



УДК 61  
ББК 5я43  
Ч-52

**Ч-52 VI НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (СБОРНИК ТЕЗИСОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФОРУМА), 14-18 НОЯБРЯ 2022 ГОДА, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ. — Москва: Издательство «Перо», 2022 — 2 Мб. [Электронное издание]**

**ISBN 978-5-00171-609-9**

**Издание посвящено изучению актуальных междисциплинарных проблем, связанных с диагностикой и лечением пациентов. В сборнике отражены результаты исследований, проведенных сотрудниками медицинских университетов и учреждений здравоохранения России.**

**Издание адресовано студентам, аспирантам и преподавателям высших медицинских учебных заведений, научным работникам, врачам различных специальностей.**

**ISBN 978-5-00171-609-9**

**УДК 61  
ББК 5я43**

**© СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»**





**VI НЕДЕЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ЕЛИЗАВЕТинСКОЙ БОльНИЦЕ  
(сборник тезисов многопрофильного медицинского форума),  
14-18 ноября 2022 года, г. Санкт-Петербург**

**Издательство «Перо»  
109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29-33, стр. 15, ком. 536 Тел.:  
(495) 973-72-28, 665-34-36  
Подписано к использованию 27.11.2022.  
Объем 2 Мбайт. Электрон. текстовые данные.**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Ключевой фонд страны в эпоху пандемии</b> <i>Барсукова И. М., Хоминец В. В., Тявокина Е. Ю., Степанова М. Н., Ким И. В.</i>	<b>4</b>
<b>Организационные подходы в лучевой диагностике у детей в неонатальном периоде</b> <i>Гажева А. А.</i>	<b>7</b>
<b>Некоторые аспекты организации стационарной медицинской помощи детям первого года жизни</b> <i>Данилова В. В.</i>	<b>9</b>
<b>Новое понятие — амбулаторнодополняющие технологии</b> <i>Карайланов М. Г., Прокин И. Г., Петрова Г. А., Мирошниченко И. В.</i>	<b>11</b>
<b>Частота развития врожденных пороков у детей (от 0 до 14 лет)</b> <i>Карайланов М. Г., Соболева О. С.</i>	<b>14</b>
<b>Кишечная ишемия: объективные диагностические критерии или интуитивный подход?</b> <i>Котков П. А., Сизуа Б. В., Петров С. В., Вовк А. В., Данилова В. В., Климов С. Е.</i>	<b>16</b>
<b>Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с кинетической апраксией</b> <i>Кутькова А. К., Токарева Д. В., Вознюк И. А., Полякова А. В.</i>	<b>19</b>
<b>Обеспеченность педиатрической службы Чеченской Республики средним медицинским персоналом</b> <i>Межидов К. С.</i>	<b>21</b>
<b>Некоторые вопросы изучения влияния факторов риска течения беременности на здоровье детей в перинатальном периоде</b> <i>Моисеева К. Е., Заступова А. А., Сергиенко О. И.</i>	<b>23</b>



**Современный методический подход к проведению эндоскопических манипуляций в амбулаторных условиях** **26**

*Павлов А. Ю., Родюков В. А., Оганесян В. А., Сидоров А. Н.*

**Клиническая эффективность различных сроков неоперативного лечения у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью** **28**

*Сигуа Б. В., Петров С. В., Котков П. А., Каландарова Д. Х., Чернышёв Д. А., Климов С. Е.*

**Нейростимулирующие методики в реабилитации пациентов с инсультом** **30**

*Токарева Д. В., Вознюк И. А., Полякова А. В.*

**Динамика численности врачей скорой медицинской помощи в Российской Федерации** **32**

*Хоминец В. В., Барсукова И. М., Степанова М. Н., Тявокина Е. Ю.*

## Коечный фонд страны в эпоху пандемии

*Барсукова Ирина Михайловна (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России)*

*Хоминец Владимир Владимирович (Министерство здравоохранения Рязанской области)*

*Тявокина Елена Юрьевна (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»)*

*Степанова Марина Николаевна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России)*

*Ким Ирина Валерьевна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России)*

**Ключевые слова:** пандемия, стационарная помощь, оптимизация здравоохранения

**Актуальность.** На фоне оптимизации системы здравоохранения, проводимой все последние годы и заключающейся, в том числе, в сокращении коечного фонда и объемов медицинской помощи в стационарных условиях, мы оказались, в некоторой степени, не готовы к пандемии коронавирусной инфекции: в связи с высочайшими показателями заболеваемости и летальности был отмечен острый дефицит коечных мощностей и кадровых ресурсов.

Целью исследования было провести анализ состояния коечного фонда стационаров в Российской Федерации (РФ) в период оптимизации здравоохранения и последующей пандемии коронавирусной инфекции, использованы материалы официальной федеральной государственной статистики (Росстат, Статистические сборники «Здравоохранение России», интернет-ресурсы: Коронавирус: статистика, <https://yandex.ru/covid19/stat#world>; Стопкоронавирус.рф). Применялись нормативные правовые, статистические и аналитические методы.

**Результаты исследования.** В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» специализированная медицинская помощь, как отдельный вид медицинской помощи, оказывается врачами-специалистами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методик и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Больничная (стационарная) помощь занимает



особое место в системе здравоохранения, поскольку обеспечивает оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи при наиболее сложных в лечебно-диагностическом плане и тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода, использования наиболее сложных (высокотехнологичных) методов обследования и лечения с применением новейших медицинских технологий, в ряде случаев — оперативного лечения, круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивной терапии.

Мероприятия по оптимизации стационарной помощи, проводимые в нашей стране в последнее десятилетие и имеющие целью повышение качества медицинской помощи на основе роста эффективности деятельности медицинских организаций и их работников, привели к существенному сокращению стационарных ресурсов: число больниц уменьшилось на 1243 (с 6308 (2010) до 5065 (2020) единиц), число больничных коек — на 150 тыс. При сохраняющемся высоком уровне заболеваемости (111-115 млн случаев в год, 2010-2020, Росстат) число коек за этот период ежегодно уменьшалось в среднем на 20 тыс. ед. и на конец 2020 г. насчитывало 1,2 млн ед. Наибольшему сокращению были подвергнуты койки терапевтического (-97 тыс. коек, на 33%), хирургического (-76 тыс. коек, на 30%) и гинекологического профиля (-33 тыс. коек, на 48%), положительная динамика наблюдалась только в отношении онкологических и инфекционных коек. Число последних после продолжительного падения увеличилось только в 2020 году (+15 тыс. в 2019 г.) в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции (Росстат).

Предполагалось, что массовое сокращение больниц и коек — часть стратегии по перераспределению ресурсов здравоохранения на уровень амбулаторно-поликлинических учреждений: их число за этот период увеличилось на 7,2 тыс. (с 15,7 тыс. до 22,9 тыс.) ед. (Здравоохранение в России, 2019, 2021).

Серьезным испытанием системы здравоохранения нашей страны стала пандемия новой коронавирусной инфекции. 2020-2021 годы — наиболее сложный период глобального распространения по миру этой новой, малоизученной ранее инфекции, унесшей миллионы жизней в мире и сотни тысяч — в нашей стране, продолжающей свое распространение и сегодня. (В РФ статистика на 01.10.2022 — 20,6 млн заражений — 14057,7 на 100 тыс. населения; 379,3 тыс. смертей — 258,3 на 100 тыс. населения; 10-е место в мире по числу заражений) (Коронавирус: статистика, <https://yandex.ru/covid19/stat#world>; Стопкоронавирус.рф).

В отношении инфекционных коек статистика такова: в период 2010-2019 гг. число инфекционных коек для взрослых сократилось на 40% (с 35,4 тыс. до 25,1 тыс.), а детских □ на 23% (с 33,1 тыс. до 26,8 тыс.), в 25 субъектах

РФ не было специализированных инфекционных больниц. При этом к началу пандемии отмечалась «неравномерность доступности медицинской помощи» для инфекционных больных, значительный дефицит кадров врачей-инфекционистов и врачей-эпидемиологов, превышающий средние показатели по стране (М.А. Мурашко, «Национальное здравоохранение», 2020).

Поэтому в 2020 году в России в экстренном порядке было построено 40 быстровозводимых госпиталей модульного типа и развернуто более 200 тыс. коек для больных с коронавирусной инфекцией. На фоне пандемии была сокращена (а в ряде случаев — прекращена) плановая госпитализация, что сопровождалось перепрофилированием коечного фонда: сокращением коек неинфекционного профиля, развертыванием «ковидных» коек.

**Выводы.** Стационарная помощь всегда была наиболее капиталоемким видом медицинской помощи, требуя в развитых странах до 60-80% ассигнований системы здравоохранения. Поэтому ресурсы, технологии и результаты ее оказания требуют пристального экономического анализа, а вопросы оптимизации коечного фонда, приведения его в соответствие с реальными потребностями населения всегда стояли на повестке дня.

Мобилизация ресурсов страны позволила решить поставленные задачи. Однако, анализ работы стационарной помощи в этот сложный период позволяет оценить работу медицинских организаций: проблемы, допущенные ошибки, возможности и перспективы, заложить организационный и научно-методический фундамент для дальнейшего развития, повысить готовность к работе в чрезвычайных ситуациях подобных пандемии новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

## Организационные подходы в лучевой диагностике у детей в неонатальном периоде

*Гажева Адиса Анзоровна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

**Ключевые слова:** новорожденные, лучевая диагностика, функциональная диагностика, неонатальный период, врожденные пороки развития сердца и магистральных сосудов.

**Актуальность и цели.** по данным ВОЗ 2,5-3% всех новорожденных уже при появлении на свет имеют различные пороки развития и к концу первого года жизни эта статистика достигает значений 5-7%. При проведении ряда процедур для дифференцировки заболеваний и аномалий развития по системам организма, приводящих к инвалидизации и смертности, было выявлено в структуре поражения нервной системы — около 50 %, при этом у 70–80 % детей они обусловлены перинатальными факторами. Согласно официальной статистике, в Российской Федерации частота врожденных и наследственных заболеваний среди всех новорожденных детей составляет 4–5%, а их доля в структуре младенческой смертности достигает 35–40%. Ежегодно в РФ на каждую тысячу рождается от 40 до 50 детей с врожденными и наследственными заболеваниями. В этой связи актуальной задачей в медицине является внедрение передовых современных технологий мониторинга аномалий в развитии детей.

**Материалы и методы.** Авторами, используя ресурсы поисковой системы SHI-HUB, PUB MED, World Health Organization, выполнен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций за последние 5 лет, по направлению исследований в области лучевой и функциональной диагностики в неонатальном периоде.

**Результаты.** Широкое внедрение таких высокотехнологических методов диагностики как магнитно-резонансная томография и компьютерная томография при исследовании врожденных пороков развития могут помочь врачам терапевтического и хирургического направлений в проведении более точных дифференциально-диагностических мероприятий для определения стратегии и тактики лечения (в том числе хирургического). Их использование позволят эффективно контролировать и прогнозировать дальнейшее развитие новорожденного. В течение последних лет был реализован широкий комплекс мер, направленных на защиту и сохранение здоровья данной категории населения. В отдельных регионах России подготовлены и реализованы федеральные программы мероприятий по сохранению здоровья детей первых 28-ми дней жизни.

В связи с этим с целью снижения инвалидизации и смертности новорожденных были разработаны и внедрены в систему здравоохранения России приказы Министерства Здравоохранения РФ, такие как приложение к приказу МЗ РФ от 4 апреля 2016 г. №252 «Об утверждении стандарта медицинской помощи новорожденным детям» и приказ МЗ РФ от 9 июня 2020 г. № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований». Также были разработаны клинические рекомендации необходимые для оптимизации и усовершенствования существующих программ, позволяющих сократить время, затрачиваемое врачом неонатологом, хирургом и другими смежными специалистами, которые курируют детей первых 28-ми дней жизни, в том числе на оформление медицинской документации при направлении на подтверждающие и уточняющие диагностические процедуры. Создана автоматизированная система подсчёта групп риска с учётом типа семьи для более качественного анализа состояния здоровья ребёнка и динамического контроля за проявлением рисков здоровью в течение первого года жизни. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660051 от 23 октября 2013 года «Определение групп риска у детей первого года жизни». Данная программа позволяет осуществлять эффективный диагноз у детей первого года жизни.

Установлено, что наиболее предпочтительным дополнительным методом диагностики является магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако, также важным инструментом является и мультиспиральная компьютерная томография (МКТ). Данный метод является лучевым методом и требует рассчитывать дозы облучения. В отечественной и зарубежной научных работах был проведен ряд работ, посвященных значимости МКТ при исследовании детей первых 28-ми дней жизни с врожденными пороками развития сердца и магистральных сосудов. Эти исследования показали достаточно высокую эффективность МКТ. Однако для оптимизации облучения детей врачам необходимо использовать в своей практике методические рекомендации Роспотребнадзора от 27.04.2007 № 0100/4443-07-34 «Гигиенические требования по ограничению доз облучения детей при рентгенологических исследованиях».

**Заключение.** Использование современных методов лучевой диагностики способствовали значительному снижению детской инвалидности и младенческой смертности. В настоящее время наиболее широко применяемым методом исследования состояния детей является нейросонография. В сложных случаях она дополняется таким методом, как МРТ. В неонатальном периоде, учитывая лучевую нагрузку, реже используются рентгеновские методы исследования (мультиспиральная компьютерная томография).



## Некоторые аспекты организации стационарной медицинской помощи детям первого года жизни

*Данилова Виктория Валерьевна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

**Ключевые слова:** стационарная помощь, госпитализация, дети первого года жизни, здоровье детской популяции.

**Актуальность и цели.** Охрана здоровья детского населения является важнейшей государственной задачей. Особое внимания государства к проблемам сохранения и укрепления детского здоровья изложено в Указе Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года N 240, согласно которому 2018–2027 годы были объявлены «Десятилетием детства» в России. В структуре педиатрической службы, с точки зрения медико-социальной и экономической эффективности, оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи детям первого года жизни, возможно только в условиях стационара. Это связано не только с оказанием экстренной помощи, но и с необходимостью применения сложных медицинских технологий для диагностики и лечения заболеваний, а также оказания медико-профилактической помощи и медицинской реабилитации.

**Материалы и методы.** Систематический обзор литературных источников по данной теме на основе методики «The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions». Согласно данной методике сформирована стратегия и проведен поиск публикаций в Научной электронной библиотеке ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)).

**Результаты.** Социально-экономические, демографические и другие статистические показатели, а также уровень оказания медицинской помощи матерям и детям, характеризуют работу педиатрической службы. В настоящее время практически во всех регионах Российской Федерации наблюдается тенденция к снижению младенческой и детской смертности и связано это главным образом с реализацией комплекса мероприятий, направленных на улучшение качества помощи беременным женщинам, новорожденным и детям первого года жизни.

Несмотря на положительную динамику в работе педиатрической службы, в здоровье детей наблюдается ряд негативных аспектов. Наблюдается рост числа детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, а также рост числа детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья

при рождении. Особое влияние на состояние здоровья детей оказывают социально-гигиенические факторы, патологическое течение беременности и родов, которые влияют на возникновения функциональных отклонений и определяют рост заболеваемости детей первого года жизни. Многие из патологических состояний новорожденных возникают по причине акушерской и экстрагенитальной патологии у матерей, что приводит к инфицированию и задержке внутриутробного развития плода

По данным научных исследований около половины родившихся детей имеют нарушения в состоянии здоровья. Среди детского населения в первый год жизни наблюдается рост частоты возникновения заболеваний, приводящих к социальным ограничениям и инвалидизации. Эти сложившиеся негативные тенденции в состоянии здоровья детей являются приоритетными задачами, стоящими перед всей системой здравоохранения.

Несмотря на оказание высококвалифицированной медико-профилактической и амбулаторно-поликлинической помощи, внедрение в деятельность детских стационаров современных медицинских и управленческих технологий не теряет своей актуальности.

Многофункциональные детские стационары и перинатальные центры оказывают не только специализированную, в том числе высокотехнологичную педиатрическую помощь, но и принимают активное участие в оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. Кроме того, в современных условиях одной из актуальных цифровых технологий, активно применяемых в отечественном здравоохранении, является оказание дистанционной медицинской помощи благодаря телемедицинской консультации. С помощью телемедицины возможно решение самых экстраординарных ситуаций, изменение алгоритма лечения, плана диагностики, реабилитации и принятия решения о госпитализации.

**Заключение.** С учетом социально-гигиенического, медико-демографического мониторинга состояния здоровья детской популяции и аудита качества медицинской помощи возможно эффективное планирование и развитие стационарной педиатрической помощи детям. Удовлетворение потребностей, свойственных процессу роста и развития детского организма лежит в основе деятельности системы охраны материнства и детства.

## Новое понятие — амбулаторнодополняющие технологии

*Карайланов Михаил Георгиевич (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России)*

*Прокин Игорь Генрихович (ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России)*

*Петрова Галина Анатольевна (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19»)*

*Мирошниченко Ирина Владимировна (СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19»)*

**Ключевые слова:** амбулаторнодополняющие технологии, медицинские организации, определение, первичная медико-санитарная помощь, понятие, терминология, технологии.

В настоящее время первичная медико-санитарная помощь является одним из активно развивающихся видов медицинской помощи в современной системе здравоохранения Российской Федерации. Это обусловлено ее наибольшей потребностью при оказании медицинской помощи населению. Последние годы удалось достичь наибольшей доступности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Начатая с 2010 г. в Российской Федерации реализация целевых программ и проектов положительно сказалась на некоторых показателях здоровья населения, развитии первичной медико-санитарной помощи, а проводимая в настоящее время модернизация системы здравоохранения объявлена приоритетной задачей развития отрасли на ближайшие годы.

В последнее десятилетие увеличилась профилактическая направленность: возросла доля посещений с профилактической целью; увеличился процент охвата населения диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами, профилактическими прививками; снизился уровень управляемых инфекций. Улучшилось материально-техническое оснащение, укомплектованность штатного расписания, лекарственное обеспечение, повысилось качество оказываемой медицинской помощи, уменьшилась материнская и младенческая смертность. Вырос уровень профессиональной подготовки медицинских работников. Все вышеуказанное позволило улучшить ряд показателей деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения.

Наряду с динамичным развитием первичной медико-санитарной помощи отмечаются и существенные изменения в ее профессиональной терминологии. Некоторая нормативно-правовая база Российской Федерации не всегда успевает за динамичным развитием самой системы первичной медико-санитарной помощи.

Во многих литературных источниках уже неоднократно отмечалось о допущении двусмысленных понятий среди профессионального сообщества при нечеткой интерпретации профессиональной терминологии в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Актуальность данного вопроса обусловлена и тем, что представленная ниже выборка и последующая оценка показателей деятельности медицинских организаций при оказании первичной медико-санитарной помощи невозможна без четко сформулированной терминологии.

В настоящее время в здравоохранении применяется термин технология. Само понятие технология (в переводе с греческого языка означает искусство, умение, мастерство) раскрывается как совокупность инструментов и методов с целью достижения желаемого результата. В широком смысле означает применение научных знаний для решения практических задач, включает в себя способы работы и последовательность действий. Понятие технологии является новым и многогранным термином, точное определение которого ускользает ввиду постоянного развития его смысла, как самого по себе, так и взятого в отношениях с другими, такими же широкими понятиями как культура, политика, общество.

В здравоохранении термин технологии применяется в контексте: стационарозамещающие, бережливые, высокотехнологичные, но при этом ни одно наименование не позволяет их использование при оказании первичной медико-санитарной помощи. Учитывая вышеизложенное, нами предлагается новый термин «амбулаторнодополняющие технологии», так как нам не удалось найти в литературе какого-либо определения его понятию. Данный термин позволит расширить терминологию первичной медико-санитарной помощи при проведении ряда исследований.

Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным дать определение предложенному нами понятию «амбулаторнодополняющие технологии».

«Амбулаторнодополняющие технологии» — совокупность сформированных с учетом унифицированных подходов современных новейших методов, обеспечивающих на догоспитальном этапе доступность и полноту комплексного оказания медицинской помощи (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация) по различным профилям всем группам населения с целью оптимального использования ресурсов здравоохранения.

Таким образом, основываясь на нормативно-правовой документации в области первичной медико-санитарной помощи авторами сформулировано и обосновано новое понятие «амбулаторнодополняющие технологии», активное использование которого позволит дополнить понятийный аппарат первичной медико-санитарной помощи и исключить разночтение в профессиональной терминологии.



**Результаты проведенных исследований по формированию нового понятия должны лечь в основу корректной интерпретации показателей комплексной оценки деятельности первичной медико-санитарной помощи субъекта Российской Федерации.**

## Частота развития врожденных пороков у детей (от 0 до 14 лет)

*Карайланов Михаил Георгиевич (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

*Соболева Ольга Серафимовна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

**Ключевые слова:** врожденные пороки, врожденные аномалии, детская заболеваемость, детская смертность, материнство и детство, детское население, инвалидность.

Согласно ст. 38 Конституции Российской Федерации одним из важных направлений социальной политики Российской Федерации является защита семьи, материнства и детства.

Стратегической задачей службы материнства и детства остается снижение заболеваемости и смертности новорожденных. В структуре общей заболеваемости и смертности детей значимую долю составляют врожденные пороки развития.

Врожденные пороки развития — это структурные или функциональные отклонения от нормы, возникшие в период внутриутробного развития, которые могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни.

По данным Всемирной организации здравоохранения частота встречаемости врожденных пороков развития среди всех врожденных заболеваний у детей составляет от 3 до 6%. Пороки развития приводят к летальности в 30-40% случаев, в том числе они являются основной причиной детской смертности (до 25%) и инвалидности (до 50%).

В Российской Федерации в 2021 г. зарегистрировано 3598,6 детей с врожденными пороками развития на 100000 детского населения. С каждым годом в нашей стране отмечается рост количества детей с впервые установленным диагнозом «врожденные пороки развития»: в 2020 г. — 878,5 детей, в 2021 г. — 907,6 детей на 100000 детского населения. Около одной трети детей с врожденными аномалиями подвергаются хирургическому вмешательству.

Затраты на оказание первичной медико-санитарной помощи женщинам, включая ведение беременности, родовспоможение, хирургическую помощь детям с врожденными пороками, социальную помощь детям-инвалидам составляют более 2 млрд. рублей в год.



Основными принятыми факторами развития врожденных аномалий являются социально-экономические, генетические, инфекционные, экологические, а также питание.

Поэтому важной целью медико-санитарных мер при подготовке к беременности, дородовом медицинском наблюдении являются профилактические мероприятия, которые снижают частоту появления врожденных пороков развития у детей.

К профилактическим мерам относят нормализацию качества питания женщин репродуктивного возраста, употребление витаминов и минералов, здоровый образ жизни без курения и употребления алкоголя, контроль за воздействием на организм беременной женщины излучения, лекарственных препаратов, расширение охвата вакцинации против вируса краснухи, скрининг.

В настоящее время профилактика врожденных аномалий проводится в медико-генетических консультациях, где оказывается не только медицинская, но и социальная, психологическая помощь.

Таким образом, наблюдается ежегодный рост частоты врожденных пороков развития среди детского населения. Данная проблема требует особого внимания и остается актуальной для Российской Федерации, так как не только непосредственно влияет на здоровье, качество и продолжительность жизни населения, но и ложится экономическим и социальным бременем для государства в виде затрат на первичную медико-санитарную помощь для новорожденных и детей старшего возраста, медицинское обслуживание детей-инвалидов и их реабилитацию.

## Кишечная ишемия: объективные диагностические критерии или интуитивный подход?

*Котков Павел Александрович (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)*

*Сизуа Бадри Валериевич (ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России)*

*Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

*Вовк Андрей Владиславович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

*Данилова Валерия Вадимовна (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

*Климов Сергей Евгеньевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

**Ключевые слова:** кишечная ишемия, ущемленная грыжа, мезентериальный тромбоз, острая кишечная непроходимость.

**Актуальность и цели.** В числе общеизвестных показаний к проведению неотложного хирургического вмешательства особняком стоит такой патологический процесс, как кишечная ишемия, основными причинами которого являются ущемленные грыжи, острая странгуляционная кишечная непроходимость (ОКН) и окклюзионные нарушения мезентериального кровотока. Если выявление первого из перечисленных заболеваний в большинстве случаев не вызывает существенных трудностей, то последние два процесса могут создавать значительные диагностические трудности и, как следствие, приводить к тактическим ошибкам.

**Пациенты и методы.** Для выявления факторов, ассоциированных с кишечной ишемией, были отобраны 206 больных, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2019 по 2022 гг. с патологическими состояниями, сопровождающимися нарушением кишечной перфузии и острой кишечной непроходимостью: 15 больных со странгуляционными формами острой кишечной непроходимости, 75 — с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, 40 — с окклюзионными нарушениями мезентериального кровотока, 1 больной со спонтанной гематомой брыжейки тонкой кишки. Группу сравнения составили 75 пациентов с острой кишечной непроходимостью нестрангуляционного генеза, у которых не было существенных нарушений кишечной перфузии.

С целью определения диагностической ценности была проанализирована корреляционная связь между рядом клинических и лабораторно-инструментальных данных с одной стороны и степенью нарушения кишечной перфузии — с другой, при этом последняя оценивалась по трехступенчатой схеме как «отсутствие изменений», «обратимая ишемия» и «некроз» кишки.



Среди рассмотренных диагностических параметров, зафиксированных при поступлении пациента, фигурировали общесоматические характеристики (возраст, пол, проявления генерализованного атеросклероза), клиническая картина, объективная симптоматика, ряд лабораторно-инструментальных показателей. Что касается более технологичных методы визуализации — компьютерной томографии и ангиографии, то детальный анализ данных исследований не проводился ввиду несистемного их выполнения.

**Результаты.** Большая часть исследуемых клинических и лабораторно-инструментальных параметров характеризовалась отсутствием ассоциации с вероятностью наличия у пациента кишечной ишемии, ввиду чего их диагностическая ценность была признана незначимой. Впрочем, ряд параметров все же продемонстрировали хоть и невыраженную, но положительную корреляционную связь и были включены в дальнейший анализ. В число таких признаков вошли возраст, уровень лейкоцитов, содержание АСТ, амилазы, общего билирубина, ультразвуковые признаки нарушения перистальтики и расширения кишки более 3 см. На основе перечисленных параметров путем проведения бинарной логистической регрессии была сформирована корреляционная модель. Следует отметить, что даже при условии включения в нее прогностически значимых (насколько это возможно) параметров, ее диагностическая точность составила всего 59,8%. Иными словами, в 40,2% случаев применения указанного уравнения клинико-лабораторная картина была трактована неверно в пользу ложно-положительного (в большинстве случаев) или ложно-отрицательного результатов. Кроме того, о невысокой предиктивной эффективности полученного регрессионного уравнения свидетельствует низкое значение скорректированного коэффициента детерминации  $R^2$ , составившего всего 0,088.

В дальнейшем была осуществлена попытка выявить корреляционную связь между исследуемыми факторами и объемом пораженной кишки. Исходя из полученных сведений, значимая корреляция с силой, отличной от нулевой, была зафиксирована лишь при анализе зависимости между уровнем АСТ и объемом некротизированной кишки. Что касается остальных лабораторных и инструментальных параметров, то достоверного влияния длины пораженной кишки на их значения обнаружено не было, что ставит под сомнение само наличие патогенетической связи между рассматриваемыми показателями и нарушением кишечной перфузии.

**Заключение.** В ходе проведения корреляционного анализа были выявлены ряд параметров, характеризующиеся наличием связи с вероятностью наличия кишечной ишемии, среди которых присутствовали как общесоматические (возраст), так и лабораторные (уровень лейкоцитов, амилазы, общего

билирубина) и инструментальные параметры (ультразвуковые признаки расширения кишки). Впрочем, полученные коэффициенты корреляции соответствовали низкой степени связи, а полученное в ходе бинарной логистической регрессии уравнение характеризовалось неудовлетворительной специфичностью и слабо описывало исследуемую дисперсию. Более того, достоверной связи между выявленными биохимическими параметрами и объемом пораженной кишки также обнаружено не было, не считая умеренной корреляции между уровнем АСТ и длиной некротизированной кишки. Подводя итог, следует признать, что попытку объективизировать процесс выявления состояний, сопровождающихся кишечной ишемией, на основе общедоступных методов диагностики нельзя назвать успешной, т.к. полученная математическая модель даже в контексте рассматриваемых клинических случаев продемонстрировала низкую диагностическую точность и, очевидно, непригодна для дальнейшего экстраполирования.

Следует признать, что своевременное (в пределах 2-х часов от поступления) выявление странгуляционной кишечной непроходимости и мезентериального тромбоза не является возможным, опираясь лишь на рутинные общедоступные методы диагностики. Выход из данной ситуации возможен либо путем разработки общедоступных высокоспецифичных маркеров кишечной ишемии, либо широким внедрением более технологичных методов визуализации. До реализации упомянутых мер частота диагностических и тактических ошибок, очевидно, может сохраняться на неудовлетворительном уровне.



## Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с кинетической апраксией

Кутькова А. К.<sup>1</sup>, Токарева Д. В.<sup>1,2,4</sup>, Вознюк И. А.<sup>2,3</sup>, Полякова А. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУСПб Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБВОУ ВО Военно-Медицинская академия имени С. М. Кирова Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Ключевые слова:** инсульт, когнитивный тренинг, апраксия, транскраниальная магнитная стимуляция, реабилитация

**Актуальность и цели.** Когнитивные нарушения являются одним из частых последствий инсульта. Среди пациентов с когнитивными нарушениями кинетическая апраксия обнаруживается у 40% пациентов. Кинетическая (динамическая) апраксия проявляется в виде неспособности удерживать последовательность движений при выполнении различных действий (бытовых, профессиональных), нарушений временной организации двигательных актов, склонности к моторным персеверациям. Наличие данных симптомов у пациентов снижает их способность к самообслуживанию и бытовую независимость, затрудняет процесс физической реабилитации при наличии парезов, так как пациент не в состоянии усвоить правильный паттерн движений, а также негативно сказывается на уровне мотивации пациентов на восстановительное лечение. Цель исследования — оценить эффективность совместного применения методов нейропсихологической коррекции и ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) в реабилитации пациентов неврологического профиля, имеющих нарушения кинетического праксиса.

**Пациенты и методы.** В исследовании принимали участие пациенты, находящиеся в остром и раннем восстановительном периоде после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), имеющие нарушения кинетического праксиса. Реабилитационные занятия продолжительностью 25-30 минут проводились с пациентами ежедневно на протяжении 10-12 дней.

В процессе занятия использовались методы нейропсихологической коррекции и рТМС. Критериями исключения стали наличие противопоказаний для рТМС в виде наличия металлических немедицинских инородных тел, особенно в голове и костях черепа, кардиостимулятора или водителя ритма, беременности, эпилептических приступов в анамнезе, а также наличие выраженного когнитивного дефицита и сенсомоторной афазии грубой степени.

В начале занятия нейропсихолог проводил с пациентом ряд коррекционных упражнений, направленных на восстановление кинетического праксиса: срисовывание орнаментов, воспроизведение различных ритмов по образцу, работа с визуально-динамическим рядом, продолжение графических последовательностей. Затем применялся метод рТМС на область премоторной зоны левого полушария по стимулирующей методике (частота 10 Гц следующих пачками по 50 импульсов с перерывом 5 секунд, 90% от порога моторного ответа, всего 1000 импульсов на 1 процедуру). Во время проведения рТМС нейропсихолог продолжал выполнять с пациентом определенный набор упражнений: задания на реципрокную координацию, повторение сукцессивно организованных движений рук, выкладывание последовательностей предметов и картинок, серийный счёт, решение задач в несколько действий. По окончании процедуры рТМС пациенту выдавалось задание для самостоятельной вечерней работы: письменное продолжение узоров, заучивание простых стихотворений, повторение заданных последовательностей движений.

**Результаты.** В результате у пациентов, с которыми проводились вышеописанные мультимодальные стимулирующие мероприятия, наблюдалась выраженная положительная динамика в виде полного или частичного регресса кинетической апраксии, повышения мотивации на реабилитацию, улучшение комплаенса пациента со специалистом по физической реабилитации. Пациенты, с которыми во время реабилитации проводились только нейропсихологические занятия либо только процедуры рТМС, также отмечали положительную динамику, но в меньшей степени.

**Заключение.** Мультимодальное применение методов рТМС совместно с когнитивным тренингом является более эффективным методом в реабилитации пациентов неврологического профиля с кинетической апраксией, чем стандартные реабилитационные мероприятия.

## Обеспеченность педиатрической службы Чеченской Республики средним медицинским персоналом

*Межидов Казбек Султанович (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

**Ключевые слова:** средний медицинский персонал, педиатрическая служба, обеспеченность, Чеченская Республика.

**Актуальность и цели.** Важная роль в реформировании здравоохранения принадлежит специалистам сестринского дела, которые являются реальным потенциалом для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи. В связи с тем, что дефицит среднего медицинского персонала ограничивает возможности дальнейшего развития системы медицинской помощи населению, важной целью медико-социальных исследований является оценка обеспеченности средним медицинским персоналом отдельных регионов России.

**Материалы и методы.** Проанализированы статистические сборники ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения (Средний медицинский персонал)», а также статистические отчеты по Чеченской Республике «Сведения о медицинской организации» (ф. №30) за 2017-2021 гг.

**Результаты.** Установлено, что в 2021 году обеспеченность Чеченской Республики средним медицинским персоналом составила 67,6 на 10000 населения, что в 1,2 раза ниже, чем в среднем по стране (80,1). Особо существенная разница наблюдалась в обеспеченности средним медицинским персоналом жителей сельской местности, обеспеченность которых была ниже в 1,6 раза (30,7 против 49,0 на 10000 населения). При этом разница в обеспеченности медицинскими сестрами меньше, чем обеспеченность всем средним медицинским персоналом — 1,1 раза (57,0 против 51,1 на 10000). В период с 2017 года обеспеченность жителей республики средним медицинским персоналом существенно не изменилась (2017 год — 67,1 на 10000).

Среди всех физических лиц средних медицинских работников 9,7% работали в педиатрии. Обеспеченность средними медицинскими работниками, работающими по специальности «сестринское дело в педиатрии» в 2021 году составила 6,54 на 10000 населения, что ниже средней обеспеченности по стране в 1,4 раза (РФ — 9,08). Среди работающих по специальности «сестринское дело в педиатрии» 43,9% имели квалификационную категорию, что несущественно ниже, чем в среднем по РФ (49,2%).

Особо значимое место в системе охраны материнства и детства занимает первичная медико-санитарная помощь, в связи с чем представлялось важным оценить обеспеченность населения участковыми медицинскими сестрами, работающими с участковыми врачами-педиатрами. Установлено, что в 2021 году обеспеченность участковыми медицинскими сестрами, работающими на педиатрических участках, составила 8,60 на 10000 населения и, как и обеспеченность прочими средними медицинскими работниками, в Чеченской Республике была ниже, чем в среднем по РФ. Однако это разница была несколько меньше — 1,1 раза (РФ — 9,39). Анализ динамики обеспеченности населения участковыми медицинскими сестрами показал положительную тенденцию в период с 2017 по 2020 год — 2017 год — 8,18, 2020 год — 9,26 на 10000. Однако в 2021 году обеспеченность значительно сократилась до 8,60 на 10000. Несмотря на меньшую обеспеченность средним медицинским персоналом участковой педиатрической службы, по уровню квалификации работающие участковые медицинские сестры практически не отличаются от средних показателей по стране — среди них 47,7% имеют квалификационную категорию, в то время как в среднем по РФ — 46,0%.

**Заключение.** Обеспеченность средним медицинским персоналом педиатрической службы Чеченской Республики ниже, чем в среднем по стране, однако по квалификации средние медицинские работники республики соответствуют среднереспубликанскому уровню. Наименее проблематичной является обеспеченность педиатрических участков участковыми медицинскими сестрами.

## Некоторые вопросы изучения влияния факторов риска течения беременности на здоровье детей в перинатальном периоде

*Моисеева Карина Евгеньевна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

*Заступова Анна Алексеевна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России)*

*Сергиенко Ольга Игоревна (ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России Перинатальный центр)*

**Ключевые слова:** новорожденные, здоровье, перинатальный период, беременные.

**Актуальность и цели.** Перинатальный период — период с 22 полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода по 7-й день включительно (168 часов) внеутробной жизни. Перинатальный период включает время до родов — антенатальный, роды — интранатальный, после родов — постнатальный период. Антенатальная охрана плода относится к важнейшим проблемам здравоохранения. Известно, что внутриутробно идет формирование всех органов и систем, их развитие и совершенствование. От того, как развиты органы и системы у плода, зависит состояние здоровья в последующие этапы жизни человека. С учетом сложившейся обстановки, касающейся современной демографической и социально-экономической ситуации в Российской Федерации, требуется совершенствования помощи беременным женщинам и новорожденным детям с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности, профилактики инвалидности детства.

**Материалы и методы.** Мы провели литературный обзор научных трудов за последние 2 года, используя ресурсы поисковой системы: eLIBRARY, по вышеуказанным ключевым словам. Для данного исследования мы использовали статьи и авторефераты диссертаций, содержащие доказательную базу по современным вопросам, касающиеся течения беременности, здоровья детей в перинатальном периоде.

**Результаты.** Демографическая значимость перинатального периода жизни новорожденных, имеет неоценимое значение для рождения здоровых детей, которые являются резервом здоровья любой страны. Необходимо отметить, что здоровье семьи и качество жизни в сообществе, оказывают большое влияние на внутриутробное развитие ребенка, что особенно актуально для России, где отмечается невысокая рождаемость.

Наиважнейшим направлением национальной политики Российской Федерации является стимулирование здоровой беременности и сохранение здоровья детей. Главными индикаторами этой политики являются показатели перинатальной и материнской смертности. Уменьшение уровня этих индикаторов дает оценку не только степени репродуктивного здоровья населения, но и свидетельствует о качестве оказания, как акушерской, так и перинатальной помощи, что доказывает зависимость здоровья беременных женщин от организации медицинской помощи.

Состояние здоровья детей находится в прямой зависимости от заболеваемости их матерей во время беременности. Некачественное ведение беременности и родовспоможения могут привести к серьезным последствиям для здоровья матери и ребенка. Недостаточная прибавка массы тела беременной также является одним из факторов риска развития перинатальной патологии, так как недостаточность трофической функции материнского организма приводит к плацентарной недостаточности и задержке развития плода.

Кроме того, на здоровье плода оказывают влияние экстрагенитальные заболевания и акушерские патологические состояния беременных. Наличие анемии и преэклампсии у данных женщин способствуют развитию перинатальной патологии плода за счет формирования у будущей матери плацентарной недостаточности.

Указывается, что причиной снижения качества родовспоможения является фактор акушерской агрессии, который приводит не только к осложнениям родов, но и перинатальной патологии. При этом установлено негативное влияние ряда лекарственных средств, применяемых во время родов, особенно анестетиков имеющих кардиодепрессивный эффект, на дыхательную функцию и постнатальную адаптацию новорожденных.

Большое количество, проведенных и проводимых в настоящее время, исследований посвящены влиянию социальных факторов риска на здоровье детей, куда входят социально-гигиенические (бытовые и материальные условия и др.), медико-демографические (возраст родителей, неполная семья и др.) и социально-психологические (плохая морально-психологическая обстановка в семье, не желаемая беременность и др.) факторы. Хроническая артериальная гипертензия и преэклампсия/эклампсия у беременной женщины, ее низкий уровень образования и отсутствие работы, злоупотребление алкогольными напитками, курение, низкая масса тела женщины, первые роды повышают риск рождения маловесного доношенного ребенка.

Неблагоприятными факторами, увеличивающими количество преждевременных родов, (в совокупности с плохим репродуктивным анамнезом, экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности) являются беременность



у незамужних женщин, недостаточное образование матери, отсутствие работы, курение и злоупотребление алкоголем, возраст женщины (до 18 лет и старше 35 лет). Отмечено, что частота мертворождений и неонатальной смертности возрастает при рождении детей у женщин, страдающих ожирением при индексе массы тела более 30.

Увеличивает риск преждевременных родов курение женщины во время беременности и соответственно риск неонатальной смертности. Исследование влияния табакокурения матерей показало, что более трети доношенных детей, родившихся у курящих женщин, имели задержку внутриутробного развития.

Наличие у женщины таких хронических заболеваний как хроническая почечная недостаточность, артериальная гипертензия, диабет, антифосфолипидный синдром, гемоглобинопатии, тромбофилии существенно увеличивают риск неблагоприятного исхода для ребенка. Алкоголизм, наркотики и инфекционные заболевания оказывают крайне негативное воздействие на исход беременности. От 2-х до 5-ти раз возрастает риск смерти ребенка в неонатальный период жизни при многоплодной беременности, чем при одноплодной.

**Заключение.** Таким образом, на первый план выходят вопросы поиска и внедрения продуктивных прогностических, диагностических и организационных методов, необходимых для улучшения показателей здоровья и качества жизни беременных женщин с целью предотвращения негативного влияния социально-гигиенических, медико-демографических и социально-психологических факторов на здоровье детей.

## Современный методический подход к проведению эндоскопических манипуляций в амбулаторных условиях.

*Павлов Андрей Юрьевич (ГУЗ «Военно-медицинское управление КГБ Республики Беларусь»)*

*Родюков Владимир Алексеевич (ГУЗ «Военно-медицинское управление КГБ Республики Беларусь»)*

*Оганесян Вероника Александровна (ГУЗ «Военно-медицинское управление КГБ Республики Беларусь»)*

*Сидоров Артем Николаевич (ГУЗ «Военно-медицинское управление КГБ Республики Беларусь»)*

**Ключевые слова:** амбулаторная эндоскопия, предманипуляционный анамнез, анкетирование, медицинская сортировка, безопасность, добровольное осознанное информированное согласие.

**Актуальность и цели.** Значительная часть литературных медицинских источников содержит информацию о подготовке, обезболиванию и технике эндоскопических исследований в условиях стационара. Проведенное нами исследование направлено на улучшение качества эндоскопических манипуляций в амбулаторных условиях, при которых не применяется общая анестезия, нет возможности длительного наблюдения за пациентом после проведенной процедуры, и, как правило, анамнез жизни и болезни, а также сопутствующая патология врачу-эндоскописту неизвестны. В связи с этим риск осложнений и недостаточный лечебно-диагностический объем эндоскопических исследований выше у пациентов амбулаторного звена. Мы рассмотрели и проанализировали пятилетний опыт работы нашего учреждения для оптимизации подготовки пациентов, повышению безопасности и информативности диагностических и лечебных эндоскопических манипуляций в амбулаторных условиях.

**Пациенты и методы.** За пять лет на базе нашего учреждения здравоохранения было проведено 6679 эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопий, колоноскопий, бронхоскопий). Из них 3740 мужчин (55,1%) и 2939 женщин (44,9%). Возрастная категория: 18- 85 лет. С 2022 года применена методическая подготовка пациентов, включающая: 1) беседу с каждым пациентом для установления предманипуляционного анамнеза (предварительный диагноз, цель исследования, наличие сопутствующей патологии и степень ее компенсации; прием антикоагулянтов/антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных препаратов, ингибиторов протонной помпы; аллергологический анамнез по местным



анестетикам; разъяснение необходимости и срочности проведения диагностических и лечебных манипуляций при эндоскопическом исследовании; необходимость послеманипуляционного наблюдения); 2) медицинскую сортировку, направленную на выделение амбулаторного и стационарного контингентов; 3) получение добровольного информированного осознанного согласия; 4) контроль самочувствия и состояния пациентов во время и после эндоскопических манипуляций (пульс, частота дыхания, артериальное давление, цвет и сухость кожных покровов, ВАШ).

Методы: 1) анкетирование пациентов до и после эндоскопических манипуляций; 2) изучение предманипуляционных эпикризов от направившего врача; 3) изучение медицинской сортировки пациентов в зависимости от сложности эндоскопической манипуляции и лечебно-диагностических целей. 4) применение метода добровольного информированного осознанного согласия у опытной группы пациентов и сравнение результатов с контрольной группой пациентов.

Результаты. Опытная группа составила 144 пациента, из них 82 мужчины, 62 женщины, возрастная категория 18-81 год. В связи с применением метода добровольного информированного осознанного согласия, на основании данных анкетирования, были получены следующие данные: 1) оценка ВАШ до процедуры: 1-2, после: 1-2; 2) пульс до процедуры: 76-84 уд/мин, после: 78-86 уд/мин; 3) частота дыхательных движений до: 16-18/мин, после 17-19/мин; 4) артериальное давление до: 115/75, после: 120/80 мм.рт.ст.; 5) оценка кожных покровов до: сухие, розовые, после: сухие, розовые. Контрольная группа составила 132 человека, из них 77 мужчин, 55 женщин, возрастная категория: 18-77 лет. На основании данных анкетирования были получены следующие данные 1) оценка ВАШ до процедуры: 2-3, после: 3-4; 2) пульс до процедуры: 82-90 уд/мин, после: 88-96 уд/мин; 3) частота дыхательных движений до: 17-18/мин, после 19-20/мин; 4) артериальное давление до: 125/80, после: 135/90 мм.рт.ст.; 5) оценка кожных покровов до: сухие, розовые, после: сухие, бледно-розовые. Исходя из полученных данных, применение метода добровольного информированного осознанного согласия, медицинской сортировки и использование данных расширенного предманипуляционного анамнеза позволило улучшить переносимость эндоскопических манипуляций пациентами и увеличить информативность проводимых эндоскопических исследований.

Заключение. Применение метода добровольного информированного осознанного согласия и медицинской сортировки на основании расширенного предманипуляционного анамнеза позволяет снизить риск осложнений и расширить информативность эндоскопических манипуляций в амбулаторных условиях. Предложенная методика помогает установить с пациентами продуктивный контакт и повысить приверженность к лечению и, соответственно, улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

## Клиническая эффективность различных сроков неоперативного лечения у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью

*Сизуа Бадри Валериевич (СЗГМУ им. И.И. Мечникова)*

*Петров Сергей Викторович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

*Котков Павел Александрович (СЗГМУ им И.И. Мечникова)*

*Каландарова Диёра Хамроевна (СЗГМУ им И.И. Мечникова)*

*Чернышёв Денис Александрович (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

*Климов Сергей Евгеньевич (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)*

**Ключевые слова:** острая кишечная непроходимость, спаечная болезнь, адгезиолизис.

**Актуальность и цели.** Одним из ключевых факторов, оказывающих существенное влияние на частоту неоперативного разрешения приступов острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) является длительность предпринимаемых попыток неоперативного лечения. Впрочем, максимальный безопасный срок пробной консервативной терапии на настоящий момент окончательно не установлен, ввиду чего целью настоящей работы является разработка лечебного алгоритма, ориентированного на безопасное увеличение длительности неоперативных мероприятий с последующей оценкой его влияния на непосредственные результаты лечения пациентов с ОСКН.

**Пациенты и методы.** Материалом для исследования послужил анализ результатов лечения 125 пациентов, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с 2016 по 2017 г. Критериями исключения из исследования, являлись факт странгуляционной кишечной непроходимости, наличие у больного перитонита или кишечной непроходимости иной этиологии; также в исследование не вошли пациенты, скончавшиеся в пределах суток после поступления. Указанные пациенты в дальнейшем составили группу сравнения, на первом же этапе исследования была проанализирована корреляционная связь между рядом анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных и вероятностью успеха неоперативного лечения ОСКН. После этого, были отобраны ряд параметров, обладавших значимой корреляционной связью, исключены коллинеарные факторы и сформирована оценочная шкала, отражающая вероятность успеха консервативной терапии у больных с явлениями ОСКН. В число таких параметров вошли длительность эпизода ОСКН, характер болевого синдрома, количество операций в анамнезе, характер кишечных уровней по данным УЗИ, диаметр тонкой кишки, наличие свободной жидкости, результаты пробы Шварца, сумма баллов



по шкале APACHE II, объем сброса по назогастральному зонду в течение 12 часов и уровень интраабдоминальной гипертензии. На основе описанной шкалы был разработан лечебный алгоритм, предусматривающий продолжение консервативной терапии в сроки, превышающие 12 часов в случае, если сумма баллов составляла 14 и меньше. Данный алгоритм был применен в основной группе в составе 170 больных, получавших лечение по поводу ОСКН в 2018-2019 гг. Исследуемые группы были сопоставимы по возрастному, половому признакам, коморбидному фону, а также прочим параметрам, включенным в оценочную шкалу. В качестве ближайших результатов оценивались частота и структура послеоперационных осложнений, а также частота резекционных вмешательств.

**Результаты.** Применение разработанного алгоритма позволило увеличить частоту успешного консервативного разрешения ОСКН с 20,8 (26 больных) до 42,3% (72 пациента) в группах сравнения и основной соответственно ( $p < 0,05$ ). Вероятно, подобный результат обусловлен большей продолжительностью консервативной терапии, составившей  $18,1 \pm 17,2$  часов в основной против  $11,2 \pm 8,7$  часов в группе сравнения. При сравнительном анализе непосредственных результатов лечения пациентов учитывались осложнения самой ОСКН, а также осложнения хирургического лечения. Резекционным вмешательствам были подвергнуты 8 (4,7%) больных основной и 10 (8,0%) пациентов группы сравнения, что свидетельствует об отсутствии влияния увеличенных сроков консервативных мероприятий на данный показатель ( $p > 0,05$ ). Градация послеоперационных осложнений проводилась в соответствии с классификацией P. A. Clavien и D. Dindo (2009), согласно которой отмечается статистически значимая разница в количестве осложнений в исследуемых группах: 12,9% (22) в основной и 34,4% (43) в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), с преобладанием осложнений III, IV и V степени. Из общего количества прооперированных больных 9 (3,1%) пациентов подверглись релапаротомии — в 4 (2,4%) случаях основной группы и в 5 (4,0%) наблюдениях группы сравнения. Летальные исходы в исследуемых группах отмечены в 15 (5,1%) случаях, при этом с статистически значимой разницей — 9,6% (12) в группе сравнения и 1,7% (3) в основной группе ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Применение разработанного алгоритма, основанного на стратификации пациентов с увеличением сроков неоперативного лечения, позволило снизить частоту срочных оперативных вмешательств без негативного влияния на частоту послеоперационных осложнений, резекционных вмешательств и общей летальности. Ввиду этого, исследование максимально допустимых сроков консервативной терапии у больных с ОСКН представляется перспективным направлением, способным снизить долю срочных оперативных вмешательств до приемлемых значений.

## Нейростимулирующие методики в реабилитации пациентов с инсультом

Токарева Диана Владимировна <sup>1,2,4</sup>, Вознюк Игорь Алексеевич <sup>2,3</sup>, Полякова Александра Викторовна <sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Военно-Медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Ключевые слова:** нейрореабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция, нейростимуляция.

**Актуальность.** В настоящее время одним из перспективных методов лечения пациентов после инсульта является ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС), применение которой способствует адресной активации функционально блокированных двигательных или речевых нейрональных комплексов парацентральной коры. Использование рТМС является потенциальным терапевтическим средством активизации и модуляции нейропластических процессов. При этом предполагается, что активируются сохраненные, но функционально неактивные мотонейроны и стимулируются процессы спраутинга (образование новых синаптических связей и нейрональных сетей).

Однако концепция современного стимулирования основывается на том, чтобы совместить в едином процессе восходящую и нисходящую стимуляцию. Для этих целей возможно проведение синхронно с рТМС электромиостимуляции (ЭМС) периферического двигательного мотонейрона, что создает замкнутую афферентно-эфферентную цепь, способствуя восстановлению разьединенных в результате патологического процесса физиологических связей.

**Цель исследования:** обоснование и оценка эффективности применения мультимодальной стимуляции (рТМС и ЭМС) в комплексной реабилитации пациентов с полушарным инфарктом мозга.

**Методы и материалы:** в исследование были включены 40 пациентов (средний возраст  $57,3 \pm 4,3$  года) в остром периоде ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии (СМА) со средним сроком от начала заболевания  $29,4 \pm 2,2$  дня. Все пациенты имели выраженный двигательный дефицит



с акцентом в верхней конечности, значительное нарушение двигательной активности. Все больные перенесли атеротромботический подтип инсульта, получали лечение в соответствии с современными стандартами. Критериями исключения стали наличие противопоказаний в виде наличия металлических инородных тел, особенно в голове, кардиостимулятора или водителя ритма, беременности, эпилептических приступов в анамнезе и наличие двигательного дефицита до настоящего заболевания.

Результаты лечения оценивались по шкалам оценки силы по Braddom для верхней конечности. Выраженность неврологического дефицита по шкале NIHSS, мобильность — по шкале Rivermead.

Пациентам 1 группы проводили рТМС моторной коры пораженного полушария с частотой импульсов 5 Гц синхронно с ЭМС по классической в течение 10 дней.

Пациенты 2 группы получали лечение в соответствии с современными стандартами, но без применения рТМС.

Регресс неврологической симптоматики по шкале NIHSS составил  $Δ5,4±2,4$  балла (в группе сравнения —  $Δ3,1±2,1$  балла), изменение индекса мобильности составило  $5,1±2,1$  балла (в группе сравнения  $2,3±1,7$  баллов).

Выводы. В разработанной методике использован важный реабилитационный принцип: сочетание афферентной и эфферентной систем путем стимуляции центрального и периферического отделов корково-мышечного тракта, а также афферентных структур нервно-мышечного аппарата.

Предварительные результаты проведенного исследования показали, что применение мультимодальной стимуляции (рТМС и ЭМС) у инсультных больных в остром и раннем восстановительном периоде позволяет более эффективно восстанавливать двигательные функции и повышать повседневную активность, чем использование стандартных методов реабилитации.

## Динамика численности врачей скорой медицинской помощи в Российской Федерации

*Хоминец Владимир Владимирович (Министерство здравоохранения Рязанской области)  
Барсукова Ирина Михайловна (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России)*

*Степанова Марина Николаевна (ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России)*

*Тягокина Елена Юрьевна (ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»)*

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, врач скорой медицинской помощи

**Актуальность.** Центральной фигурой кадрового обеспечения подразделений скорой медицинской помощи (СМП) является врач скорой медицинской помощи, осуществляющий свою деятельность в соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 20.06.2013 No 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи») и профессиональным стандартом врача скорой медицинской помощи (Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.03.2018 No 133н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач скорой медицинской помощи»). Его профессиональная деятельность заключается в оказании скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи как вне медицинской организации, так и в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (Приказ Минздрава России от 20.06.2013 No 388н).

Целью исследования было определить количественный состав врачей скорой медицинской помощи в Российской Федерации (РФ) и оценить его динамику за период 2014–2020 гг., использованы материалы федеральной государственной статистики — ФСН No 30 (2014–2020), Росстата. Применялись нормативно правовой, статистические и аналитический методы.

**Результаты исследования.** Анализ динамики этих специалистов в РФ выявил ряд закономерностей. Отмечается снижение числа штатных



должностей врачей СМП в РФ на 30,1% (с 30,0 тыс. до 21,0 тыс.; 2014-2020;  $r = -0,99$ ), а также снижение занятых должностей на 35,4% (с 22,3 тыс. до 14,4 тыс.; 2014-2020;  $r = -0,99$ ) и укомплектованности штатов по занятым должностям на 5,6% (с 74,1% до 68,5%; 2014-2020). Корреляция снижения числа штатных и занятых должностей прямая, связь сильная ( $r = 0,99$ ). Физических лиц врачей скорой медицинской помощи в 2020 г. было 13602, а в 2021 — уже 13070 человек. Это явление в значительной части связано с кадровыми изменениями на догоспитальном этапе: изменением структуры выездных бригад СМП (снижением доли врачебных бригад СМП при росте доли фельдшерских общепрофильных бригад).

Особый интерес представляют врачи СМП стационарного этапа СМП, осуществляющие деятельность в стационарных отделениях скорой медицинской помощи (СтОСМП). Доля их штатных единиц среди врачей СМП в РФ невелика и составляет в разные годы 0,1-0,9%, а по численность не превышают 200 единиц. Показатель укомплектованности (по занятым должностям) в разные годы был в диапазоне 54,2-78,1%, причем, минимальным он наблюдался в 2019-2020 гг. (54,2% и 56,7%, соответственно).

Таким образом, за последние годы не наблюдался ни рост штатных должностей, ни значимый рост числа этих специалистов в СтОСМП.

Выводы. Проведенное исследование позволило заключить о значительном снижении специалистов скорой медицинской помощи с высшим образованием в РФ — врачей скорой медицинской помощи. Это снижение наиболее отчетливо прослеживается на догоспитальном этапе (выездные бригады СМП) и сопровождается ростом доли фельдшерских общепрофильных бригад СМП. На стационарном этапе доля этих специалистов невелика, за последние годы не наблюдается ни роста этих штатных должностей, ни значимого роста числа этих специалистов в СтОСМП.

Подобная динамика имеет, несомненно, негативное значение, так как связана с дефицитом квалифицированных кадров в системе оказания скорой медицинской помощи.

Национальный проект «Здравоохранение» реализует ряд федеральных проектов, направленных на улучшение качества и доступности медицинской помощи. В каждом из этих проектов весомая роль принадлежит системе оказания скорой медицинской помощи. Даже в «доковидном» 2019 году Минздрав России по показателям смертности не смог реализовать в полном объеме госпрограмму «Развитие здравоохранения»: из 4-х целевых показателей был достигнут только один — снижение младенческой смертности (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской

Федерации «Развитие здравоохранения», Постановление Совета Федерации Федерального Собрания РФ от 23.12.2016 № 634-СФ «О приоритетных направлениях развития здравоохранения в Российской Федерации»). По 3-м остальным, среди которых снижение смертности от болезней системы кровообращения, снижение смертности населения трудоспособного возраста и снижение смертности от новообразований, показатели 2019 года выполнены не были (Росстат). Поэтому решение кадровых проблем — одна из центральных задач системы здравоохранения.

