

© ШТЕГМАН О. А., МЕЛЕШКО Ю. И., СКРИПКИН С. А., КРЕКОВ С. А.

УДК 616.127

DOI: 10.20333/2500136-2019-1-40-45

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТКАЗОВ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

О. А. Штегман¹, Ю. И. Мелешко¹, С. А. Скрипкин^{1,2}, С. А. Креков²

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Красноярская станция скорой медицинской помощи, Красноярск 660131, Российская Федерация

Цель исследования. Изучение причин отказов от госпитализации пациентов с подозрением на острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы. В исследование было включено 56 пациентов с подозрением на ОКС которые, вызывали скорую медицинскую помощь (СМП), но отказались от госпитализации. Оценивались факты госпитализации и смерти в течение 30 дней с момента первого вызова СМП и тип отношения к болезни.

Результаты. Среди 56 пациентов только 15 человек были мужчины (27 %). Из 56 пациентов 53 (95 %) имели подозрение на ОКС без подъема сегмента ST и 3 (5 %) пациента – подозрение на ОКС с подъемом ST. С шестью (11 %) пациентами, отказавшимися от госпитализации, не удалось выйти на связь и узнать их дальнейшую судьбу, еще пять пациентов (9 %) отказались отвечать на вопросы. Установлено, что в течении 30 дней одна больная с ОКС с подъемом ST после отказа от госпитализации скончалась (2 %). При опросе 45 отказавшихся от госпитализации пациентов было установлено, что в 43 случаях (96 %) в течении нескольких часов с момента вызова СМП бригады СМП совершили активное посещение пациента на дому, во время которых 10 пациентов (22 %) было госпитализировано. 19 из 45 пациентов (42 %), с которыми была проведена беседа, были госпитализированы в течении 30 дней после первого вызова СМП. Основная причина отказа от госпитализации (25 %) – недоверие врачам стационара. Анозогнозический тип отношения к болезни встречался у 30 % пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации.

Заключение. Среди пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации, три четверти составляют женщины. Гораздо чаще отказываются от госпитализации пациенты с подозрением на ОКС без подъема сегмента ST. 42 % пациентов с подозрением на ОКС, первоначально отказавшихся от госпитализации, госпитализируются после повторных вызовов СМП. Каждый четвертый пациент с подозрением на ОКС отказывается от госпитализации из-за недоверия врачам стационара.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, скорая медицинская помощь, отказ от госпитализации, женский пол, недоверие врачам, тип отношения к болезни.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Штегман ОА, Мелешко ЮИ, Скрипкин СА, Креков СА. Анализ причин отказов пациентов с подозрением на острый коронарный синдром. *Сибирское медицинское обозрение.* 2019;(1):40-45. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-40-45

ANALYSIS OF PATIENTS, SUSPECTED FOR ACUTE CORONARY SYNDROME, RENUNCIATION CAUSES

O. A. Shtegman¹, Yu. I. Meleshko¹, S. A. Skripkin^{1,2}, S. A. Krekov²

¹Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Krasnoyarsk ambulance station, Krasnoyarsk 660131, Russian Federation

The aim of the research is to study the causes of renunciation from hospitalization among patients with suspected acute coronary syndrome (ACS).

Material and methods. The study included 56 patients with suspected ACS who called the ambulance, but refused from hospitalization. The facts of hospitalization and death within 30 days from the moment of the first call for ambulance and the type of attitude towards the disease were assessed.

Results. Among 56 patients, only 15 people were males (27 %). From 56 patients, 53 (95 %) were suspected for ACS without ST segment elevation and 3 (5 %) patients were suspected for ACS with ST elevation. It was impossible to get in touch with 6 (11%) patients who refused to be hospitalized and to find out their fate, five more patients (9 %) refused to answer any questions. It was established that within 30 days one patient with ACS with ST elevation died after refusing from hospitalization (2 %). When interviewing 45 patients refused from hospitalization, it was found that in 43 cases (96 %), within a few hours after the call for the ambulance, the emergency medical service teams made an active home visit to the patient, during which 10 patients (22 %) were hospitalized. 19 from 45 interviewed patients (42 %) were hospitalized within 30 days after the first call for the ambulance. The main reason of refusing from hospitalization (25 %) is the lack of trust in inpatient doctors. Anosognosic type of attitude to the disease occurred in 30 % of patients with suspected ACS refusing from hospitalization.

Conclusion. Among patients with suspected ACS who refuse from hospitalization, three quarters are females. More often, patients with suspected ACS without ST elevation refuse to be hospitalized. 42 % of patients with suspected ACS, who initially refused to be hospitalized, are hospitalized after repeated calls for the ambulance. Every fourth patient with suspected ACS refuses to be hospitalized due to the lack of trust in hospital doctors.

Key words: acute coronary syndrome, emergency medical care, refuse from hospitalization, females, distrust of doctors, type of attitude to the disease.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Shtegman OA, Meleshko YuI, Skripkin SA, Krekov SA. Analysis of patients, suspected for acute coronary syndrome, renunciation causes. *Siberian Medical Review.* 2019;(1):40-45. DOI: 10.20333/2500136-2019-1-40-45

Введение

Подозрение на острый коронарный синдром (ОКС) является бесспорным показанием для госпитализации. Но, в соответствии с 20-й статьей Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациенты имеют законодательно закрепленное право на отказ от госпитализации. Разработаны регламенты действия медицинских работников при отказе больных от госпитализации [1]. Но это не препятствует пациенту отказаться от госпитализации даже при наличии жизнеугрожающего заболевания. В случае, если ОКС действительно имеется у больного, даже не большая задержка госпитализации отрицательно влияет на прогноз [2, 3, 4]. Выделены подгруппы больных с ОКС без подъема ST, у которых задержка инвазивного лечения ухудшает прогноз [5]. При этом даже в США в первые 6 часов с момента появления симптомов ОКС госпитализируются менее половины больных [6]. Существуют исследования, которые изучают влияние клинических особенностей, географического положения на задержку госпитализации [7], а также семейного и экономического статуса, наличия симптомов ОКС, не связанных с болью [8].

Целью нашего исследования явилось изучение проблемы отказов от госпитализации пациентов с подозрением на ОКС, что остается недостаточно освещенным в настоящее время.

Материал и методы

В исследование было включено 56 пациентов с подозрением на ОКС, которые, по данным станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Красноярск, вызывали СМП, но подписали информированный отказ от госпитализации. Подозрение на ОКС высказывалось специалистом СМП после анализа клинической картины, оценки физикальных данных и данных электрокардиограммы. У всех больных проводился анализ данных указанных в карте вызова СМП. С пациентами проводилась телефонная беседа, в ходе которой оценивались симптомы, послужившие причиной вызова СМП, выяснялись причины отказа от госпитализации. При телефонном опросе оценивались факты госпитализации и смерти в течение 30 дней с момента первого вызова СМП.

Для диагностики типа отношения к болезни была использована тестовая методика ТОБОЛ [9], заключающаяся в анализе выбранных больным утверждений, которые разбиты на 12 блоков.

Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2007. Описательные статистики качественных учетных признаков представлены абсолютными значениями и процентными долями. Количественные учетные признаки представлены медианой и перцентилями.

Результаты и обсуждение

Среди 56 пациентов – 15 человек были мужчины (27 %) и 41 (73 %) – женщины. Медиана возраста пациентов составила 65 [56; 78] лет, от 34 до 93 лет. Если возраст больных нашего исследования приблизительно соответствует данным Российского Регистра больных с ОКС [10], то распределение по полу показывает явное преобладание женщин, среди отказывающихся от госпитализации пациентов. Так, в вышеуказанном регистре (n=139882) женщины составили только 48 %.

Из 56 пациентов 53 (95 %) имели подозрение на ОКС без подъема сегмента ST и 3 (5 %) пациента – подозрение на ОКС с подъемом ST. В Российском Регистре больных с ОКС соотношение пациентов без подъема ST и с подъемом ST составляет приблизительно 3:2. В то время, как среди пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации, в нашем исследовании это соотношение достигло 20:1. Вероятно, что информация о наличии у пациента признаков явного инфаркта на электрокардиограмме имеет важное значение для пациента и препятствует отказу от госпитализации.

Согласно медицинской документации среди клинических проявлений ОКС учащение приступов болей за грудиной наблюдалось у 12 из 56 пациентов (21 %), приступ болей в покое отмечали 15 пациентов (27 %), у 19 пациентов (34 %) боль сопровождалась холодным потом, у 12 пациентов (21 %) приступ болей сопровождался появлением или усилением одышки, у 11 человек (20 %) продолжительность самого большого приступа превышала 20 минут, что давало повод предположить наличие острого инфаркта миокарда. Все выше указанные симптомы дают клинические основания предположить наличие ОКС, даже вне зависимости от наличия динамики сегмента ST.

В ходе оказания догоспитальной помощи (рис.1) 56 пациентам с подозрением на ОКС, в соответствии с существующими стандартами, 51 пациенту (91 %) проводилась двойная дезагрегантная терапия (за исключением пациентов, у которых подозревалось активное язвенно-эрозивное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта), 50 больным (89 %) вводился нефракционированный гепарин, 49 больным (88 %) вводились нитраты и одному больному (2 %) – морфина гидрохлорид. Вероятно, что среди пациентов, у которых действительно был ОКС, но они отказались от госпитализации, помощь, оказанная на догоспитальном этапе, могла сыграть ключевую роль в предотвращении ранних осложнений.

При телефонном опросе 45 отказавшихся от госпитализации пациентов было установлено, что в 43 случаях (96 %) в течении нескольких часов с момента вызова СМП бригады СМП совершили активное по-

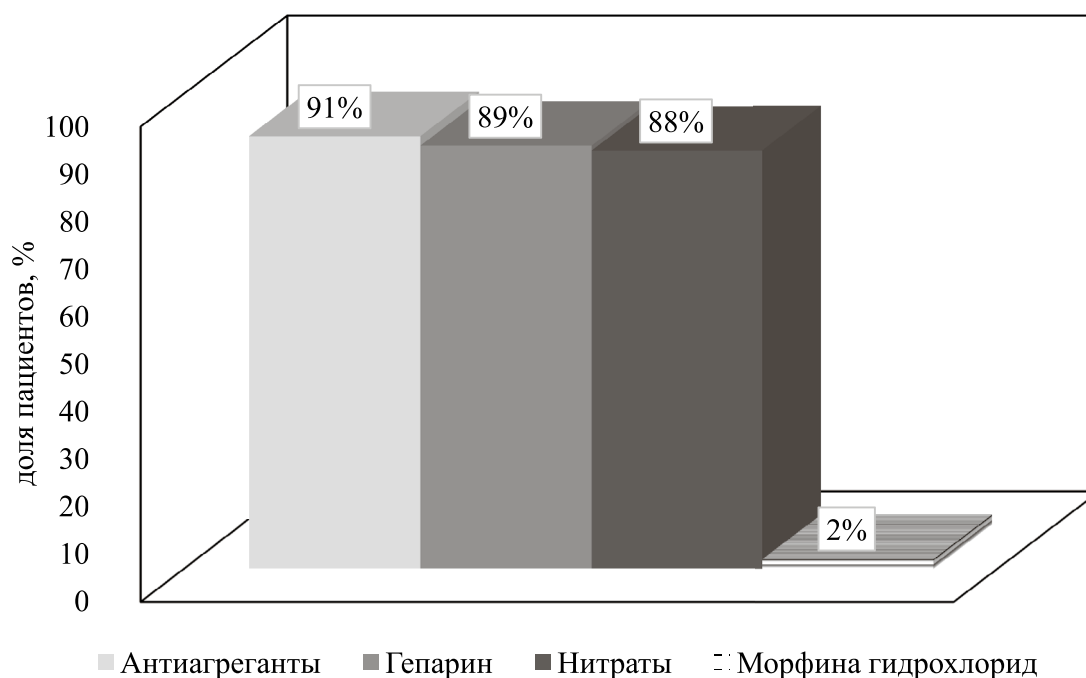


Рисунок 1. Частота применения различных препаратов для лечения больных с подозрением на ОКС на догоспитальном этапе.

Figure 1. The frequency of various drugs application for the treatment of patients with suspected ACS in the prehospital phase.

сещение пациента на дому, после чего 10 пациентов (22 %) было госпитализировано. 18 пациентов (40 %) было посещено на следующий день после вызова СМП участковыми терапевтами в результате передачи информации со станции СМП в поликлиники. После этого было госпитализировано еще 5 человек. 6 человек (13 %) в ближайшие дни сами обратились на прием в поликлинику, после чего еще 4 человека было госпитализировано (рис. 2). Таким образом, активная тактика по отношению к пациентам с подозрением на ОКС позволила уговорить пациентов госпитализироваться в 42 % случаев, но при этом возросла нагрузка на здравоохранение. То есть, даже не принимая во внимание медицинскую сторону вопроса, экономически более выгодно было бы уговорить госпитализироваться всех больных уже при первом визите, разъяснив больному всю опасность его состояния и возможности специализированного стационара по лечению больных с ОКС.

Основная причина отказа от госпитализации, установленная в ходе телефонного опроса, у 11 из 45 пациентов (25 %) пациентов была недоверие врачам стационара, у 10 (23 %) больных – мнение, что заболевание можно лечить дома, у 7 (16 %) опрошенных – наличие важных дел, которые нельзя отложить, у 7 (16 %) - улучшение самочувствия. 9 (20 %) человек указали другие причины отказа (табл.1). Среди других причин были боязнь, что в стационаре не смогут

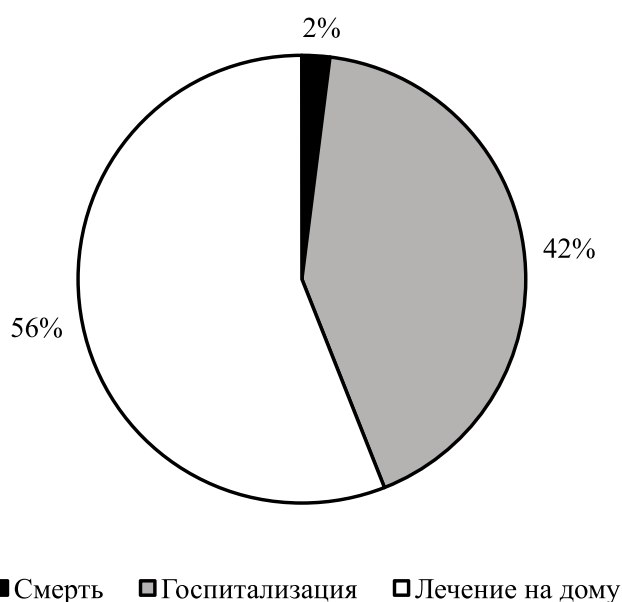


Рисунок 2. Анализ 30-дневных исходов у пациентов с подозрением на ОКС, отказавшихся от госпитализации при первом вызове СМП (по данным телефонного опроса).

Figure 2. Analysis of 30-day outcomes in patients with suspected ACS who refused to be hospitalized when they first called for the ambulance (according to the telephone survey).

обеспечить должный уход по поводу другого заболевания, уверенность, что врачи стационара откажутся госпитализировать, алкогольное опьянение, а также отсутствие улучшения состояния после прошлой госпитализации.

Таблица 1
Распределение ведущих причин отказов от госпитализации

The distribution of leading causes of refusals from hospitalization

Ведущая причина отказа от госпитализации	n (%)
Недоверие врачам стационара	11 (25)
Убежденность, что их заболевание можно лечить дома	10 (23)
Наличие важных дел, которые нельзя отложить	7 (16)
Улучшение самочувствия	7 (16)
Другие	9 (20)

На возможность недооценки тяжести своего состояния и степени риска больными инфарктом миокарда, а также боязнь госпитализации указывает также в своей статье И. Ю. Булахова [11]. Среди причин задержки госпитализации Н. С. Прядкина и Д. А. Тебенькова [12] выделяют нежелание больного госпитализироваться и надежду, что он выздоровеет самостоятельно. В данном исследовании мы получили данные, близкие данным наших коллег. Однако наличие у пациентов с ОКС такого мотива для отказа от госпитализации, как недоверие врачам стационара установлено нами впервые. Это является негативной тенденцией отечественного здравоохранения и требует дальнейшего детального изучения с целью определения причин данного явления.

При оценке типа отношения к болезни из 37 опрошенных только у 1 пациента (3 %) установлен гармоничный тип отношения к болезни, у 13 (34 %) – смешанный, у 4 (11 %) – диффузный (сочетание более трех типов), у 5 (13 %) – эргопатический, у 4 (11 %) – тревожный, у 1 (3 %) – сенситивный, у 2 (5 %) – меланхолический, у 7 (18 %) – анозогностический тип в чистом варианте и еще у 4 (11 %) в составе смешанного (табл.2).

Анозогностический тип отношения к болезни у больных ИБС может быть связан со снижением когнитивных способностей [13]. При этом больной просто не способен самостоятельно оценить риск своего состояния. В исследовании пациентов с безболевым ишемией миокарда доля больных, отрицающих наличие болезни достигала 53,1 % [14]. В исследовании Л. Б. Содномовой [15] анозогностический тип был диагностирован только у 14 % больных с ОКС. В нашем исследовании все пациенты имели боль в грудной

клетке и сами вызвали СМП, однако почти в каждом третьем случае (30 %) у них наблюдался тип восприятия болезни в виде отрицания ее наличия, что, вероятно, и повлияло на принятие решения об отказе от госпитализации.

Таблица 2
Распределение типов отношения к болезни среди пациентов с подозрением на ОКС, отказавшихся от госпитализации

Distribution of types of attitude to the disease among patients with suspected ACS who refused from hospitalization

Тип отношения к болезни	n (%)
смешанный	13 (35)
из них с элементами анозогностического	4 (11)
анозогностический	7 (19)
эргопатический	5 (14)
диффузный	4 (11)
тревожный	4 (11)
меланхолический	2 (5)
гармоничный	1 (3)
сенситивный	1 (3)

Заключение

В результате проведенного исследования установлено, что среди пациентов с подозрением на ОКС, отказывающихся от госпитализации, три четверти составляют женщины. Чаще отказываются от госпитализации пациенты с подозрением на ОКС без подъема сегмента ST. 42 % пациентов с подозрением на ОКС, первоначально отказавшихся от госпитализации, госпитализируются после повторных вызовов СМП. Каждый четвертый пациент с подозрением на ОКС отказывается от госпитализации из-за недоверия врачам стационара. Анозогностический тип отношения к болезни встречается почти у каждого третьего пациента с подозрением на ОКС, отказывающегося от госпитализации.

При работе с пациентом, у которого подозревается ОКС, сотруднику СМП следует помнить, что больной может отрицать наличие заболевания, не доверять врачам стационара, иметь неотложные дела. Но основным аргументом, убеждающим пациента госпитализироваться, должно быть утверждение о высокой вероятности наличия (или вероятности развития) инфаркта миокарда, который умеют лечить в специализированном стационаре. Вероятно, что наряду с изменённой электрокардиограммой еще одним способом убедить больного госпитализи-

зироваться, мог бы явиться положительный экстресс-тест на маркер миокардиального некроза. Так как наличие лабораторного свидетельства повреждения сердечной мышцы является самостоятельным веским аргументом в пользу необходимости экстренной госпитализации.

Литература / References

1. Александрова ОЮ. Алгоритм действий медицинских работников при отказе пациента от медицинского вмешательства (госпитализации). *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2014; (5-6): 3-7. [Aleksandrova OY. Algorithm of action of medical workers in patient refusal of medical intervention (hospitalization). *Problems of Standardization in Health Care*. 2014; (5-6): 3-7. (In Russian)]
2. Гинзбург МЛ, Кутищенко НП, Марцевич СЮ, Фокина АВ, Даниэльс ЭВ, Захарова АВ. Оригинальные исследования: анализ факторов, влияющих на сроки поступления в стационар пациентов с острым коронарным синдромом (по данным исследования ЛИС — Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2012; 8(2): 141–148. [Ginzburg ML, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Fokina AV, Daniels EV, Zakharova AV. The analysis of factors influencing the terms of hospital admission in patients with acute coronary syndrome (according to the LIS study data - Lyubertsy study on mortality rate in patients after acute myocardial infarction). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2012; 8(2): 141–8. (In Russian)]
3. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation*. 2006; (114): 168–82. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040>
4. Brieger D, Eagle KA, Goodman SG, Steg PG, Budaj A, White K, Montalescot G; GRACE Investigators. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest*. 2004; (126): 461–469. DOI: 10.1378/chest.126.2.461
5. Jobs A, Mehta SR, Montalescot G, Vicaut E, Van't Hof AW, Badings EA, Neumann FJ, Kastrati A, Sciahbasi A, Reuter PG, Lapostolle F, Milosevic A, Stankovic G, Milasinovic D, Vonthein R, Desch S, Thiele H. Optimal timing of an invasive strategy in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2017; 390(10096):737-746. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31490-3
6. DeVon HA, Hogan N, Ochs AL, Shapiro M. Time to treatment for acute coronary syndromes: the cost of indecision. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 25(2): 106–14. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181bb14a0
7. Goldberg RJ, Spencer FA, Fox KA, Brieger D, Steg PG, Gurfinkel E, Dedrick R, Gore JM. Prehospital delay in patients with acute coronary syndromes (from the Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). *American Journal of Cardiology*. 2009;103(5):598-603. DOI: 10.1016/j.amjcard.2008.10.038
8. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009; 8(1): 26–33. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2008.05.001
9. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карпова ЭБ, Вукс АЯ. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Л., 1987. 28с. [Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EHB, Vuks AYа. Method for psychological diagnostics of types of attitude towards the disease. L., 1987. 28p. (In Russian)]
10. Ощепкова ЕВ, Дмитриев ВА, Гриднев ВИ, Довгалецкий ПЯ. Организация медицинской помощи больным с ОКС в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях в 2009-2012 годах. *Евразийский кардиологический журнал*. 2013; (2): 5-12. [Oshchepkova EV, Dmitriev VA, Gridnev VI, Dovgalevsky PYа. The organization of medical care for acute coronary syndrome patients in PCI capable and PCI non-capable hospitals from 2009-2012. *Eurasian Heart Journal*. 2013; (2): 5-12. (In Russian)]
11. Булахова ИЮ. Влияние позднего обращения больных инфарктом миокарда на течение заболевания. *Клиническая медицина*. 2009; 87(4): 63-67. [Bulakhova IYu. Effect of delayed application for medical help on the clinical course of myocardial infarction. *Clinical Medicine*. 2009; 87(4): 63-7. (In Russian)]
12. Прядкина НС, Тебенюкова ДА. Причины поздней госпитализации больных с острым коронарным синдромом. *Молодой ученый*. 2016; (8): 427-430. [Pryadkina NS, Tebenkova DA. The causes of late hospitalization of patients with acute coronary syndrome. *Molodoj Uchenyj*. 2016; (8): 427-430. (In Russian)]
13. Солодухин АВ, Беззубова ВА, Кухарева ИН, Иноземцева АА, Серый АВ, Яницкий МС, Трубникова ОА, Барбараш ОЛ. Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с параметрами их когнитивного статуса. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика*. 2017; 14(2): 178-189. [Solodukhin AV, Bezzubova VA, Kuhareva IN, Inozemt-

seva AA, Seryy AV, Yanitskiy, MS, Trubnikova OA, Barbarash OL. The relationship between psychological characteristics of the attitude to the disease, coping behavior of patients with ischemic heart disease, and their cognitive status. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*. 2017, 14 (2): 178-189. (In Russian)] DOI: 10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189

14. Бирюкова ЛА. Психологические особенности и приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца. *Сибирское медицинское обозрение*. 2009; (1): 48-52. [Biryukova LA Psychological peculiarities and treatment compliance in patients with coronary heart disease. *Siberian Medical Review*. 2009; (1): 48-52. (In Russian)]

15. Содномова ЛБ. Нозогении и отношение к болезни у пациентов с острым коронарным синдромом. *Вестник Бурятского государственного университета*. 2015; (12): 52-56. [Sodnomova LB. Nozogenies and the attitude to disease in patients with acute coronary syndrome. *The Buryat State University Bulletin*. 2015; (12): 52-56. (In Russian)]

Сведения об авторах

Штегман Олег Анатольевич, д.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Феде-

рация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2982464; e-mail: cvb2@list.ru

Мелешко Юлия Игоревна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2982464; e-mail: happy_angel_93@mail.ru

Скрипкин Сергей Анатольевич, к.м.н., главный врач, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Красноярская станция скорой медицинской помощи; адрес: Российская Федерация, 660131, г. Красноярск, пр. Metallurgov 2K; тел.: +7(391)2298643; e-mail: gssmp@krasmail.ru

Креков Сергей Александрович, заместитель главного врача по медицинской части, Красноярская станция скорой медицинской помощи; адрес: Российская Федерация, 660131, г. Красноярск, пр. Metallurgov 2K; тел.: +7(391)2298643; e-mail: gssmp@krasmail.ru

Author information

Oleg A. Shtegman, Dr.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2982464; e-mail: cvb2@list.ru

Yulia I. Meleshko, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2982464; e-mail: happy_angel_93@mail.ru

Sergey A. Skripkin, Cand.Med.Sci., Chief Doctor, Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Krasnoyarsk ambulance station; Address: 2k, Metallurgov av., Krasnoyarsk, Russian Federation 660131; Phone: +7(391)2298643; e-mail: gssmp@krasmail.ru

Sergey A. Krekov, Deputy Chief Medical Officer, Krasnoyarsk ambulance station; Address: 2k, Metallurgov av., Krasnoyarsk, Russian Federation 660131; Phone: +7(391)2298643; e-mail: gssmp@krasmail.ru

Поступила 29.08.2017г.
Принята к печати 06.12.2018 г.

Received 29 August 2018
Accepted for publication 06 December 2018