия, в которых возможно формирование пагубного увлечения.

Одним из первых факторов часто называется сниженный уровень волевого потенциала. Другими словами, несамостоятельный ребёнок, привыкший к тому, что его ограничивают другие, указывают, где и во сколько ему быть, начать и следовать, скорее столкнётся с зависимостью от компьютера, так как не умеет рационально распоряжаться своим временем. Он не может правильно расставить приоритеты при выполнении повседневных дел, испытывает сложности при необходимости контролировать себя самостоятельно. Родители, слишком много и часто берущие на себя роль руководителя, и считающие, что могут распоряжаться временем ребёнка, оставляют тем самым его в этом состоянии – дитя, нуждающееся в контроле и поминутном одёргивании.



Оборотной стороной тотального контроля, приводящей к увлечению интернет-ресурсами, является попустительское отношение родителей к тому, чем и с кем занят их ребёнок, как он проводит своё время. В суете жизни такие родители предпочитают дать необходимую, с их точки зрения, материальную базу (в виде компьютера, всевозможных гаджетов, игровых приставок и т.д.) в надежде, что ребёнок сумеет верно распорядиться этими благами и займёт себя самостоятельно. Однако на деле дети, предоставленные сами себе в сочетании с недостатком внимания от самых близких людей, замещают живое общение различными видами деятельности в сети интернет.

Вообще отсутствие полноценного контакта со значимым взрослым в целом способствует формированию компьютерной зависимости. Подростки, начиная сталкиваться с реалиями «взрослой» жизни и не найдя поддержки в своём окружении, могут уходить в виртуальную реальность (особенно сетевые игры) с её ясными и понятными правилами, героями и возможностью начать всё сначала в случае чего. Решение жизненных задач оказывается не по силам ребёнку, но об этом родители задумываются нечасто.

Чаще родителям в глаза бросается неумение их детей общаться, налаживать плодотворный контакт с окружающими, делиться своими переживаниями. Низкая сформированность

коммуникативных навыков может привести к интернет-зависимости в силу лёгкости организации общения в сети: достаточно зарегистрироваться в любом виртуальном сообществе, и, используя знаковую форму вместо живых эмоций, пытаться поговорить с возможностью быстрого прекращения диалога в случае неудачи.

Общая обезличенность сетевого общения, широкие возможности предстать каким-то другим человеком, личностью особенно увлекают неуспешных в социальном плане подростков: отвергаемых, изолируемых по ряду личных обстоятельств в своей референтной группе. Присовокупив несуществующие детали к своему выбранному и смоделированному «идеальному» образу, дети опять же общаются, пытаются реализоваться виртуально. Однако такие попытки не способствуют выходу в реальный мир, а лишь усугубляют разницу между наличным «Я» и демонстрируемым в сети.

Бывает, что общение в реальном мире у ребёнка присутствует вполне, есть близкие друзья, значимые ровесники. Иногда чувство сопричастия, единения с такими друзьями заставляет подростка подражать их привычкам, в том числе увлечённости компьютерными играми, например. Боясь быть отвергнутым, непонятым в своей группе, ребёнок копирует поведение уже зависимых подростков и попадает на ту же удочку.

Закономерно, что меньше шансов стать интернет-зависимым у ребёнка с увлечениями, не связанными вообще с компьютером как явлением. Различные кружки по интересам, спортивные секции, досуговые центры; наличие домашнего животного, требующего своей доли заботы и тепла; совместное семейное время пре-



провождение. Спокойное демократичное отношение родителей к взрослому ребёнку, их дозированная заинтересованность делами и переживаниями детей также помогают понять, что в мире есть реальные взаимоотношения, полезная деятельность и масса всего интересного, лежащего за пределами интернет-сети, а сам интернет только средство для решения некоторой – малой! – части возникающих вопросов. Вредна не игра, а пустота в жизни подростка, которую ему нечем заполнить.

### Литература

1. Радионова, М.С. Психологические аспекты интернет-аддикции: Интернет-аддикция и трудности межличностного общения – <http://banderus2.narod.ru/85181.html>.
2. Акутина, С.П., Хрустова, Е.С. Интернет-зависимость как фактор социально-психологического влияния на современную молодежь – <http://vestnik-rzi.ru/2014/11/2537>.
3. Дмитриева, У.М. Увлечение или диагноз? Психологическое сопровождение проблемы компьютерной зависимости – <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200800205>.

© Шелюк О.Н., 2018

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИВЕРМЕКТИНА В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

Пониц Е.С.,

главный врач БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»

Савостеева М.С.,

врач-дерматовенеролог стационарного отделения

БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер»

*В статье освещены основные особенности этиологии, эпидемиологии и клинической карты розацеа. Проведен анализ эффективности ивермектина в лечении заболевания. На основании данных клинических исследований авторами сделан вывод о высокой результативности и хорошей переносимости ивермектина при лечении розацеа.*

**Ключевые слова:** розацеа, ивермектин

Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папулопустулезных элементов с периодами обострения и ремиссии.

Розацеа представляет собой ангионевроз, локализующийся преимущественно в зоне иннервации тройничного нерва, обусловлен различными причинами: сосудистые нарушения; изменения в соединительной ткани дермы; микроорганизмы; дисфункция пищеварительного тракта; иммунные нарушения; изменения сально-волосного аппарата; оксидативный стресс; климатические факторы; психовегетативные расстройства.

В развитии розацеа определенную роль играют такие факторы, как: конституциональная ангиопатия, эмоциональные стрессы, нарушения гормонального равновесия, воздействие химических агентов.

В последние годы в развитии розацеа большое внимание уделяется роли кателицидинов. Кателицидины – семейство многофункциональных белков, которые обеспечивают защиту первой линии в коже против инфекционных агентов, влияя на местные воспалительные реакции и ангиогенез путем непосредственного воздействия на эндотелиоциты и иммунитет. У больных розацеа в коже лица в 10 раз повышен уровень кателицидинов и в 10 000 раз в роговом слое повышен уровень протеаз, которые активируют кателицидины.

Ласеу и соавт. (2007) была выделена бактерия (*Bacillus oleronius*) из клеща рода *Demodex*, которая, воздействуя на пептиды, стимулирует воспалительные реакции у больных папулопу-

стулезной розацеа. В патогенезе пустулезной и глазной розацеа имеет этиологическое значение эпидермальный стафилококк, что, возможно, связано с реализацией его патогенных свойств из-за повышения температуры лица вследствие расширения сосудов. Обсуждается также взаимосвязь розацеа с *Helicobacter pylori*.

Заболевание встречается у лиц обоего пола в возрасте от 30 до 50 лет, чаще – у женщин, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже – шеи и, так называемой, зоны «декольте». Считают, что дерматозу чаще подвержены лица 1 и 2 фототипов кожи, однако заболевание может встречаться при любом фототипе кожи.

В Ханты-Мансийске за 2016 год было зарегистрировано 87 пациентов с диагнозом розацеа, из них 26 человек с папуло-пустулезной формой получали лечение в круглосуточном стационаре БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер». В 2017 году было зарегистрировано 74 пациента с диагнозом розацеа, из них 24 человека с папуло-пустулезной формой получали стационарное лечение.

**Папуло-пустулезная** форма характеризуется клинической картиной, при которой преобладают папулезные высыпания с ярко-красной окраской и перифолликулярным расположением. Отдельные папулы могут быть увенчаны небольшой округлой пустулой. Шелушение обычно отсутствует. Возможно формирование стойкого отека по месту распространенной эритемы, что чаще встречается у мужчин. Вы-

деляют три степени тяжести течения заболевания: легкая степень (малое количество папул/пустул), средняя степень (умеренное количество папул/пустул), тяжелая степень (множественные папулы/пустулы, могут сливаться в бляшки).

При папуло-пустулезном подтипе от легкой до умеренной степени тяжести рекомендуется азелаиновая кислота, метронидазол или короткий курс антибактериальных препаратов.

При тяжелом течении папуло-пустулезной розацеа рекомендуют 4-х недельный курс доксициклина с последующим уменьшением дозы на 50%. Показаны также низкие дозы изотретиноина.

В стационарном отделении Ханты-Мансийского клинического кожно-венерологического диспансера проводилась оценка эффективности местного лечения препаратом ивермектин (Солантра) в качестве монотерапии.

Ивермектин относится к группе авермектина, который оказывает противовоспалительное действие путем подавления выработки воспалительных цитокинов, индуцированной липополисахаридами.

Ивермектин также вызывает гибель паразитов, главным образом, посредством селективного связывания и высокого сродства к глутамат-регулируемым хлорным каналам, находящимся в нервных и мышечных клетках беспозвоночных.

Механизм действия препарата Солантра при лечении розацеа связан как с противовоспалительными эффектами ивермектина, так и со способностью ивермектина вызывать гибель клещей *Demodex*, которые, в свою очередь, являются фактором, вызывающим воспаление кожи.

На базе стационарного отделения Ханты-Мансийского клинического кожно-венероло-

*До начала использования*



*После начала терапии через 4 недели*



гического диспансера в 2017г. под наблюдением находилось 24 пациента в возрасте от 40 до 50 лет со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. Препарат наносился ежедневно (1 раз в день). Небольшое количество крема наносилось на кожу каждой из пяти зон лица: лоб, подбородок, нос и щеки. Распределялся препарат тонким слоем по всему лицу, избегая попадания в глаза, на губы и слизистые оболочки. При первом нанесении у 40% пациентов отмечены чувство легкого жжения и зуда.

При последующих нанесениях крема на кожу побочные реакции в виде жжения и зуда – не выявлено.

Положительные результаты от наружной терапии в виде уменьшения папуло-пустулезных элементов отмечались у всех пациентов через 2-4 недели. Через 2-4 месяца у пациентов отмечалось полное разрешение элементов. Побочных эффектов при применении препарата отмечено не было.

*До начала использования*



*Через 2 месяца терапии*



### Литература

1. Wilkin, J, et al. J Am Acad Dermatol 2002;46:584.
2. Chosidow, O & Cribier, B. Ann Derm Ven 2011;138:S179.
3. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.  
© Пониц Е.С., Савостеева М.С., 2018

## СРАВНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ДУГИ АОРТЫ

**Бродский А.Г.,**

к.м.н., врач - сердечно-сосудистый хирург

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Бобров И.М.,**

врач - сердечно-сосудистый хирург

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Урванцева И.А.,**

к.м.н., главный внештатный специалист кардиолог Депздрава Югры, главный врач

БУ «Окружной кардиологический диспансер Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Ромашкин В.В.,**

врач - сердечно-сосудистый хирург

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Лукашкин А.Г.,**

заведующий отделением ОАР №3, врач - анестезиолог - реаниматолог

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Тильгаева Л.А.,**

врач детский кардиолог

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Бачинская И.Н.,**

заведующий отделением функциональной и ультразвуковой диагностики стационара,

врач ультразвуковой диагностики БУ «Окружной кардиологический диспансер

«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Введение.** Коарктация аорты (КоА) – врожденное сужение аорты, расположенное дистальнее левой подключичной артерии рядом с артериальным протоком или артериальной связкой. Коарктация встречается с частотой от двух до шести на 1000 родившихся живыми и является самым распространенным обструктивным врожденным пороком сердца (ВПС) [1, 2].

**Ключевые слова:** коарктация аорты, Clarence Crafoord, рекоарктация

### Эмбриология

Для объяснения формирования сужения перешейка аорты существуют две теории, объясняющие формирование коарктации аорты – теория потока и теория дуктальной петли. Теория потока основана на предположении, что размер органа определяется его функцией, то есть чем меньше крови протекает через перешеек во внутриутробном периоде, тем более вероятно развитие в нем сужения. Гемодинамической предпосылкой для уменьшения объемной скорости на уровне перешейка является снижение преднагрузки левого желудочка в результате лево-правого шунта на уровне межжелудочковой перегородки (МЖП) или недостаточного право-левого шунтирования на уровне межпредсердной перегородки (МПП). Подтверждением этой теории является тот факт, что при пороках, где уменьшен кровоток через правые отделы, и как результат, есть большой

шунт справа налево на уровне МЖП (тетрада Фалло) или на уровне МПП (атрезия трехстворчатого клапана), почти никогда не встречается КоА [3]. Другая теория, предложенная Skoda [4], объясняет развитие КоА аномальным продвижением дуктальной ткани в стенку аорты, которая после рождения сокращается и приводит к закрытию артериального протока, и к формированию сужения в области перешейка. Эта теория более предпочтительна в случае, когда отсутствуют значимые сопутствующие внутрисердечные пороки (рис. 1).

### Морфология

Первое описание КоА датируется 1760 г. и принадлежит Morgagni[5]. В 1838 г. Mercier предложил термин «coarctere», что в переводе с латыни означает «суживать». Выделяют два типа КоА: инфантильный (преддуктальная КоА) и взрослый (юктадуктальная КоА). У пациен-



тов с преддуктальной КоА сужение располагается выше места впадения ОАП в нисходящую аорту; в нисходящую аорту кровь поступает преимущественно венозная из ОАП, сужение в перешейке протяженное, часто распространяется на дистальный отдел дуги аорты [6, 13].

При юкстадукальной КоА сужение, как правило, локальное, и располагается в месте впадения протока (рис. 1). Независимо от типа коарктации младенцы после закрытия ОАП могут демонстрировать развернутую клинику кардиогенного шока, что связано с закрытием протока.

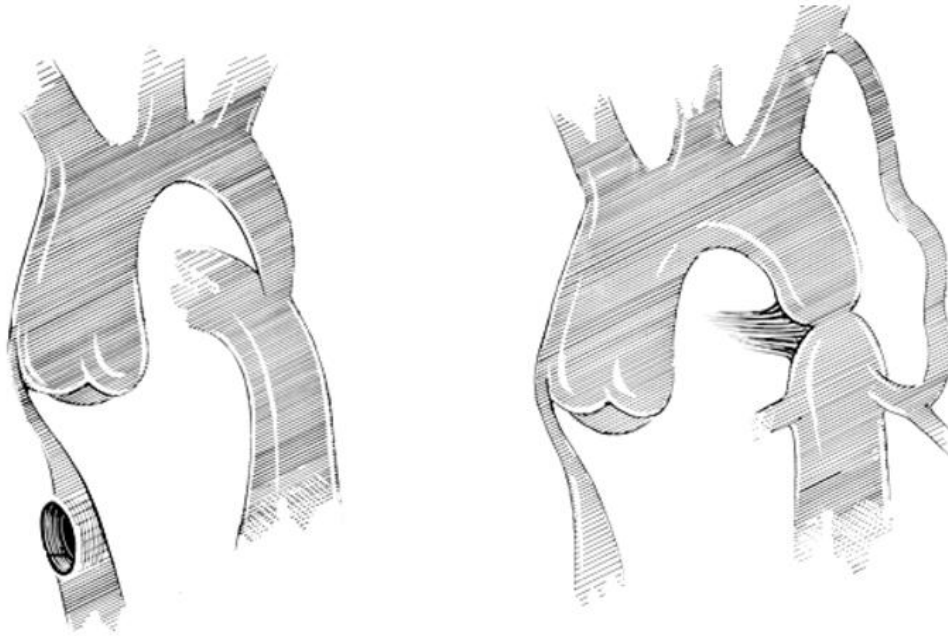


Рис. 1. Типы коарктации аорты - преддуктальная и юкстадукальная

### Методы коррекции

Не было бы счастья, да несчастье помогло. Это утверждение вполне справедливо для хирургической практики Clarence Crafoord. В 40-х годах доктор Crafoord при перевязке ОАП лигатура прорезала стенку протока с развитием обильного кровотечения. Для остановки кровотечения аорта пережималась на 27 минут, пациент был выписан без признаков ишемии спинного мозга. Исходя из этого опыта, Clarence Crafoord предположил, что у пациентов с коарктацией обильно развитая коллатеральная сеть обеспечит достаточный уровень кровотока в нисходящей аорте после ее пережатия. Первым пациентом был 11-летний мальчик. Clarence Crafoord сообщил родителям ребенка, что процедура никогда ранее не выполнялась, однако он уверен в ее безопасности. Операция состоялась 19 октября 1944 года и продолжалась шесть часов, аорта пережималась в течение двух часов. За это время суженный участок был резецирован с наложением анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период мальчика

был неосложнен. Две недели спустя Crafoord успешно выполнил хирургическое вмешательство 27-летнему молодому человеку. Третьего пациента прооперировал весной 1945 года. Этот опыт был опубликован в журнале «Торакальная хирургия» в октябрьском выпуске. [7]. В США первая операция при коарктации аорты состоялась 28 июня 1945 года, делал ее Robert Gross, закончилось вмешательство летальным исходом. 6 июля была выполнена вторая операция, завершившаяся успешно. Однако статья Robert Gross [8] была опубликована раньше, чем вышла статья Clarence Crafoord.

Высокая частота возврата сужения аорты привела к поиску альтернативных методик исключения циркулярного анастомоза и полного иссечения дуктальной ткани. Доктор Vosschulte предложил расширять суженный участок заплатой [9], а доктор Waldhausen – лоскутом подключичной артерии [10]. Накопленный опыт дал понять, что устранение только суженного перешейка не всегда устраняет заболевание; были предложены методики, расширяющие

просвет и перешейка, и дистального сегмента дуги. [11, 12, 13]. При устранении КоА в условиях ИК были выработаны различные перфузионные стратегии – изолированная церебральная и коронарная перфузии, раздельная перфузия верхней и нижней половины тела [14, 15].

**Материалы и методы**

В исследовании, которое проводилось в БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургута, были включены 42 ребенка с обструкцией дуги аорты, которым в период с 05.04.2013 по 06.12.2017 годы проводилось оперативное лечение с использованием двух хирургических тактик. Значимая интракардиальная патология была выявлена у семи пациентов (дефект межжелудочковой перегородки -6 [14,3%], полная форма открытого атриовентрикулярного канала -1 [2,4%] и двуприточный единственный левый желудочек -1 [2,4%]). Исходя из стратегии хирургического вмешательства, все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 23 ребенка, которым производилась коррекция КоА из заднебоковой торакотомии (ЗБТТ), и

при наличии значимых внутрисердечных пороков сужалась легочная артерия. Во вторую группу вошли 20 детей, которым выполнялась коррекция из срединного доступа в условиях искусственного кровообращения (ИК) и изолированной церебральной перфузии (ИЦП) или циркуляторного ареста (ЦА). Предоперационная диагностика включала стандартное проведение ультразвукового исследования, рентгенографии грудной клетки, ЭКГ. Практически во всех случаях с целью уточнения анатомии дуги аорты выполнялась компьютерная томография (рис. 2).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ IBM SPSS Statistics v.20. Количественные показатели представлены в виде средних значений ( $M$ )  $\pm$  стандартных отклонений ( $\sigma$ ) и медиан ( $Me$ ). Связь между переменными изучалась при помощи U-критерия Манна–Уитни. Количественные данные представлены в виде  $M \pm \sigma$ , качественные –  $n$  (%). Для оценки прогноза развития рекоарктации создавались одновариантные биномиальные логистические модели с принудительным включением предиктора.



*Рис.1 Мультиспиральная компьютерная томография при коарктации аорты.*

### Результаты

В предоперационных данных отмечались различия по массе тела и выраженности гипоплазии дуги аорты, что по сути определяло выбор хирургической тактики: у пациентов с мас-

сой тела менее трех килограммов предпочтение отдавалось боковому доступу, а у пациентов с гипоплазированной дугой и внутрисердечными дефектами операции выполнялись с ИК (табл. 1).

Таблица 1

#### Сравнительные значения клинических показателей у пациентов

Переменные	без ИК (n =23) М ± σ (Me)	с ИК (n =20) М ± σ (Me)	P
Возраст, дни	50,39 ± 81,52 (15)	27,05 ± 54,73 (5)	0,044
Вес, кг	4,13 ± 2,13 (3,70)	3,80 ± 1,00 (3,55)	> 0,05
BSA, м <sup>2</sup>	0,25 ± 0,08 0,23	0,24 ± 0,04 0,23	> 0,05
z-score, distal aortic arch	-1,34 ± 1,12 -1,51	-2,91 ± 1,12 -2,5	0,0001

- предоперационные данные.

Учитывая, что хирургические вмешательства проводились в раннем возрасте, группа пациентов, которым КоА устранялась в условиях ИК, прогнозируемо отличалась большей

тяжестью состояния по сравнению с группой, которой КоА устранялась из боковой торакотомии, что выражалось в продолжительности пребывания в палате реанимации (табл. 2).

Таблица 2

#### Сравнительные значения клинических показателей у пациентов

Переменные	без ИК (n =23) М ± σ (Me)	с ИК (n =23) М ± σ (Me)	P
Пережатие аорты, мин	28.21 ± 8.38 (28)	51.65 ± 22.74 (45)	0,0001
ΔP, мм рт. ст. стационар	16.78 ± 6.91 (16)	12.30 ± 6.06 (14)	0,016
ΔP, мм рт. ст. амбулаторно	20.35 ± 9.69 (19)	17.38 ± 7.22 (16)	> 0,05
Койко-дней п/о	13.17 ± 6.02 (14)	27.35 ± 11.55 (28)	0,0001

- послеоперационные данные.

Также на этапе стационарного лечения градиент давления был значительно меньше у пациентов после операции с ИК.

При анализе осложнений пациенты из группы операций с ИК разделены на подгруппы: циркуляторного ареста и изолированной церебральной перфузии. При сравнении под-

групп ЦА и ИЦП отмечалось, что пациенты с менее глубоким охлаждением имели более гладкий послеоперационный период. В группе пациентов с ЗБТТ неблагоприятных исходов не наблюдалось, но частота рекоаркtacji была выше (таб. 3).

Сравнительные значения осложнений

Переменные	Без ИК (n =23)	ЦА (n =9)	ИЦП (n =11)
Летальный исход	0	1	0
Отсроченное ушивание грудины	-	9 (100%)	2 (18%)
Почечная недостаточность	0	5 (55%)	1 (9%)
ЭКМО	-	0	1(9%)
Рекоарктация	3(13%)	0	1(5%)

Для прогнозирования рекоарктации номинальные переменные включены в уравнение логистической регрессии (табл. 3), значимым

предиктором являлась масса тела на момент операции. Тип коррекции и гипоплазия дуги не являлись значимыми предикторами (таб. 4).

Таблица 4

Переменные	p	ОШ	95% ДИ
Вес ( $\pm 3$ кг)	0,010	26,25	2,18-316,09
distal aortic arch (z-score $\pm 2$ )	> 0,05		
Тип операции (ИК/без ИК)	> 0,05		

**Выводы**

При изолированной коарктации не было отмечено неблагоприятных исходов. Вес пациента менее трех килограммов является значимым предиктором к развитию рекоарктации. Тип операции не влияет на вероятность реинтервенций на дуге аорты. Расчет индексированных значений размеров дуги является одним из важных параметров при выборе хирургической тактики.

**Обсуждение**

Одним из Священных Граалей педиатрической кардиохирургии является поиск идеального способа коррекции коарктации аорты. Прошло более пяти десятилетий с момента первой операции при коарктации аорты Crafoord – результаты лечения за это время неуклонно улучшались. Смертность в настоящее время почти полностью связана с сопутствующей интракардиальной патологией. Опасные осложнения, такие как параплегия и ишемия кишечника, почти устранены. Современный поиск направ-

лен на совершенствование методов коррекции, полностью устраняющих риск развития рекоарктации и сведению к минимуму случаев послеоперационной артериальной гипертензии.

**Литература**

1. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство / под ред. акад. АМН СССР В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. – М.: Медицина, 1989. – 752 с.
2. Cruz, E. Pediatric and congenital Cardiology, cardiac surgery and intensive care / E. Cruz., D. Ivy, J. Jaggers. – London : Springer\_Verlag, 2014. – 3572 p.
3. Rudolph, AM, Heymann, MA, Spitznas, II: Hemodynamic considerations in the development of narrowing of the aorta, Am J Cardiol 30:514, 1972.
4. Skoda, J: Demonstration eines Falles von Obliteration der Aorta. Wochenblatt der Zeitschrift der Kaiserlichen-Königliche Gesellschaft der Aertze zur Wein 1:710, 1855.
5. Kouchoukos, N., Blackstone, E., Doty, D. et al. Kirklin/Barratt Boyes cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results, and indications. – 4th ed. – 2013. – P. 1718–1779.

6. Bogaert J., Gewillig M., Rademakers F. et al. Transverse arch hypoplasia predisposes to aneurysm formation at the repair site after patch angioplasty for coarctation of the aorta // JACC. – 1995. – Vol. 26, No. 2. – P. 521–527.
7. Crafoord C, Nyhlin G. Congenital coarctation of the aorta and its surgical management. J Thorac Surg 1945;14:347–61.
8. Gross RE. Surgical correction of the aorta. Surgery 1945;18: 673.
9. Vosschulte K. Surgical correction of coarctation of the aorta by an “isthmusplastic” operation. Thorax. 1961;16:338–45.
10. Waldhausen J, Nahrwold D. Repair of coarctation of the aorta with a subclavian flap. J Thorac Cardiovasc Surg. 1966;51:532–3.
11. Amato J, Rheinlander H, Cleveland R. A method of enlarging the distal transverse arch in infants with hypoplasia and coarctation of the aorta. Ann Thorac Surg. 1977;23:261–3.
12. Zannini I, Gargiulo G, Albanese SB, et al: Aortic coarctation with hypoplastic arch in neonates: A spectrum of anatomic lesions requiring different surgical options. Ann Thorac Surg 56:288-294, 1993
13. Lacour-Gayet F, Bruniaux J, Serraf A, et al: Hypoplastic transverse arch and coarctation in neonates: Surgical reconstruction of the aortic arch—a study of sixty-six patients. J Thorac Cardiovasc Surg 100:808-816, 1990.
14. Kim, Eung Re et al. Mid-Term Outcomes of Repair of Coarctation of Aorta With Hypoplastic Arch: Extended End-to-side Anastomosis Technique Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2017 Oct 27.
15. Hammel J.M/The Norwood Operation With Innominate Artery and Descending Aortic Cannulation, Performed With Continuous Mildly Hypothermic Bypass James M. Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vol. 19, Issue 3, p292–303.

© Бродский А.Г., Бобров И.М., Урванцева И.А.,  
Ромашкин В.В., Лукашкин А.Г., Тильтаева Л.А.,  
Бачинская И.Н., 2018

УДК 616.89

## К ВОПРОСУ ДИНАМИКИ СОЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ

**Сомкина О.Ю.,**

аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Жукова Ю.А.,**

клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Ефимова А.Д.,**

студентка шестого курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*В практике психотерапевта, работающего в наркологии, часто приходится сталкиваться с запросом об изменении поведения пьющего человека. То есть обращаются родители или жены лиц, страдающих алкогольной зависимостью, не критичных к собственному пьянству. Такие люди (среди наркологов называемые созависимые) основную свою проблему видят в пьянстве близкого человека. В нашей статье мы хотим представить подобную проблему не с точки зрения заболевания алкоголизмом человека, а со стороны взаимоотношений, которые больной и его близкие выстраивают друг с другом. Данный подход к проблеме, на наш взгляд, способен коренным образом изменить видение рассматриваемой проблемы и помочь врачам наркологам более эффективно выстраивать терапевтическую тактику.*

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, созависимость, симбиотические отношения

Проблема алкогольной зависимости и связанного с ней созависимого поведения родственников является актуальнейшей в настоящее время [1-3], требующей для оптимизации своего решения поиска новых подходов. В

предлагаемой работе мы рассмотрим динамику симбиотических отношений в контексте их терапевтического подхода.

Взаимоотношения в семье больного алкоголизмом мы представляем с точки зрения

патологического симбиоза. В своей работе мы используем концепцию симбиоза [4-7]. В ней болезненные взаимоотношения психически больных людей представлены, как результат неразрешенных детских симбиотических взаимоотношений с родителями и пассивное поведение. Симбиоз – нормальная стадия развития младенца, который воспринимается матерью и ребенком, как разделение и слияние их потребностей. Симбиоз имеет место, когда два и более человек действуют так, как будто они вместе формируют целую личность. В терминах структурного транзактного анализа, они катектируют различные комплиментарные эго-состояния, так что вместе они имеют полный набор эго-состояний, а порознь нет.

В Транзактном анализе эго-состояние – это системы мышления и чувствования, сопровождаемые соответствующими паттернами поведения и восприятия. Различают эго-состояние Родителя, которое включает паттерны поведения, мышления и чувств, скопированные у родительских фигур, когда они заботились о нас. Детское эго-состояние (Ребенка), которое включает чувства, мысли, поведение и особенности восприятия, относящиеся к нашему прошлому и связанные, прежде всего, с нашими актуальными желаниями и потребностями, в том числе потребностью в привязанности или зависимости. И эго-состояние Взрослого, которое включает восприятие, мысли, чувства и поведение, относящиеся к ситуации здесь и теперь, и ответственное за контакт с реальностью и реализацию наших Детских желаний. Для младенца симбиоз – нормальное состояние, потому что у него нет адекватно развитых эго-состояний Родителя и Взрослого, и он их берет «взаймы» у матери, без этого он может погибнуть. Для взрослого же человека ненормально зависеть от своего партнера и обесценивать свои Родительские и Взрослые способности, поэтому в этом случае симбиоз является патологическим. Больные алкоголизмом делают вклад в симбиоз своим Детским Эго-состоянием, а близкие больного делают свой вклад в симбиоз за счет своего Родительского и контаминированного Взрослого Эго-состояния. Таким образом, формируется как бы целая личность: больной алкоголизмом со своими Детскими потребностями, а кто-то из его близких со своими Родительскими и Взрослыми способностями и же-

ланием их удовлетворять и заботиться о нем. В симбиотических отношениях между больным с зависимостью от психоактивных веществ и его близким происходит взаимное обесценивание вплоть до игнорирования проблем, способности их разрешить и что-то изменить в жизни (знаменитое алкогольное отрицание – источник анозогнозии). Присутствуют разновидности пассивного поведения (то есть ни один из членов симбиоза не делает ничего для решения проблемы) и грандиозность, которая оправдывает все происходящее. Цель подобных взаимоотношений – отыгрывание собственных проблем и негативных эмоций на другом человеке и избегание близости [4, 6]. Причем созависимый человек нуждается в подобных взаимоотношениях не в меньшей степени, чем больной алкоголизмом [8, 10, 11].

С точки зрения функционального транзактного анализа при симбиозе происходит отыгрывание ролей в психологической игре, которая является суррогатом близости в нездоровых семьях. Психологическая игра – это серия повторяющихся, стереотипных, неосознаваемых и насыщенных негативными эмоциональными переживаниями взаимоотношений больного со своим микросоциальным окружением, с характерной сменой психологических ролей (переключениями) [4]. Для больного алкоголизмом в случае игры «Алкоголик» характерны переключения между ролями Преследователя, когда он напивается, нарушает обязательства, совершает физическое насилие и оскорбляет близких людей. И Жертвы, когда он «расплачивается» за свое поведение в опьянении (испытывает вину, стыд за свое пьянство, «распутный» образ жизни, пытается оправдать, «загладить» свой вред окружающим) [12]. Для окружения больного алкоголизмом, в том числе самого близкого (матерей, жен) также характерно чередование ролей. Это роли Жертвы, когда близкие становятся в буквальном смысле слова жертвами своего пьяного родственника. Преследователя, когда они изливают всю злость, все страдания, которые пережили за период пьянства своего близкого. И Спасителя, когда несмотря ни на что продолжают жить с таким человеком, считая, что без них он «совсем пропадет», или же что в этом состоит их супружеский или родительский долг. Подобные взаимоотношения с типичными переключениями между ролями

названы Драматическим треугольником. Для них характерны высокий эмоциональный накал и постоянные переключения между психологическими состояниями, с чередованием различных негативных эмоций от гнева и злобы или вины и жалости до отчаяния, безысходности и тоски [2, 8]. В них также отсутствуют ясные границы, прямые высказывания (интимность), часто манипулятивное поведение.

Концепции симбиоза и психологической игры настолько специфично описывают события, происходящие при взаимоотношениях с больным алкоголизмом что при изложении их бытовым языком могут служить хорошей основой для первых мотивирующих встреч с его близкими и для дальнейшей психотерапевтической работы. В нашей статье далее мы хотим представить клинический случай зависимости от алкоголя у пациента и созависимости у его матери. Особенность описанного случая в том, что основная терапевтическая работа проводилась с матерью больного. Кроме того, мы хотели бы представить взаимоотношения в семье больного алкоголизмом с точки зрения особенностей личностных черт участников.

### **Клиническое наблюдение**

П, 52 года, образование высшее, работала учительницей. Была замужем, муж злоупотреблял алкоголем. В настоящее время разведена, имеет от брака двоих взрослых детей: сына и дочь, проживающих вместе с ней. Сын ранее употреблял героин внутривенно, последние два года воздерживался от употребления наркотиков, употребляет алкоголь с периодами до полугода.

Обратилась к психотерапевту, проводившему групповые занятия для созависимых (лиц переживающих за близких, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками) в октябре 2016 года. При обращении все предъявляемые жалобы имели отношение к сыну, свое психическое состояние связывала только с фактом трезвости или употреблением сыном алкоголя. Высказывала жалобы на тревогу, опасения, что сын вновь запьет, сниженное настроение, безысходность, бессонницу. Считала себя виноватой за то, что воспитала такого сына. Не знала как вести себя дальше по отношению к нему. Клинически, а также при дополнительном психологическом обследовании, выявлены обсессивно-компуль-

сивные, избегающие, само-пораженческие (мазохистические) черты личности (согласно критериев DSM) без возможности выставить однозначный диагноз определенного личностного расстройства.

Актуальной психической симптоматикой было смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F-41.2 по МКБ-10) [13]. Психических явлений не было. Обратилась с целью разобраться в своих отношениях с сыном, который как раз проходил дезинтоксикационное и краткосрочное психотерапевтическое лечение в наркологическом стационаре (основная психосоциальная проблема – пьянство сына). Занятия для созависимых проводились в открытой группе, с частотой один раз в неделю. На занятиях, прежде всего, давалась информация о психологической и биологической природе болезней зависимости, о психологических событиях и динамике в семьях, употребляющих алкоголь или наркотики, объяснялось понятие созависимость. Далее проводилась рациональная психотерапия с акцентом психотерапевтической работы на выстраивании границ в отношениях с сыном, осознании позиций Спасителя, Преследователя, Жертвы и собственного вклада в болезненную зависимость сына от психоактивных веществ, конфронтации психологической игры «Алкоголю» и неразрешенных симбиотических отношений (в терминологии и традициях Трансактного анализа). Врачом-психотерапевтом сознательно подчеркивалась нерациональность манипулятивно-шантажного поведения в отношении с зависимым человеком, так что целью занятий не было научение П. и других членов группы способам побуждения близких к трезвой жизни, а достижение, прежде всего, личной автономии. За время лечения, в течение двух месяцев, был установлен прочный психотерапевтический контакт, который не прервался даже после того, как сын возобновил употреблять алкоголь в больших дозах, прекратил ходить на работу. Она относительно спокойно перенесла рецидив его болезни и продолжала придерживаться выработанной позиции поддержания собственных границ в отношениях с сыном. Ребенок ушел из дома, после того, как они с дочерью отказались содержать и обстирывать его (позиция Спасителя) и от побуждения его к обращению за лечением (позиция Преследо-

вателя). В течение недели он продолжал выпивать и жил у различных друзей. После чего самостоятельно обратился за наркологической помощью в стационар.

Сын, А. 25 лет. Образование девять классов, полтора года учился в техникуме, который не окончил. Отец злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда тому было 1,5 года. А. воспитывался матерью и дедом. Был сильно привязан к деду, поэтому, когда тот умер, очень переживал его смерть. А. тогда было 12 лет, к этому же возрасту относится начало употребления алкоголя. Практически сразу начал употреблять водку, напивался до тяжелых степеней опьянения. В этом же возрасте отмечает мысли о самоубийстве, была суицидальная попытка, когда пьяный пытался выпрыгнуть из окна дома («удержали приятели»). С 15 лет отмечает появление влечения к алкоголю, систематическое употребление. К 19 годам сформировался похмельно-абстинентный синдром. С 16 лет наряду с водкой эпизодически курил марихуану. С 20 лет эпизодически, а через год уже ежедневно употреблял героин, внутривенно. Несколько раз лечился по поводу героиновой наркомании II стадии в наркостационаре, ремиссии не более нескольких дней, отказывался от лечения. В 21 год самостоятельно прекратил употребление героина, после чего к наркотикам не возвращался. К этому же периоду относится эпизодическое употребление таблеток «Терпинкод», в течение одного месяца употреблял наркотик кустарного изготовления. Работал с 15 лет на разнообразных работах, различной квалификации от грузчика до отделочника. Часто менял работы. До 21 года совершал мелкие кражи, дважды был осужден, отбывал срок условно. После прекращения употребления наркотиков выпивает спиртное (водка, разведенный спирт), ежедневно, до нескольких месяцев (от 2 до 6). Спонтанные и терапевтические ремиссии также до 2-4 месяца. Суточная толерантность до 1,5-2 литров в пересчете на водку (плато), в период злоупотребления не изменяется. Похмельно-абстинентный синдром носит развернутый характер с выраженными сомато-неврологическими и психическими явлениями. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 гр. водки, социально-этический контроль резко снижен. Прекращает пить из-за того, что «наедает» («от-

пился»). Отмечает чувство вины перед семьей и самим собой. После этого ремиссия три месяца. Устроился на работу. На последнем месте работы удержался три месяца, ушел с работы в связи с возобновлением употребления алкоголя. Последний запой 2,5 месяца. Обратился в стационар для купирования запоя, был обследован клинически и психологически, отказался от продолжения психотерапевтического лечения под предлогом «надо устраиваться на работу, содержать семью: мать и сестру». Диагноз: алкогольная зависимость II стадии, постоянная форма пьянства на фоне высокой толерантности, быстропрогредиентное течение. Героиновая наркомания, ремиссия. Токсическая миокардиодистрофия.

### **Психологический анализ**

В данном случае представлен типичный пример созависимости, термина, не вошедшего в классификацию болезней, но в то же время достаточно распространенного в лексиконе наркологов и психотерапевтов [2, 3, 8, 14]. У П. прослеживается динамика, характерная для родственника больного алкогольной зависимостью. Беспокойство в связи с выпивками сына, попытки контроля над злоупотреблением им алкоголя, и в то же время попустительство в отношении определенных аспектов его поведения (взрослый человек длительное время не работает, проживает за счет матери, не внося вклада в совместное ведение хозяйства и не выполняя работы по дому, не оплачивая свое проживание и питание). В случае безуспешности повлиять на сына так, чтобы он «понял, что пить не хорошо», типичны переживания отчаяния, безысходности, вины, реальных финансовых затруднений. Характерно отсутствие четко установленных границ в отношениях с сыном. Вместо этого прослеживается поглощенность жизнью сына с попытками влиять на его поведение. Эти попытки осуществляются не с помощью адекватной обратной связи, а с позиции морализаторства и морального контроля над поведением и наказаниями. В этом прослеживаются особенности сочетания избегающих и обсессивно-компульсивных личностных черт у П.П. избегает прямого высказывания своих чувств, прежде всего негативных и агрессивных (отрицательная обратная связь) по поводу поведения сына. Вместо этого она «наказыва-



ет» его, проявляя «холодность» по отношению к нему, «чтобы он понял, что поступает нехорошо» (то есть П. избегает взаимоотношений) или отчитывает его с позиции морали, сыновнего долга («дети должны слушать родителей», «заботиться о родителях»). П. делает вклад в симбиоз за счет своих Родительского и контаминированного Взрослого эго-состояний, исключая свои собственные Детские потребности, и вкладывая энергию в «решение» проблем другого человека.

Попытки контроля поведения и алкоголизации сына терпят неудачу. Ведущие черты личности, как показало клиническое обследование, у А. нарциссические, антисоциальные, параноидные и пограничные. Отмечено, что пограничное расстройство личности часто имеет набор черт, характерных для многих других расстройств с типичной чертой «слабости Эго» и «недостаточным контролем над импульсами и сильными переживаниями», «слабыми волевыми функциями с недостаточностью планирования» [15]. Такие лица недостаточно категорируют свои Родительские и Взрослые функции, симбиотически заимствуя их у кого-либо из окружения для адаптации, в тоже время основные волевые и ценностные устремления направлены к психоактивному веществу [8, 16]. Отмечено, что пограничные пациенты часто употребляют алкоголь и наркотики для того, чтобы справиться с собственной тревогой и негативными переживаниями [17]. В данном случае наблюдается формирование симбиоза с наркотиком, когда тому в представлениях присваиваются Родительские функции заботы и контроля [7]. А., исключая свой Родительские и Взрослые эго-состояния, формирует двойной симбиоз. С одной стороны, реальный, с матерью, с другой стороны, воображаемый, с наркотическим веществом. Это приводит к проигрыванию ролей в психологической игре. Он оставляет мать не сумевшую удовлетворить его базовых потребностей в надежде, что это сделает алкоголь. Но алкоголь, сначала обеспечивающий замечательное химическое удовлетворение его потребности в эмоциональном комфорте и поначалу воспринимаемый как идеальный родитель (алкоголь - Спаситель), оборачивается похмельем и оказывается таким же отвергающим, что и когда-то мать (алкоголь - Преследователь). Он возвращается к матери, которая поначалу спасает его от похмелья, но в

последующем проигрывает алкоголю в силе эйфории и оказывается по-прежнему не способна справиться с его базовыми потребностями. Таким образом, вновь и вновь проигрывается типичная игровая ситуация. В случае систематического употребления наркотиков (героина) подобная динамика только интенсифицируется за счет большего эйфоризирующего эффекта наркотических веществ, внутривенного пути введения и тяжести абстинентных явлений [7].

Теперь, что касается нарциссических и антисоциальных черт личности А. По данным литературы эти черты часто сосуществуют у одного человека [15]. Для этих стилей адаптации характерно восприятие окружающего мира, с одной стороны, как враждебного, от которого надо брать «свое» (антисоциальная позиция), с другой стороны, созданного для удовлетворения их потребностей (нарциссическая позиция), с равным обесцениванием окружающих и их потребностей обоими типами. («Почему я тебя должна кормить тебя в твои 23 года» – жалуется П. «Правильно, ты же мать» - заявляет А.) В тоже время, для этих черт характерно отсутствие чувства долга – скорее окружающие должны им, или же окружающие - это люди, слабость которых грех не использовать [15, 18]. Таким образом, попытки матери повлиять на поведение сына через позицию морали и долга являлись неэффективными. Согласно литературе [18], реальность – это единственное, что может конфронтировать антисоциальных и нарциссических личностей. А если речь идет о человеческих взаимоотношениях – значит четкие и ясно очерченные личностные границы. В этом случае П., по своим возможностям, не преследует, но и не позволяет себя использовать. Таким образом, можно добиться, чтобы антисоциальный или нарциссический человек принимал во внимание интересы другого человека. Для П., прежде всего этим достигается чувство собственного комфорта, даже если поведение А., как партнера по взаимодействию, не изменится. В тоже время не исключена возможность коррекции поведения сына вследствие подобной тактики.

### **Заключение**

С другой стороны, для П. реальный путь изменений ситуации с А. и своей собственной жизненной ситуации – доступ к своим

исключенным Детским потребностям, выход из поглощенности симбиотическими взаимоотношениями и опекой над взрослым сыном. Поэтому планируемый следующий этап психотерапии П. – личностная работа в направлении большей автономии через конфронтацию и осознание пассивного поведения относительно удовлетворения собственных потребностей.

Ситуация с сыном, злоупотребляющим алкоголем, скорее типичный пример возможной первичной мотивации для психотерапевтической работы. Эта ситуация достаточно специфична для нашей российской популяции, ориентированной на манипулятивные методы лечения алкогольной зависимости и фиксированной на решении собственных невротических проблем за счет поглощенности алкоголизацией кого-либо из родственников.

### Литература

- Сомкина, О.Ю., Меринов, А.В., Байкова, М.А., Лукашук, А.В., Цуканова, И.С. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью // Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – № 1 (85). – Том 17. – С. 112-116.
- Меринов, А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. – СПб: «Экспертные решения», 2017. – 192 с.
- Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис...канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.
- Берн, Э. (Berne E.) Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы; Пер. с англ. / Общ. ред. М.С. Мацковского. – СПб.: Лениздат, 1992. – 400 с.
- Mellor, K., Schiff, E. Discounting // Transactional Analysis Journal. – 1975. – Vol. 3. – P. 295.
- Schiff, A., Schiff, J. Passivity // Transactional Analysis Journal. – 1971. – Vol. 1. – P. 71-73.
- White, T. Heroin use as a passive behavior // Transactional Analysis Journal. – 1999. – Vol. 4. – P. 273-279.
- Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
- Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – № 1. – С. 86-91.
- Меринов, А.В., Меденцева, Т.А. Особенности психотерапии алкогольной зависимости с учетом варианта семейной динамики // Вопросы наркологии. – 2017. – №12. – С. 16-22.
- Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Байкова, М.А., Филиппова, М.Д., Меринов, Н.А., Юрченко, А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая // Суицидология. – 2015. – № 3 (20). – С. 49-54.
- Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – № 2. – С. 67-71.
- Казаковцев, Б.А. и Голланд, В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в российской федерации). – М.: Минздрав России. 1998. – 512 с.
- Меринов, А.В. Аутоагрессивное поведение супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 9. – С. 26-30.
- Бек, А., Фримен, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
- Меринов, А.В., Бычкова, Т.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Меринов, Н.А. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях // Суицидология. – 2015. – № 2. – С. 54-58.
- Кернберг, О. (Kernberg O.) Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
- Мак-Вильямс, Н. Психодинамическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.

© Сомкина О.Ю., Жукова Ю.А.,  
Ефимова А.Д., 2018

## ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Омельченко Н.В.,**

к.м.н., врач функциональной диагностики

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Урванцева И.А.,**

к.м.н., главный внештатный специалист кардиолог Депздрава Югры, главный врач

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

**Мамедова С.И.,**

к.м.н., заведующий отделением медицинской реабилитации, врач терапевт

БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

*Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) долгие годы остаются одной из ведущих проблем здравоохранения в мире [1]. В настоящее время основная цель при лечении сердечно-сосудистых заболеваний – повышение качества жизни.*

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, кардиореабилитация, мультидисциплинарная команда

Несмотря на то, что современные медикаментозные методы лечения и сердечно-сосудистая хирургия улучшают условия жизни кардиологических больных [2], согласно некоторым исследованиям качество их жизни повышается незначительно [3, 4]. Ограничения повседневной активности оказывают неблагоприятное воздействие на образ жизни таких пациентов [4]. Согласно мировой статистике кардиологическими больными в настоящее время становятся молодые люди, для которых очень важно улучшение качества жизни и возвращение к дооперационной физической активности. Решению данной проблемы всецело способствует включение в комплексное лечение больных с ССЗ программ кардиореабилитации. По определению Всемирной Организации Здравоохранения, кардиореабилитация – комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние и позволяющих больным с хроническими или перенесенными острыми ССЗ сохранить или восстановить свое место в обществе (социальный статус) и вести активный образ жизни благодаря собственным усилиям (1993) [5]. Это понимание нашло свое отражение в определении Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации (American Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, AACVPR) в 2005 г.: «Кардиореабилитация – скоординированное многогран-

ное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с ССЗ, дополнительно к стабилизации, замедлению прогрессирования и даже – обратному развитию атеросклеротического процесса, и вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность». Это делает физическую реабилитацию наиболее актуальной [6, 7].

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» города Сургута активно занимается вопросами кардиореабилитации с 2011 года. Отделение медицинской реабилитации является структурным подразделением поликлиники учреждения. Амбулаторно-поликлиническая помощь по медицинской реабилитации оказывается населению города Сургута и Сургутского района. Одним из приоритетных направлений деятельности отделения является оказание кардиологической реабилитационной помощи первого этапа (в отделениях анестезиологии и реанимации кардиостационара) и третьего этапа (в амбулаторных условиях). Первый этап кардиореабилитации осуществляется во время лечения при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в отделениях реани-

мации и интенсивной терапии при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации. Сроки начала проведения первого этапа зависят от диагноза и составляют: 1-2 день от момента госпитализации при инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии; на следующий день после экзубации при операциях на открытом сердце; 1-3 день после интервенционных вмешательств; 1-2 день от момента госпитализации при хронических формах ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности. Ведение пациента осуществляется мультидисциплинарной командой, включающей кардиолога, анестезиолога-реаниматолога, врача по лечебной физкультуре. Важнейшим методом реабилитации кардиологических больных является дозированная физическая нагрузка, имеющая высокий класс и уровень доказательности (I A). Физические методы реабилитации на 1 этапе включают в себя следующие мероприятия: дыхательная гимнастика, лечебная гимнастика, физические тренировки малых мышечных групп, массаж. Факторами, препятствующими наращиванию темпа физической реабилитации пациентов на 1 этапе, являются: незаживающие раны по медиальной поверхности голени, замедленная консолидация рассеченной грудины, гипотония, нарушения мозгового кровообращения, левожелудочковая недостаточность, тяжелые нарушения ритма и проводимости, периоперационный инфаркт миокарда, посткардиотомный синдром (перикардит, плеврит), выраженная анемия [8]. Первый этап кардиореабилитации проводится до выписки или перевода пациента на II или III этап реабилитации.

Задачами третьего этапа реабилитации после кардиохирургического вмешательства являются: восстановление функционального резерва сердца, мобилизация компенсаторных механизмов, адаптация сердца к измененным условиям кровоснабжения, закрепление эффектов проведенного лечения. Физическая реабилитация не показана больным, чье состояние нестабильно. Частые и продолжительные приступы стенокардии, признаки тяжелой недостаточности кровообращения, опасные нарушения ритма сердца, высокие цифры арте-

риального давления – эти и другие серьезные состояния требуют долечивания в условиях стационара. На третьем этапе (амбулаторном) кардиореабилитации дозированные физические нагрузки осуществляются в форме лечебной физкультуры и кардиотренировок на велоэргометре или тредмиле. Контролируемые тренировки являются основным компонентом комплексной программы кардиореабилитации и составляют до 30–50 % (иногда  $\geq 70$  %) всей деятельности в рамках кардиореабилитационных мероприятий при болезнях сердца. Это относится как к начальному этапу, так и к последующим этапам кардиореабилитации больных после острого коронарного синдрома, первичной коронарной ангиопластики, операций на сердце (АКШ, операций на сердечных клапанах), а также пациентов с ХСН [9]. Физические тренировки после кардиохирургического вмешательства основаны на аэробных упражнениях на выносливость. [10]. В общей структуре пациентов, прошедших курсы физической реабилитации в 2017 году, наибольший удельный вес составили лица с ИБС и ГБ (82,0% и 14,1% соответственно). Среди пациентов с ИБС, после перенесенной операции АКШ – 14,1%, ангиопластики со стентированием – 36,1%, из них после ОКС – 19,6%.

Программа реабилитации больных после кардиохирургического лечения соответствует стадии и тяжести заболевания, функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы и миофасциальных структур, толерантности организма к физическим нагрузкам, которая определяется по результатам нагрузочных проб, проводимых на велотренажере или беговой дорожке. Нагрузочное тестирование позволяет оценить максимальную и субмаксимальную ЧСС, физическую нагрузку, возможный ишемический порог, а также изменение АД в ответ на упражнения, дает возможность более точно определить переносимость аэробных нагрузок. Критерием дозирования уровня физической нагрузки является показатель максимального потребления кислорода – «золотой стандарт» для оценки толерантности к физической нагрузке и один из сильных предикторов прогноза заболевания у пациентов с ИБС и ХСН [11, 12]. В рамках программы кардиореабилитации целевая интенсивность упражнений составляет 40–60 % (при хорошей переносимости – до 70–

80 %) от максимальной физической нагрузки, достигаемой в ограниченном симптоматикой нагрузочном тестировании. Для регулирования и контроля физической нагрузки в рамках программы кардиореабилитации нами используется объективный параметр – ЧСС который легко определяется. [13]. Тренировочные занятия проводятся под контролем врача по функциональной диагностике с частотой 5-6 раз в неделю. Продолжительность занятия определяется индивидуально в зависимости от самочувствия и физического состояния пациента и составляет от 10 до 25 мин. При хорошей переносимости физической нагрузки интенсивность тренирующего воздействия увеличивается через одно занятие на 10 Вт. Количество тренировок в среднем составляет от 10 до 15 дней. Другой формой дозированных физических нагрузок является лечебная физкультура – групповые занятия в зале под руководством врача или опытного методиста по лечебной физкультуре. Физические тренировки применяются совместно с обучением больных и консультированием их по поведенческим стратегиям, что является составной частью программы всеобъемлющей вторичной профилактики. В рамках комплексной программы кардиореабилитации применяются физиотерапевтические методы реабилитации, включающие в себя методы общего воздействия, такие как: комплексная галотерапия, сухие углекислые ванны, инфракрасная кабина, электросон, трансцеребральная электроанальгезия, водолечение, массаж. Методы местного воздействия: вакуумный массаж, низкочастотное магнитное поле, низкоинтенсивное лазерное излучение, электротерапия, ультразвуковая терапия, ингаляция. Выбор физиотерапевтического воздействия определяется клиническими проявлениями основного заболевания и сопутствующей патологией.

Комплексная кардиореабилитация улучшает клиническое течение заболевания и даже оказывает положительное влияние на торможение прогрессирования атеросклероза, повышает толерантность к физической нагрузке (ФН) и нормализует липидный спектр крови, позитивно воздействует на статус курения и психологическое состояние пациента [14]. Улучшение качества жизни в ходе кардиореабилитации происходит за счет уменьшения болевого синдрома в грудной клетке, одышки, утомляе-

мости, снижения уровня стресса, повышения психосоциального благополучия [15.]. Данные литературы доказывают эффективность и безопасность аэробных тренировок пациентов после кардиохирургических вмешательств на 2-м или 3-м этапе реабилитации [15]. Установлено, что тренировки повышают толерантность к физической нагрузке [9] и, соответственно, считаются ключевым компонентом кардиореабилитации. J. Myers и соавт. показали, что увеличение толерантности к физической нагрузке на 1 метаболический эквивалент приводит к снижению смертности от всех причин на 12 % [16]. M. A. Jolly и соавт. доказали, что физические тренировки нормализуют неправильный сердечный ритм, который является предиктором смертности [17]. Такие локальные эффекты кардиореабилитации в итоге определяют снижение суммарного сердечно-сосудистого риска, заболеваемости, частоты последующих коронарных событий, количества госпитализаций и смертности. Таким образом, программы кардиореабилитации рассматриваются и как эффективное средство вторичной профилактики, продлевающее больному жизнь.

## Литература

1. Naughton, J. Exercise training for patients with coronary artery disease. Cardiac rehabilitation revisited. *Sports Med* 1992;14(5):304–19.
2. Panagopoulou, E., Montgomery, A., Benos, A. Quality of life after coronary artery. Литература 21 Клиницист № 2'2015 Обзоры bypass grafting: evaluating the influence of preoperative physical and psychosocial functioning. *J Psychosom Res* 2006;60(6):639–44.
3. Bradshaw, P.J., Jamrozik, K.D., Gilfillan, I.S., Thompson, P.L. Asymptomatic long-term survivors of coronary artery bypass surgery enjoy a quality of life equal to the general population. *Am Heart J* 2006;151(2):537–44.
4. Marwick, T.H., Zuchowski, C., Lauer, M.S. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability. *J Am Coll Cardiol* 1999;33(3):750–8.
5. Аронов, Д.М., Бубнова, М.Г. Проблемы внедрения новой системы кардиореабилитации в России. *Российский кардиологический журнал* 2013;4(102):14–22.
6. Сумин, А.Н., Кобякова, О.В., Галимзянов, Д.М. Прогностическое значение показателей диасто-

- лической функции левого желудочка и мышечного статуса у пожилых пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 2007;47(6):21–6.
7. AHA/ACC Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. J Am Coll Cardiol 2011;58(23):2432–46.
  8. Урванцева, И.А., Мамедова, С.И., Нохрин, А.В., Милованова, Е.В., Крашанова В.Г. Проведение медицинской реабилитации пациентам с болезнями системы кровообращения после оперативного лечения: методические рекомендации для врачей медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. – Сургут, 2016.
  9. Heran, B.S., Chen, J.M., Ebrahim, S. et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2011;7:CD001800.
  10. Bonow, R.O., Mann, D.L., Zipeset, D.P. et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2012, p.1210–58.
  11. Ades, P.A., Savage, P.D., Harvey-Berino, J. The treatment of obesity in cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil Prev 2010;30(5):289–98.
  12. Lund, L.H., Aaronson, K.D., Mancini, D.M. Validation of peak exercise oxygen consumption and the Heart Failure Survival Score for serial risk stratification in advanced heart failure. Am J Cardiol 2005;95(6):734–41.
  13. Leon, A.S., Franklin, B.A., Costa, F. et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 2005;111(3):369–76.
  14. Гальцева, Н. В. ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России КЛИНИЦИСТ № 2'2015 Обзоры реабилитация в кардиологии и кардиохирургии.
  15. Maines, T.Y., Lavie, C.J., Milani, R.V. et al. Effects of cardiac rehabilitation and exercise programs on exercise capacity, coronary risk factors, behavior, and quality of life in patients with coronary artery disease. South Med J 1997;90(1):43–9.
  16. Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V. et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N Engl J Med 2002;346(11):793–801.
  17. Jolly M.A., Brennan D.M., Cho L. Impact of exercise on heart rate recovery. Circulation 2011;124(14):1520–6.

© Омельченко Н.В., Урванцева И.А., Мамедова С.И., 2018

УДК 616-006.612.015:616.71

## СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Третьякова Н.Ю.,

к.м.н., онколог

БУ «Няганская городская поликлиника»

*Снижение минеральной плотности кости (МПК) у больных раком молочной железы (РМЖ) в пременопаузе выявляется в 66% случаев ( $p=0,006$ ). Необходимо рекомендовать проведение остеоденситометрии больным РМЖ для своевременной диагностики и фармакологической коррекции остеопороза.*

**Ключевые слова:** рак молочной железы, минеральная плотность кости, качество жизни

### Цель работы

Изучить новые подходы к ранней диагностике потерь минеральной плотности кости у больных РМЖ в пременопаузе.

### Материалы и методы

Основную группу в исследовании составили 56 больных РМЖ с регулярным менструальным циклом (средний возраст  $43 \pm 6,4$  года).

Группу сравнения составили 54 здоровые женщины репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом (средний возраст  $42 \pm 4,9$  года). Факторы риска остеопороза имеют важное значение для выявления пациенток с повышенным риском остеопороза и переломов [1,2].

В контрольной группе низкая МПК наблюдалась в 6 случаях, что составило 11,1%. На фоне специального лечения по поводу РМЖ основной группы у 37 (66%) пациенток из 56 наступила аменорея. Из них у 12 (21,4%) больных аменорея была связана с выключением функции яичников: 4 (7%) пациентки прооперированы в объеме овариэктомии при наличии положительных эстрогеновых (ЭР) и прогестероновых рецепторов (ПР), а 8-ми (14,3%) пациенткам проводили постоянную терапию гонадотропин-релизинг гормонами (ГНРГ). У 25

(44,6%) больных менопауза наступила на фоне химиотерапии, в большинстве случаев, после 3-5 курсов ФАС, АС и ДА. Гормонотерапия антиэстрогенами была назначена 37 (92,5%) пациенткам РМЖ, из них 15 (40,5%) в последующем переведены на гормонотерапию 2 линии в связи с побочными действиями антиэстрогенов. При этом наступление менопаузы являлось основным условием для назначения ингибиторов ароматазы [4].

### Результаты

У больных РМЖ основной группы до лечения снижение МПК наблюдалось в 11 (19,6%) случаях, после проведения 4-6 курсов неoadъювантной полихимиотерапии (НАПХТ) – в 11-ти (52,4%) из 21-го случая, а через полгода после проведенного лечения – в 37 (66%) случаях появилось снижение МПК (рис. 1).

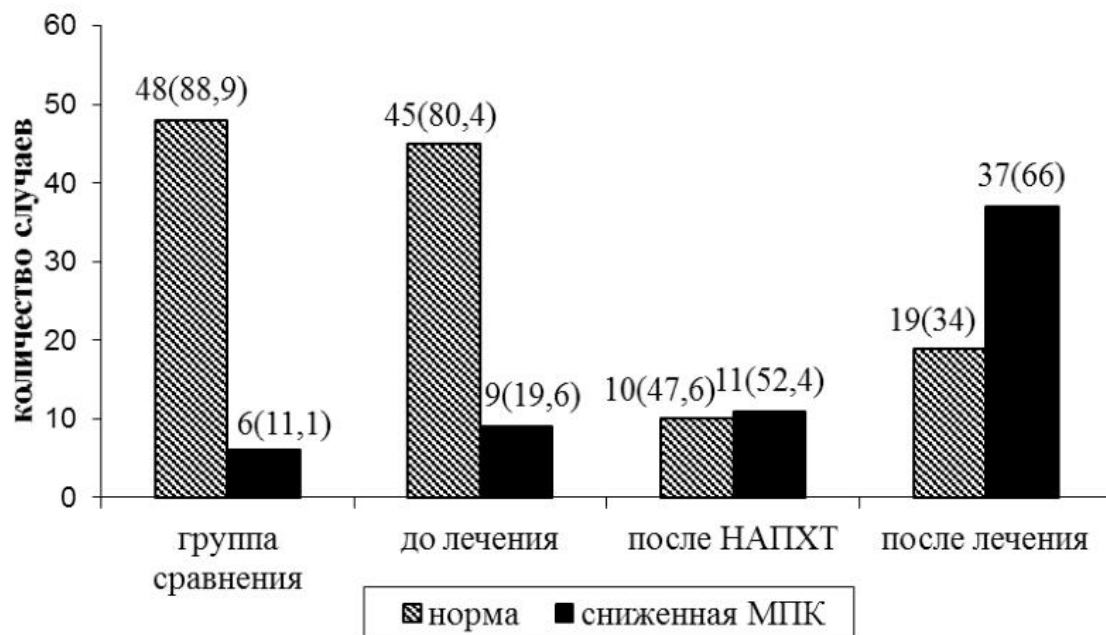


Рис. 1. Распределение женщин основной группы (абс. число и %) по результатам ОДМ на фоне специального лечения РМЖ

Среднее значение минеральной плотности костной ткани у больных РМЖ основной группы в исследовании до лечения составило  $-0,12 \pm 0,16$  г/см<sup>2</sup>, после НАПХТ показатель стал ниже и составил  $-0,71 \pm 0,21$  г/см<sup>2</sup>, уже через 6 месяцев после проведенного лечения средний показатель МПК составил  $-0,97 \pm 0,16$  г/см<sup>2</sup>. Нами установлено достоверное снижение МПК у больных РМЖ после НАПХТ

( $p=0,027$ ) и после проведенного специального лечения ( $p=0,0001$ ). По нашему мнению, это связано с более частым обоснованным назначением полихимиотерапии, ГНРГ, аднексэктомии и гормонотерапии у данной категории больных – ввиду биологии опухолевого процесса, молодого возраста и быстрым прогрессированием заболевания, а также стадии онкологического процесса, на фоне чего возникает

аменорея. При этом у больных РМЖ с факторами риска остеопороза, такими как курение и наследственность, выявлена сниженная МПК.

У пациенток на фоне приема тамоксифена отмечалось снижение плотности костной тка-

ни на 2,3% в течение 6 месяцев, приема гормонотерапии и ГНРГ – 3,5%, возникновение менопаузы на фоне химиотерапии – 5,2%, наиболее выраженное снижение у пациенток после аднексэктомии – 7,2% (рис. 2).

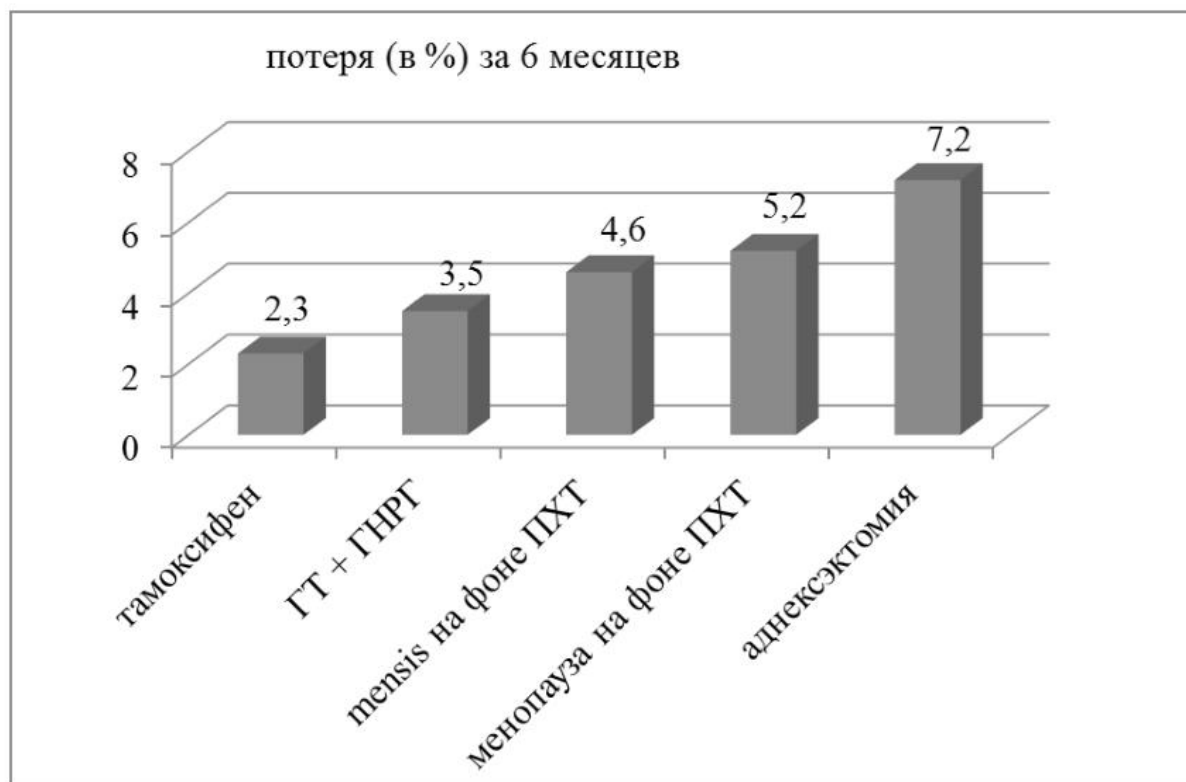


Рис. 2. Снижение МПК у больных РМЖ основной группы на фоне проведенного лечения (в %)

У пациенток с диагнозом РМЖ на фоне постоянного приема ГНРГ в 6 (75%) из 8 случаев выявлена сниженная МПК ( $p=0,035$ ), а после аднексэктомии в 3 (75%) из 4 случаев развилось снижение МПК ( $p=0,387$ ). При развитии менопаузы на фоне химиотерапии снижение МПК встречалось в 18 (72%) случаев ( $p=0,045$ ), а при восстановлении менструальной функции сниженная МПК выявлена в 13 (72,2%) случаях ( $p=0,002$ ). У 3-х больных из 6-ти на фоне только гормонотерапии тамоксифеном снижение МПК встречалось в 3 (50%) случаях ( $p=0,479$ ). Достоверные различия выявлены во всех группах, кроме больных РМЖ после аднексэктомии, вероятно это связано с небольшим числом наблюдений ( $n=4$ ).

Таким образом, специальное лечение рака молочной железы является одним из важных факторов риска развития остеопороза и приводит к более быстрому снижению МПК, по

сравнению с естественной потерей костной ткани, которое наиболее выражено у больных после аднексэктомии.

У некоторых женщин биологические изменения, которые связаны с «угасанием» функции яичников, могут проявляться до наступления видимых нарушений менструального цикла, поэтому пациентки основной группы разделены на 2 подгруппы: 30-40 лет – 16 (28,6%) случаев и 41-49 лет – 40 (71,4%) случаев. У больных раком молочной железы до 40 лет после наступления аменореи на фоне проведенной полихимиотерапии снижение МПК наступило в 100% случаев, на фоне приема ГНРГ – в 80%, при восстановлении менструальной функции после проведенной полихимиотерапии снижение МПК произошло в 71% случаев ( $p<0,01$ ). У больных РМЖ основной группы после 40 лет на фоне проведенного лечения снижение МПК наступило у 60 - 75% случаев ( $p<0,01$ ).



У больных РМЖ и группы сравнения проведено исследование крови на биохимические маркеры остеопороза (ОП), которые позволяют проводить более полную диагностику ОП и используются для оценки активности костного обмена [3].

Уровни маркеров костеобразования были значительно и достоверно выше у больных РМЖ основной группы после проведенно-

го специального лечения. Так, С - телопептиды у больных остаются в пределах нормы, но выше, чем в группе контроля  $0,47 \pm 0,04$  нг/мл ( $p=0,0001$ ). При анализе лабораторных показателей у больных РМЖ основной группы на фоне проведенного лечения (таблица 1) не было выявлено достоверных различий при увеличении пациенток со сниженной МПК ( $p>0,05$ ).

Таблица 1

**Показатели костного метаболизма у больных РМЖ основной группы**

Исследуемые группы	Группа контроля (n=54)	Основная группа (n=56)
Остеокальцин, нг/мл	14,46+1,36	18,54+2,11
С-ТП, нг/мл	0,26+0,04	0,47+0,04***
Са, ммоль/л	2,35+0,02	2,35+0,02
Р, ммоль/л	1,13+0,04	1,18+0,05
ЩФ, Е/л	55,1+4,02	77,79+10,21*
ПТГ, нг/мл	45,09+5,84	46,88+4,12
ТТГ, мкМЕ/мл	1,86+0,18	5,4+3,35
Кальцитонин, пг/мл	6,78+2,14	6,86+2,45

Примечания: \* -  $P<0,05$ ; \*\* -  $P<0,01$ ; \*\*\* -  $P<0,001$

Также проведен анализ биохимических маркеров костного ремоделирования пациентам, которые до лечения имели нормальные показатели МПК, а после лечения – ее снижение. Выявлено повышение уровня С-телопептидов с  $0,47 \pm 0,04$  до  $0,72 \pm 0,12$  нг/мл ( $p=0,036$ ), а также имеется повышение остеокальцина, как важного биохимического маркера на фоне возникшего гормондефицитного состояния пациенток с  $19,23 \pm 2,19$  до  $24,97 \pm 3,91$  нг/мл, однако достоверного изменения его значений выявлено не было ( $p=0,184$ ).

Исследование биохимических маркеров проводится для оценки состояния процессов костного ремоделирования, а также эффективности проводимого лечения. Они помогают исключить заболевания, сходные с ОП. При наличии ОП лабораторная диагностика показана всем женщинам.

У больных РМЖ в пременопаузе резорбция костной ткани наиболее преобладает над процессами формирования костной ткани на фоне лечения. Длительная активность болезни, комплексное лечение, приводящее к менопаузе и

гормонотерапия в течение 5 лет, а по последним рекомендациям до 10 лет, приводит к снижению МПК с развитием остеопении (ОПе) и ОП.

Противоостеопоротическая терапия, назначенная больным РМЖ, на фоне специального лечения позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, уменьшив болевой синдром в костях, но и предотвратить дальнейшие потери минеральной плотности костной ткани, что является главной целью лечения и профилактики остеопороза.

**Заключение**

Сниженная МПК у больных РМЖ в пременопаузе после комплексного лечения выявляется в 66% случаев ( $p=0,006$ ). По результатам биохимических маркеров костного ремоделирования у больных РМЖ в пременопаузе после проведенного лечения не отмечается статистически достоверных изменений лабораторных показателей на фоне снижения МПК ( $p>0,05$ ). Сниженная МПК чаще наблюдается у пациенток, которым проведено комплексное лечение,

включающее химиотерапию и гормонотерапию, с наступлением аменореи ( $p < 0,01$ ). При этом, наибольшая скорость потери МПК наблюдалась после аднексэктомии (7,2%). Этим пациенткам следует рекомендовать проведение остеоденситометрии для своевременной диагностики и фармакологической коррекции остеопороза [5].

### **Литература**

1. Багрова, С.Г. Остеопороз в онкологической практике: современные подходы к лекарственной коррекции // Онкогинекология. – 2015. – №1. – С. 55-62.
2. Дыдыкина, И.С., Дыдыкина П.С., Муравьев Ю.В. Клинические рекомендации «Остеопороз. Диагностика, профилактика, лечение» – 10 лет на службе охраны здоровья людей // Практическая медицина. – 2015. – 3(88). – С. 100-104.
3. Кожарская, Г.В. Клиническое значение маркеров костного метаболизма у больных раком молочной железы: автореф. дис.... канд. мед.наук. – М., 2015. – 23 с.
4. Онкология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.
5. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / Под редакцией: В.М. Моисеенко. – М. Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», 2016. – С. 390-393.

© Третьякова Н.Ю., 2018

## НОВОЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ В ОКБ. ЭТО ПОЗВОЛИТ РАСШИРИТЬ СПЕКТР ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮГРЫ



Заведующий отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения Окружной клинической больницы Прохор Павлов считает, что в последние годы многое изменилось в здравоохранении Югры.

- Начнем с того, что в Окружной клинической больнице была создана кардиохирургическая служба, появилось очень много новых технологий лечения основных заболеваний, от которых преобладает смертность нашего населения. В первую очередь, мы говорим о сердечно-сосудистых заболеваниях.

В Югре действует программа оказания помощи пациентам с острым коронарным синдромом. Это когда 24 часа в сутки 7 дней в неделю круглый год любой пациент с острым коронарным синдромом инфаркта миокарда доставляется в 4 Центра, которые сегодня оказывают эту помощь в Югре. Эти Центры покрывают всю территорию. В течение 2-х часов больному выполняется неотложная операция.

*С учётом развития технологий и высокотехнологичного оборудования в Окружной клинической больнице было принято решение о приобретении в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения современного ангиографического комплекса с модулем для определения внутрисосудистого ультразвука и фракционного резерва кровотока; системы ультразвукового сканирования, с возможностью проводить исследования экспертного уровня. Данное оборудование будет установлено в этом году взамен уже устаревшего. Модернизация отделения, с установкой нового ангиографа позволит расширить спектр вмешательств и оказания высокотехнологической помощи населению Югры с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями, выполнения сложных вмешательств у пациентов с острым инфарктом миокарда и острым ишемическим инсультом. И самое важное, в работе этого оборудования будет использоваться рентгеновская трубка нового поколения, что позволит сделать исследования для пациентов и работу для врачей отделения максимально безопасной.*

- Таким образом, мы спасаем пациентов, и смертность от острого инфаркта миокарда в целом за последние годы снизилась с 30% до 4%. Это прорывные технологии.

В отделении рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения Окружной клинической больницы выполняются оперативные вмешательства пациентам с артериальной гипертензией, проводятся специальные интервенции пациентам с пороками сердца. Реализуется программа лечения пациентов с диабетической стопой.



- Если не проводить специального лечения больным, им просто ампутируют нижние конечности. Это большая программа в Окружной клинической больнице, мы сегодня выполняем порядка 200 операций в год. Практически 200 конечностей в год мы спасаем.



Кроме того, не так давно Окружная клиническая больница, в числе первых в стране, включилась в программу лечения острого ишемического инсульта. Это достаточно серьезная проблема и до недавнего времени очень много таких пациентов погибало, становилось инвалидами. Сегодня такой метод, как удаление тромба из мозговой артерии, специалистами ОКБ поставлен на поток.

- Мы готовы принимать таких пациентов круглосуточно, соответственно в первые 6 часов от развития инсульта этот пациент поступает в нашу операционную, и мы сразу же предпринимает попытку достать тромб. Есть много положительных результатов, и клинические исследования показали преимущества этих технологий. За все это время мы добились хороших результатов: снижения количества осложнений, смертельных исходов при плановых про-



цедурах; у нас сегодня процент осложнений не превышает показателей ведущих европейских и американских клиник.

Сегодня Окружная клиническая больница располагает современным оборудованием, которое позволяет выполнять самые сложные операции, при этом, считает кандидат медицинских наук Прохор Павлов, выполняются они на уровне европейских клиник. И это не удивительно. В последние годы в здравоохранении Югры существует система подготовки кадров.

- Начинается обучение врачей в ведущих российских центрах: Санкт-Петербурге, Москве, Новосибирске. Затем наши специалисты проходят стажировки в европейских, американских университетах, где нам позволяют брать те технологии, которые применяются в этих клиниках. И мы практически сразу эти технологии внедряем. Наша больница находится на уровне ведущих университетских клиник Европы. Все технологии, которые мы здесь сегодня применяем, используются нашими коллегами в Германии, во Франции и в США.



Отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения Окружной клинической больницы Ханты-Мансийска с момента его основания было и остается одним из лидеров высокотехнологичной медицины в Югре. Отделение формировалось на основе модели университетской клиники с самыми прогрессивными методами диагностики и лечения, укомплектовано самым современным оборудованием.

**БУ «НЯГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»  
ОТМЕТИЛА 45-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ**

УДК 614.88

**САГА О ТЕХ, КТО ПЕРВЫМ ПРИХОДИЛ НА ПОМОЩЬ**

**Шалагинова Н.В.,**

медицинский статистик, специалист по связям с общественностью  
БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

**Гордя Р.А.,**

начальник отдела кадров  
БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

*Профессия медика – одна из самых древних, уважаемых и почетных. Помните у Чехова: «Иду я по деревне, здороваюсь без устали. Все меня знают, кланяются, благ желают. Доктору – уважение как никому».*

*Пока крутятся маяки «мигалки», в людях живет надежда, что если случится беда, то в любое время, в любую погоду к ним приедут, их найдут, их спасут. Любой ценой. Всегда!*

*Основная текущая работа по оказанию скорой помощи населению г. Нягани постоянно усовершенствуется и адаптируется под реалии сегодняшнего дня.*

**Ключевые слова:** скорая помощь, БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи», юбилей

**Производственная летопись**

Днем рождения службы скорой медицинской помощи считается далекий 1973 год, тогда было создано отделение СМП при Няганской участковой больнице. В феврале 1973 года в двухэтажном деревянном здании больничного городка Няганской городской больницы была выделена одна комната, где в вечернее и ночное время оказание услуг больным осуществлялось фельдшерской бригадой скорой помощи. Первыми сотрудниками были Зинаида Яковлевна Прилепская, Галина Ивановна Володина, Вера Владимировна Нагаева, Светлана Николаевна Комисарова.



Возглавила отделение Валентина Михайловна Невинская, под чутким руководством которой впоследствии создается укомплектованная суточная бригада из четырех фельдшеров.

С 29.09.1979 года история вышита на полотно судьбы БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» множеством реорганизаций: менялись места расположения, руководители, на работу приходили новые специалисты. Но, невзирая на все перемены, сплоченному коллективу учреждения, благодаря своим многочисленным преобразованиям, неиссякаемому потенциалу в сочетании с опытом, удалось сделать немало.

Условия Севера накладывали свой тяжелый отпечаток: бездорожье, отсутствие транспорта, радио- и телефонной связи, нехватка специалистов. Добираться на вызов приходилось на попутных машинах (водовозки, вахтовки) или, вообще, пешком.

«Запомнился случай, когда у человека случился инфаркт, и мы несли больного из дома, на носилках по бездорожью, на ногах – резиновые сапоги, на плече – кислородная подушка, а в руках – 7-килограммовый железный чемодан. Тяжелые трудовые годы были. Транспорт на пути развезти не мог. Люди в грязи утопали. Однажды в одном из жилых вагончиков в рай-

оне бывшего переезда пришлось принимать роды у женщины. Ничего. Справилась», – вспоминает Зинаида Яковлевна Прилепская.

В 1980 году в отделении работала одна бригада врачей, которая обслуживала весь пос. Нях. С получением статуса города в 1985 году количество бригад увеличилось до трех. В настоящее время обслуживают шесть бригад. Одна врачебная, пять фельдшерских. Имеется автопарк из 14 автомобилей.

1983-1984 гг. отделением скорой медицинской помощи заведует Лидия Игнатьевна Погорелова.

1985-1986 гг. создана вторая бригада, введены должности старшего фельдшера и диспетчера. Первым диспетчером по приему вызовов была Зинаида Яковлевна Прилепская.

1987-1988 гг. заведующим отделением СМП был А. Балков.

«В 1987 году за сутки поступало 10-12 обращений. Травмы, приступы, простуда... Всякое бывало. Как-то поехали на вызов – женщине плохо. Прибыли по адресу, а в квартире помимо больной пациентки двое маленьких голодных детей. У матери не было сил подняться и накормить малышей. Помогли всем: и женщину спасли и ребятишкам кашу сварили. Однажды поступил звонок – мужчина вскрыл вены. На месте выяснилось, что у пострадавшего жена беременная. Да и скандал в квартире разгорелся нешуточный. Случай тяжелый, было решено мужчину госпитализировать. Прямо у двери супруги затеяли драку. Испугалась страшно, но делать нечего, пришлось разнимать. Чуть сама жертвой не стала. Однако самое страшное – это огнестрельные и ножевые ранения. Никогда не забуду, как однажды, в ходе драки мужчина получил ножевое ранение в сердце. Благо, мы



вовремя успели. Оказали помощь и доставили в приемный покой. Человек остался жив», – рассказывает фельдшер скорой помощи Мархаба Акберовна Ягудина.

В 1987 году формируется врачебная бригада (первым врачом стала Надежда Петровна Гладкая).

1988-1998 гг. отделением СМП заведовала Т.И. Бова, обязанности старшего фельдшера исполняла Елена Юрьевна Мусихина (1992-2002).

В 1995 году формируется педиатрическая бригада. Первыми педиатрами СМП стали Виктор Николаевич Смирнов и Владимир Викторович Самойлович.

1997 год ознаменован «большим» событием – переездом в отдельное двухэтажное здание по проспекту Нефтяников, дом 11. Общая площадь здания 285 м<sup>2</sup>, здесь отделение расположено до сих пор.

В 2004 году постановлением мэра города Рыженкова А.В. образовано муниципальное учреждение «Станция скорой медицинской помощи». Штат сотрудников скорой помощи составлял 120 человек.

С 1998 по 2004 гг. заведующим отделением являлся Александр Витальевич Пономарев. Под его руководством произошло становление станции СМП как самостоятельного лечебного учреждения. Его опыт, оптимизм, работоспособность очень помогали в решении различных организационных вопросов.

С 2002 г. по настоящее время старшим фельдшером является Косенко Татьяна Ивановна.

С 2002 года введена в действие компьютерная система административно-диспетчерской связи, снабженная функцией звукозаписи поступающих вызовов.



Постепенно город растет и развивается, вместе с тем увеличивается количество обращений за скорой медицинской помощью, которое достигает 80-90 случаев в сутки.

С января 2005 г. в результате реорганизации системы здравоохранения города отделение Скорой медицинской помощи преобразовано в станцию «Скорой медицинской помощи», функционирующую под руководством главного врача А.В. Пономарева, заместителем главного врача по медицинской части Надеждой Петровной Гладкой.

В 2005 году был сформирован свой автопарк. По ПНП «Здоровье» в 2007 году Ханты-Мансийским автономным округом приобретены машины скорой помощи и в частности для скорой медицинской помощи города Нягань выделено 4 автомобиля класса А и В. В 2011 году получили автомобиль класса В.

В 2016 году приняли автомобиль СМП класса В Луидор – 2250В0, в количестве 3 шт., по распоряжению Департамента по управлению государственным имуществом ХМАО-Югры от 17.10.2016 года № 13-Р-2356. И автомобиль СМП класс В Луидор-2250В2, в количестве 1 шт. Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологическую медицинскую помощь скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации.

На всех машинах стоят рации, радиус действия которых составляет примерно 37 км. Также бригады СМП оснащены мобильными рациями, которые позволяют медицинскому персоналу вести переговоры с вызова, постоянно поддерживать связь с оперативным отделом и водителем для решения всех оперативных задач.



Ежесуточно на линию выезжает 6 единиц из собственного автопарка автомобилей «Скорая помощь», остальные машины выходят на линию согласно графика водителей, обеспечивая ротацию и качественного и вовремя проведенного технического осмотра и ремонта. Все машины полностью соответствуют отраслевому стандарту требований «Салоны автомобилей скорой медицинской помощи и их оснащения» приказ № 313 от 14.10.2002 года. (ОСТ 91500. 07. 0001-2002. СанПиН 2.1.32630-10 от 18.05.2010 г.)

2006-2007 гг. исполняющей обязанности главного врача была Надежда Петровна Гладкая.

С сентября 2007 года должность главного врача МУ «Станция скорой медицинской помощи» занимает Алексей Геннадьевич Иванов.

В декабре 2011 года учреждение реорганизовано в МБУЗ МО г. Нягань «Станция скорой медицинской помощи».

В ноябре 2013 года учреждение реорганизовано в БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи».

С 01 октября 2015 года на основании приказа Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 04.06.2015 №529 «О реорганизации службы скорой медицинской помощи в населенном пункте Талинка» вошла в состав БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи».

Радиус зоны обслуживания значительно увеличился:

г. Нягань – г. Ханты – Мансийск – 100 км., г. Нягань – пгт. Приобье – 25 км., пгт. Талинка – с. Пальяново – 40 км., пгт. Талинка – г. Советский – до 235 км.

Ежегодно ССМП обслуживает около 20 тысяч вызовов. Первую помощь населению города круглосуточно оказывают шесть бригад: пять фельдшерских и одна врачебная. С учетом филиала БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» в пгт. Талинка. Круглосуточно на станции СМП дежурит старший врач, который контролирует работу диспетчера и выездных бригад. Все сотрудники имеют профильный сертификат, практически весь медицинский персонал (кроме молодых специалистов) имеют квалификационные категории. Среднее время прибытия бригады на место вызова (происшествия) – регламентирована 20-минутная транспортная доступность.

БУ «НГ ССМП» осуществляет помощь согласно Федеральному Закону от 21.11.2011 г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

До 2008 года административная и диспетчерская службы ССМП работали по автоматизированной системе программного комплекса «ADIS». В октябре 2008 года для совершенствования работы СМП проведена модернизация рабочих мест, введен новый программный комплекс АСУ «Скорая помощь». Информационная технология, реализованная в системе, значительно повысила оперативность и качество процесса приема, обработки вызовов, статистической обработки данных. Стала более доступна архивная информация о пациентах, хронических и часто вызывающих скорую помощь.

С 2015 года БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» была подключена к корпоративной сотовой связи. Каждая бригада была оснащена сотовым телефоном, а также руководительский состав: главный врач, заместитель главного врача по медицинской части, старший врач смены, что улучшило оперативную работу.

С 1 февраля 2016 года станция перешла на работу в программе 103 «Унифицированное программное решение для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта. Управление станциями скорой помощи».

В рамках укрепления материально-технической базы системы здравоохранения получено восемь портативных ЭКГ фирмы «Аксион»; два

небулайзера, позволяющих вводить препараты ингаляционно; три Дефибриллятора фирмы «Аксион»; шесть термоодеял и шесть переносных бактерицидных облучателей фирмы «POZIS bio».

Для модернизации службы скорой медицинской помощи с 04 мая 2017 года все бригады Няганской городской станции скорой медицинской помощи оборудовали планшетными персональными компьютерами Digma Plane для работы в АРМ ВМБ (Автоматизированное рабочее место выездной мобильной бригады).

**Целью учреждения** является обеспечение потребности населения города Нягани в скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

В соответствии с номенклатурой медицинских организаций учреждение является станцией скорой медицинской помощи по территориальному признаку городским.

Для достижения своих целей учреждение осуществляет следующие основные виды деятельности:

- скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь;
- фармацевтическая деятельность для собственных нужд;
- деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Виды деятельности, не относящиеся к основным, приносящие доход:

- дежурство сотрудников бригад скорой медицинской помощи на спортивных соревнованиях, зрелищных мероприятиях, иных массовых мероприятиях.

### **Главное богатство – сотрудники**

За 45 лет плодотворной работы достигнуто немало. Всё благодаря неиссякаемому потенциалу и оптимизму – людям неравнодушным, которые, не считаясь со своими силами, а иногда, жертвуя личным временем и общением с семьями, трудились на благо родного поселка, а затем и города, трудились днем и ночью, в тепло и стужу.

Это еще раз говорит о том, что за названием стоят работающие люди, не пасующие ни перед превратностями профессии, ни перед пациен-



тами, ни перед капризами погоды... Сибирские люди вообще мало чего боятся.

Основной гордостью являются сотрудники, большинство которых отработали в службе скорой помощи г. Нягани длительное время: Прилепская З.Я. (стаж работы 40 лет), Косенко Т.И. (39 лет), Байгильдина М.Р. (33 года). Работают более 30 лет – Гладкая Н.П., Гильметдинова Н.Р., Задорина О.М., Ладейщикова Е.В., Пантелеева О.М., Головлева С.В., Клементьева Т.Н., Кречуняк С.В., Ягудина М.А., Бондаренко Т.А. Стаж работы более 20 лет: Петрухнова Т.В., Мусихина Е.Ю., Семенова Л.А., Николаева С.П., Шихова А.В.

Кадровое богатство – 143 сотрудника, из них фельдшеров скорой медицинской помощи – 77: с высшей категорией – 51 человек, первой категорией – 16 и со второй категорией – 3 человека; врачей – 9 человек: с высшей категорией – 4 и 5 человек имеют первую категорию. Принято много молодых специалистов после окончания медицинских вузов, колледжей, которые всегда могут обратиться за советом к опытным наставникам. Средний возраст сотрудников – 30-40 лет.

Под руководством Иванова Алексея Геннадьевича на скорой помощи было заменено устаревшее медицинское оборудование и введено в эксплуатацию новое, современное оборудование для работы выездных бригад:

аппараты ЭКГ «Шиллер», транспортные – реанимационные системы, дефибрилляторы – мониторы «Аксионь», пульсоксиметры, наборы транспортных шин, шейных воротников.

В 2010 году установлена система навигации «ГЛОНАСС», которая определяет фактическое местонахождение автомобиля скорой помощи.

В 2013 года получили шесть новых автомобилей: один класса «С» три класса «В» и два класса «А», все автомобили скорой помощи оснащены системой ГЛОНАСС.

Коллектив БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» – сплоченный, дружный, готовый прийти на помощь в трудную минуту. Оптимизм и энергичность молодых в сочетании с опытом старших коллег позволяют вносить позитивный настрой в трудовые будни.

За период существования Станции скорой медицинской помощи как самостоятельного учреждения:

В 2007 году – получили диплом за 2 место в городских соревнованиях «Команда Чемпион» по пейнтболу.

В 2010 году – диплом Победителя в городском смотре – конкурсе «Чистый город»;

Получили:

- благодарственное письмо от Администрации города за активное участие в акции «Я выбираю жизнь»;



- диплом победителя от главы администрации за 2 место в городском смотре - конкурсе «Чистый город» в номинации «Самая благоустроенная территория предприятия».

В 2011 году – команда «Скоровику» заняла 2 место в III городском спортивном фестивале «В здоровом теле – здоровый медик»;

Наше учреждение имеет Сертификат доверия работодателю № 161 в рамках проекта Добровольное декларирование работодателей Ханты-Мансийского автономного округа – Югры соответствия условий и охраны труда требованиям трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права».

В 2012 году команда «Позитив» заняла 2 место в городском спортивном фестивале «В здоровом теле – здоровый медик».

Благодарственное письмо от главы администрации города за участие в подготовке и проведении городского мероприятия, посвященного Дню весны и труда.

Получили диплом главы администрации за 3 место в номинации «Самая благоустроенная территория учреждений социальной сферы».

В 2013 году Общественным Советом при учреждениях здравоохранения, расположенных на территории города Нягани, был проведен конкурс «Признание» и интернет-голосование. Лучшими в номинации стали:

**Лучший врач скорой медицинской помощи 2012 года:**

- первое место – Артименко Иван Иванович;
- второе место – Гладкая Надежда Петровна;
- третье место – Ешану Оксана Юрьевна.



**Лучший фельдшер скорой медицинской помощи 2012 года:**

- первое место – Петрухнова Татьяна Викторовна;
- второе место – Гильметдинова Насима Рахимьяновна;
- третье место – Пантелеева Ольга Михайловна.

**В номинации «Лучший просветитель» – 2012 года среди медицинских учреждений города:**

- второе место – Бодяк Василий Владимирович.

В конце сентября 2015 года в Ханты-Мансийске состоялся окружной конкурс профессионального мастерства «Лучшая бригада скорой помощи – Югры».

В нелегкой борьбе Няганская бригада скорой помощи «Максимум» в составе: Николаевой С.П., Полежаевой Э.Р., Хабарова В.А. отвоевала 3 место. С поставленными задачами наша команда справилась блестяще, показала мастерское владение практическими навыками, за лучшее проведение сердечно-легочной реанимации были отмечены отдельно – объявлена благодарность организаторами конкурса.

В июне 2016 года команда «Максимум» приняла участие во Всероссийском конкурсе профессионального мастерства «Лучшая бригада скорой помощи» в составе: Колесник А.А., Мякота С.В., Полежаева Э.Р., Николаева С.П. и вошла в десятку лучших.

В декабре 2016 года в г. Тюмень прошёл финальный этап конкурса профессионального мастерства «Славим человека труда!» Уральского федерального округа, где фельдшер



БУ НГССМП Николаева Светлана Павловна, стала лауреатом 3 степени в номинации «Лучший фельдшер скорой медицинской помощи».

«Было очень познавательно. Любой конкурс мастерства – это, прежде всего, обмен опытом. В медицине, как и в другой сфере деятельности «Нет предела совершенству», так что есть к чему стремиться. Будем и дальше принимать участие в различных профессиональных конкурсах и занимать призовые места» – отметила Николаева С.П.

В июне 2017 года в г. Нягань прошел «IV окружной конкурс профессионального мастерства на звание: «Лучшая бригада скорой медицинской помощи Югры». БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» вошло в десятку лучших.

В номинации «Лучший водитель» главное призовое место занял водитель БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» Майоров Анатолий Анатольевич.

В 2017 году Управление по социальным вопросам администрации города Нягани совместно с руководителями учреждений здравоохранения, находящимися на территории города Нягань, провели конкурс «Призвание» среди медицинских работников учреждений и организаций всех форм собственности, находящихся на территории г. Нягани. Лучшими в номинации стали:

**Лучший фельдшер скорой медицинской помощи:**

- первое место – Николаева Светлана Павловна;
- второе место – Пантелеева Ольга Михайловна;
- третье место – Кузнецова Наталья Васильевна.

«Мы выбираем лучших из лучших, – подчеркнул директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. – Скорая медицинская помощь Югры самая профессиональная, самая опытная из всех бригад скорой медицинской помощи в России, я в этом уверен».

В декабре 2017 года БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» приняла участие в Окружном конкурсе социальных видеороликов Департамента здравоохранения ХМАО-Югры и БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская психоневрологическая больница» – «Радуга жизни – Здоровая Югра». Где получила почетное 2 место в номинации «Миссия Жизнь» с конкурсной работой: «Те кто пришёл на «скорую», остался работать навсегда, своей жизни вне любимой профессии просто не смыслит. Почему? Ответ прост – «Искреннее желание помогать людям».

**ПОЧЕТНЫЙ ДОНОР РОССИИ**

Артименко И. И. – врач – Почетный донор России

**ВETERАН ТРУДА РОССИИ**

Косенко Т.И., Байгильдина М.Р., Пантелеева О.М., Бондаренко Т.А., Гильметдинова Н.Р., Шихова А.В., Бодляк В.В.

**Награждены Почетной грамотой  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации:**

Бодляк В.В. – врач; Ешпану О.Ю. – врач; Абраменко Л.А.; Косенко Т.И. – старший фельдшер; Пантелеева О.М. – фельдшер; Ладейщикова Е.В. – фельдшер; Бондаренко Т.А. – фельдшер; Гильметдинова Н.Р. – фельдшер.

**Объявлена Благодарность Министерства  
здравоохранения Российской  
Федерации:**

Клементьева Т.Н.; Петрухнова Т.В.; Задорина О.М.; Семенова Л.А., Головлева С.В.

©Шалагинова Н.В., Гордя Р.А., 2018

## ПОЗДРАВЛЯЕМ

---

### **Полное наименование организации:**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

### **Сокращенное наименование:**

БУ ХМАО-Югры «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

### **Адрес местонахождения станции:**

628181, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Тюменская область, город Нягань, проспект Нефтяников, дом 11, тел./факс +7 (34672) 6 – 57 – 76, адрес электронной почты: sekretar@ssmpng.ru

### **Адрес местонахождения филиала:**

628195, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Октябрьский район, поселок городского типа Талинка, 4 микрорайон, дом 56, тел./факс +7 (34672) 4 – 90 – 93, 4 – 95 – 33

**Главный врач** – Иванов Алексей Геннадьевич,

тел. 8908 – 889 – 25 – 54, 8 (34672) 6 – 45 – 22, email: ivanovag@ssmpng.ru



---

Прием у главного врача по личным вопросам осуществляется каждый четверг с 16:00 до 17:00 часов.

Запись на прием ведется у секретаря по телефону: 8 (34672) 6 – 57 – 76

**Зам. главного врача по медицинской части** – Тимербаева Эльвира Фаргатовна,  
тел. 8908 – 889 – 25 – 11, 8 (34672) 5 – 12 – 18, email: [nachmed@ssmpng.ru](mailto:nachmed@ssmpng.ru)

### **ТЕЛЕФОНЫ ВЫЗОВА БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:**

фиксированная связь: 103,  
6 – 45 – 03 – город Нягань,  
4 – 90 – 93, 4 – 90 – 33 п.г.т. Талинка  
сотовая связь: 103

Телефон единой службы спасения – 112



### **Уважаемые коллеги!**

Предлагаем Вам публиковать статьи в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры: опыт и инновации».

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» с 2015 года издает региональный научно-методический журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» для осуществления обмена накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами, открытого и всестороннего обсуждения актуальных проблем современной медицины.

Журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» зарегистрирован управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015) и занесен в реестр Международного центра ISSN (ISSN 2411-7854). Также научно-методический журнал внесен в базу данных Научной электронной библиотеки РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Издание служит площадкой для внедрения инновационных идей, интеграции знаний и опыта ученых и практиков в системе здравоохранения. Освещает аспекты развития, вопросы модернизации отрасли, рассказывает о новых разработках, инновационных технологиях.

**Публикация в нашем журнале  
БЕСПЛАТНА.**

### **Условия публикации в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»**

В редакцию журнала предоставляется авторский оригинал статьи в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе Microsoft Word.

Допускается отправка статьи по электронной почте: [zmanovskayaev@miacugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miacugra.ru) с пометкой «Для публикации в журнале «Здравоохранение Югры»».

Авторский материал, изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, не быть описанием известных фактов (из учебников, справочников и т.п.), иметь прикладную ориентацию, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной проблемы здравоохранения, содержать выводы и рекомендации.

Рукописи принимаются к рассмотрению непрерывно в течение года. Авторам, оформившим подписку, предоставляется возможность внеочередной публикации статей.

#### **Сроки приема статей:**

в № 1 – до 15 февраля; в № 2 – до 15 мая; в № 3 – до 10 августа; в № 4 – до 15 ноября.

По всем вопросам обращайтесь по телефону 8(3467) 960-668 (Змановская Екатерина Викторовна – редактор Учебного центра), e-mail: [zmanovskayaev@miacugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miacugra.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Ершов В.И., Салманов Ю.М., Байчурина А.Ф., Раджабова И.К., Шилоносова Л.М. Анализ причин заболеваемости детского населения острыми инфекциями дыхательных путей множественной и неуточненной локализации .....3
- Васильева Е.Н. Организация сурдологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры.....7
- Грейлих А.В., Плеханова В.Д. Няганская городская детская поликлиника: профессионализм, человечность, ответственность.....10
- Кузьмичев Д.Е., Раннев А.Ю., Вильцев И.М., Штрек Л.А. Постнатальная смертность.....13
- Левачева А.И. Ежегодный Югорский конкурс «Радуга жизни» в 2017 году .....16
- Кузьмичев Д.Е., Штрек Л.А., Скребов Р.В., Вильцев И.М. Анализ летальных случаев среди несовершеннолетних на территории Восточного отдела казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2014, 2015 и 2016 годы.....19
- Перепелицкая А.Я. Сургутский клинический перинатальный центр – ключевые успехи и профессиональные достижения в перинатологии .....26

### ТОЧКА ЗРЕНИЯ

- 10 лет успешной работы. В Окружном кардиодиспансере подвели итоги реализации проекта «Югра-кор».....29

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Байкова М.А. Влияние замужества на аутоагрессивный потенциал студенток.....32
- Разводовский Ю.Е. Влияние повышения цены алкоголя на уровень его потребления ...35
- Шелюк О.Н. Психологические факторы формирования интернет-зависимости.....41
- Понич Е.С., Савостеева М.С. Опыт использования ивермектина в лечении розацеа.....43
- Бродский А.Г., Бобров И.М., Урванцева И.А., Ромашкин В.В., Лукашкин А.Г., Тильтаева Л.А., Бачинская И.Н. Сравнение подходов к хирургическому лечению патологии дуги аорты.....46
- Сомкина О.Ю., Жукова Ю.А., Ефимова А.Д. К вопросу динамики созависимых отношений.....51
- Омельченко Н.В., Урванцева И.А., Мамедова С.И. Проведение медицинской реабилитации пациентам с болезнями системы кровообращения.....57
- Третьякова Н.Ю. Снижение минеральной плотности костной ткани у больных раком молочной железы в пременопаузе.....60

### АКТУАЛЬНО

- Новое высокотехнологичное оборудование в ОКБ. Это позволит расширить спектр вмешательств и оказания помощи населению Югры.. .....65

### ПОЗДРАВЛЯЕМ

- Шалагинова Н.В., Гордя Р.А. Сага о тех, кто первым приходил на помощь.....67