

ТЕМА НОМЕРА

МАТЬ И ДИТЯ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Для перехода на новый этап в медицину должен прийти научно-технический прогресс»

О первых итогах модернизации и планах на будущее — в выступлении **Леонида ПЕЧАТНИКОВА** на Московском урбанистическом форуме

2 ПОРТРЕТ ЛПУ

Об организации медпомощи детям на уровне клиники рассказывают **Ольга ШАРАПОВА** и **Игорь КОЛУНОВ**

3 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

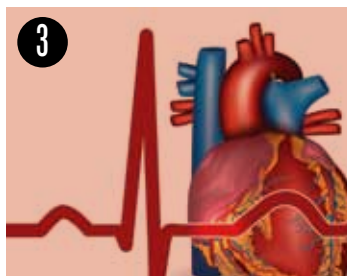
В рубрике представлены материалы двух последних клинико-анатомических конференций

4 ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА

В одном из материалов рубрики дается квалифицированный ответ на вопрос: как оспорить незаконное увольнение?

5 ИНИЦИАТИВА

Проект «Лыжи мечты» помогает детям с тяжелыми заболеваниями восстанавливать физические кондиции



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета:

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

АМПЛЕЕВА Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения Москвы

АНДРЕЕВА Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

АНЦИФЕРОВ Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

БАКУЛИН Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

БОГОРОДСКАЯ Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

БОЙКО Алексей Николаевич, главный внештатный специалист психотерапевт Департамента здравоохранения Москвы

БРЮН Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения Москвы

ГАПЕЕВ Артем Борисович, заместитель директора по экономическим вопросам НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

ЖИЛЯЕВ Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

ЖУРАВЛЕВ Александр Иванович, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

ИВАНОВ Павел Анатольевич, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы

ЗЕЛЕНСКИЙ Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

ПУШКАРЬ Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

КОНОПЛЯНИКОВ Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы

КРЮКОВ Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

МАЗУС Алексей Израильевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы

МАЛЫШЕВ Николай Александрович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы

МАНТУРОВА Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения Москвы

ОРЕХОВ Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы

МУХТАСАРОВА Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

НАЗАРОВА Ирина Александровна, председатель совета главных врачей Москвы

ОРДЖОНИКИДЗЕ Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения Москвы

ПЕТРАЙКИНА Елена Ефимовна, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

ПОТЕКАЕВ Николай Николаевич, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

РАЗУМОВ Александр Николаевич, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения Москвы

ХАТЬКОВ Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Москвы

ТЮРИН Владимир Петрович, главный внештатный специалист терапевт, специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения Москвы

ХРИПУН Алексей Иванович, руководитель Департамента здравоохранения Москвы

ХУБУТИЯ Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

ШАБУНИН Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

ШПЕКТОР Александр Вадимович, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

Главный редактор: **Ольга Валентиновна Андреева** (e-mail: info@niiozmm.mosgorzdrav.ru; тел.: 8-499-940-99-72)

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина» 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Издательство: ООО «Бионика Медиа» 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
Выпуск № 1(4) 2015 журнала «Московская медицина» отпечатан 27 марта 2015 года
ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д.21
Тел.: 8 (903)511-04-26, E-mail: rostest-iv@inbox.ru
Тираж 10000 экз.
Бесплатно

В первом в этом году выпуске журнала «Московская медицина» мы решили сделать акцент на тех направлениях медицинской помощи, которые представляются во многом определяющими, когда речь заходит о таких глобальных вещах, как здоровье нации и человеческий потенциал. Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков является основной задачей демографической политики страны.

Решение проблем матерей и детей, улучшение качества их жизни — одно из главных направлений и в работе правительства Москвы. А это невозможно без создания современной и эффективно работающей системы оказания своевременной и качественной медицинской помощи. Одно из ключевых направлений этой деятельности — совершенствование системы оказания медицинской помощи по направлениям: педиатрия, родовспоможение и неонатология. За период реформирования столичного здравоохранения проделана огромная работа, направленная на создание условий для рождения здоровых детей, профилактики инвалидности с детства, сокращение младенческой, детской и материнской смертности. На сегодняшний день в столице сложилась трехуровневая система перинатальной помощи, практически все учреждения, участвующие в оказании медицинской помощи женщинам и детям, оснащены современным диагностическим оборудованием, позволяющим своевременно выявлять врожденную патологию и иные проблемы, связанные со здоровьем как матери, так и будущего ребенка. Итогом успешности выполнения действующих программ и развития медико-организационных направлений по охране здоровья в столичном регионе явилось последовательное снижение ключевого показателя, характеризующего эффективность работы системы здравоохранения — младенческой смертности. В Москве он сократился с 7,3 промилле в 2013 году до 6,2 в 2014-м. Ключевые материалы номера посвящены именно тем аспектам в организации медицинской помощи как на уровне города, так и на уровне клиники, которые позволили добиться таких результатов.

Конечно, эти изменения были бы невозможны без осуществления комплекса мер по модернизации всей системы здравоохранения столицы, о которых мы рассказывали в предыдущих номерах. Об этом говорил, выступая на IV Московском урбанистическом форуме, и заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников:

— Появились методы диагностики, которые существенным образом ускорили постановку диагноза и в ряде случаев ускорили процесс эффективного лечения. В экономическом аспекте рост производительности труда и научно-технический прогресс привели к уменьшению сроков пребывания больного в стационаре, к росту стационарозамещающих технологий. Я всегда говорил: для того чтобы перейти на этот новый этап развития медицины, необходимо было, чтобы научно-технический прогресс пришел и в нашу медицину, без этого остальные телодвижения бессмысленны.

Подробнее о поставленных целях правительства Москвы в ходе модернизации столичной системы здравоохранения вы узнаете в рубрике «От первого лица». И конечно, на страницах журнала продолжается обсуждение нюансов и методов осуществления преобразований в столичном здравоохранении. В номере ведущие эксперты отрасли рассуждают о ключевых изменениях в организации службы родовспоможения столицы и педиатрической службы, уделяют внимание проблемам сохранения репродуктивного здоровья детей, обсуждают возможности выстраивания работы многопрофильного педиатрического стационара мирового уровня по идеальной модели, перспективы совершенно нового направления медицины — «онкорепродукции».



Ольга АНДРЕЕВА,
главный редактор
журнала «Московская
медицина»

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям главного редактора журнала
«Московская медицина» Ольги АНДРЕЕВОЙ

02

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ: необходимо обеспечить людям
доступность медицинской помощи**

1

05

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Про митинги, балласт и лавку конторщика...

10

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

**Александр КОНОПЛЯННИКОВ: в наших руках самое
главное – жизнь и здоровье матери и малыша**

15

**Антонина ЧУБАРОВА: в неонатологии мы
идем только вперед**

19

**Елена ПЕТРЯЙКИНА: не стыдно не знать,
стыдно не спросить**

23

**Елена СИБИРСКАЯ: основная задача – сохранение
репродуктивного здоровья детей**

27

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

**Онкорепродукция. От слез и отрицания к радости
и победе**

30

**Хроническое кислородное голодание и прикус –
что общего?**

33

ПОРТРЕТ ЛПУ

Есть все возможности

38

Женщинам в помощь

2

42

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

На обсуждение в рамках прошедшей в ноябре 2014 года Клинико-анатомической конференции была представлена история болезни пациента, причиной которой был назван инфаркт миокарда 47

В феврале 2015 года на Клинико-анатомической конференции специалисты обсуждали историю болезни пациента, причиной смерти которого стал распространенный геморрагический панкреонекроз в стадии гнойных осложнений 62

ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА

Рекордная сумма 77

Вопрос–ответ 81

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Скрининг рака шейки матки: возможности альтернативного пути 83

ИНИЦИАТИВА

Делай как мы, делай лучше нас
В январе этого года отметил свой первый день рождения уникальный проект — «Лыжи мечты» 87

100 ЛЕТ НАЗАД

Экспериментальный центр земской медицины 92

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ ЛЮДЯМ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В конце прошлого года в столице прошел очередной, уже четвертый по счету, Московский урбанистический форум, традиционно посвященный обсуждению наиболее актуальных проблем организации жизненного пространства в крупных городах и мировых тенденций урбанизации. Выступая с докладом на сессии «Новое здравоохранение: глобальные тенденции и модель для Москвы», заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ еще раз озвучил цели, преследуемые правительством Москвы в ходе модернизации столичной системы здравоохранения.

Наследие эпохи

Сегодня много споров и спекуляций вокруг сокращения коечного фонда клиник. Хотелось бы еще раз пояснить мою позицию по этому вопросу и обозначить ключевые приоритеты городской политики в отношении обеспеченности доступности и качества медпомощи жителям столицы. Начну с небольшого исторического экскурса. Давайте вспомним, что представляло собой советское здравоохранение, о котором сегодня так много говорят и мечтают уже даже самые либеральные наши политики. В основе этой системы лежал, в частности, принцип категоричности стационаров: они делились на первую и вторую категории в зависимости от числа койко-мест в каждом из стационаров. И чем больше главный врач мог вместить в свою больницу кроватей, тем больше у него было финансирование, а значит, и благ лично для него. От этого зависела зарплата, количество заместителей, количество разных отделов, которые он размещал на административном этаже, количество секретарш, машин и прочее. Если ему удавалось впихнуть в свой дом более 1000 кроватей, то это было потрясающим достижением, потому что именно 1000 кроватей давали ему искомую степень первой категории и соответствующее штатное расписание, которое финансировалось, исходя из того, сколько он заявлял коек. Деньги выделялись, и никто никогда не задумывался о финансировании больниц в зависимости от качества лечения, количества пролеченных больных. Эти критерии, хотя иногда формально и заявлялись как реперные, ровным счетом никогда не



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития



Источник: Росстат, Департамент здравоохранения Москвы

Рисунок 1. Естественный прирост населения Москвы (на 1 тыс. населения)

отслеживались. Если посмотреть на отчетные доклады генеральных секретарей на последних съездах партии, то по здравоохранению, помимо демагогии, видны только два показателя, в соответствии с которыми мы впереди планеты всей: по количеству коек и количеству врачей. Ничего об уровне заболеваемости, смертности, о демографической ситуации не найти, так как хвастаться было нечем. Мы были очень далеки от всей планеты. Поэтому хотелось бы поговорить о динамике этих ключевых показателей последних лет.

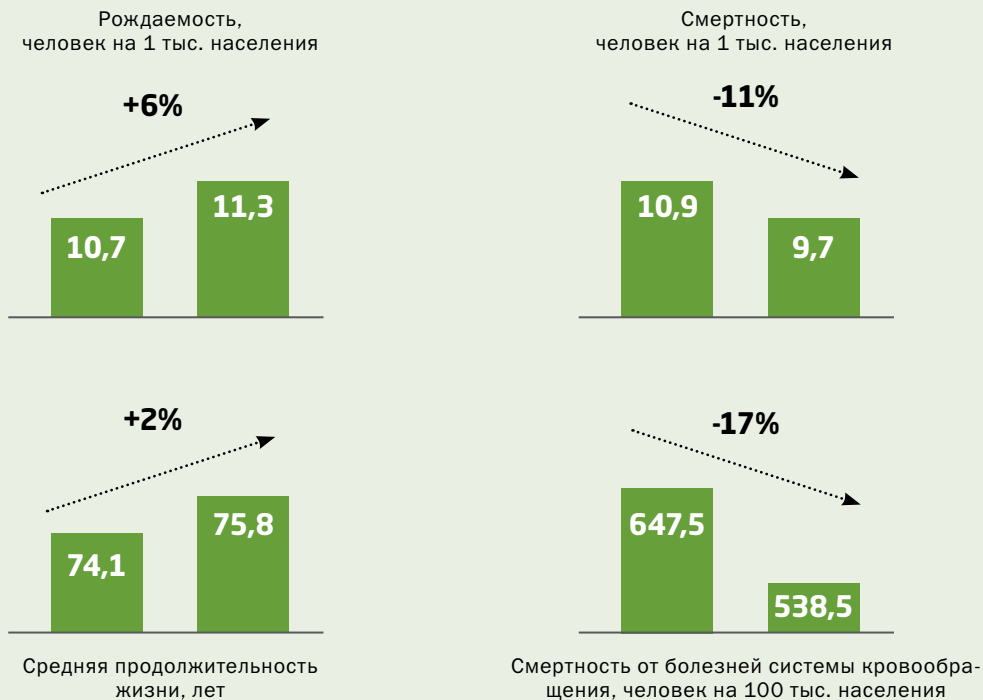
В 2010 году рождаемость в Москве вроде бы была не самая плохая, хотя во многом она определялась значительной долей мигрантов. Однако за счет высоких показателей смертности прирост населения обозначался отрицательной величиной - 0,3%.

Примечательно, что не было позитивных сдвигов и в финансировании здравоохранения. Никаких реформ в социальной сфере не было произведено.

И что совсем печально — крах медицинских школ. Это трагедия — наследие советской системы, к слову. Результат — катастрофическое снижение уровня медицинского образования, что не могло не отразиться на профессиональном уровне врачей, которые сегодня лечат нас с вами, наших детей, родителей. Вот она — наша реальность.

С этого и начали

Теперь давайте вспомним, что происходило вокруг нас. Со времен Адама Смита и Карла Маркса в любой отрасли экономики одна и та же тенденция: когда в отрасль приходит научно-технический прогресс, количество ручного труда закономерно уменьшается. Научно-технический прогресс пришел и в медицину. Появились методы диагностики, которые существенным образом ускорили постановку диагноза и эффективность лечения. В экономическом аспекте это привело к уменьшению сроков пребывания больного на койке в стационаре, и через развитие стационарозамещающих технологий к уменьшению потребности



Источник: Росстат, Департамент здравоохранения Москвы

Рисунок 2. Показатели здоровья москвичей (за последние 4 года)

в койко-местах в стационарах. Во всех странах мира, где бы ни шло реформирование здравоохранения, наблюдается тенденция к уменьшению коечного фонда больниц. Больницы становятся меньше, основной упор делается на амбулаторное звено. В развитых странах Европы: Франции, Германии — соотношение между стационарным звеном и амбулаторным по объему медпомощи составляет фактически 1 к 3.

Именно поэтому очевидно: для того, чтобы перейти на новый этап развития медицины, необходимо было, чтобы в нее пришел научно-технический прогресс. Без этого остальные телодвижения бессмысленны. Нельзя заставить поликлинику работать лучше, если не принесем в поликлинику новую диагностическую аппаратуру, ноу-хау.

Собственно с этого и начались реформы в московском здравоохранении — с вложений в амбулаторное звено. Из 500 поликлиник было сформировано 46 взрослых и 40 детских объединений, и каждое оснащено по последнему слову техники. Москва инвестировала в систему здравоохранения 3 миллиарда евро, из которых 1 миллиард был потрачен на новое диагностическое и лечебное оборудование для поликлиник и стационаров. Первый этап — модернизация материально-технической базы столичной медицины.

В числе чисто медицинских задач одной из первых была обозначена необходимость догнать Европу по уровню внутрибольничной летальности от инфаркта миокарда. В Москве этот показатель бы ниже некуда, не говоря уже про Россию в целом. Для этого были организованы 20 сосудистых центров, которые составили так называемую инфарктную сеть. В итоге за 3 года удалось снизить внутрибольничную летальность от инфаркта миокарда в 3 раза. Таких результатов не было никогда ни в одной стране мира. Во Франции к этому шли примерно 20 лет. Фактически за этот же период в Москве была выстроена трехуровневая система оказания медпомощи, которая сегодня взята на вооружение всеми регионами. Впервые на уровне города были взяты обязательства по срокам ожидания попадания на консультацию к

специалисту, и, несмотря на то, что сегодня это время все еще оставляет желать лучшего, по сравнению с 2010 годом оно сокращено в полтора раза.

План есть

Но что же стационарная сеть, относительно реформирования которой возникает столько вопросов? Есть ли план «по закрытию больниц»? План есть, но не по закрытию больниц, а основанный на необходимости достижения определенных показателей интенсивности лечения, в частности, обороте койки, среднему времени пребывания больного на койке при разных заболеваниях. И если производительность труда врачей в клиниках будет расти, то коечный фонд будет сокращаться самими же ЛПУ, ибо содержать недостаточно интенсивно работающие койки за счет средств ОМС невыгодно.

А производительность растет за счет внедрения прогрессивных методик и технологий лечения. Если раньше человек с желчнокаменной болезнью должен был провести после операции месяц в больнице, то после того, как была освоена лапароскопическая техника, ему достаточно трех дней в стационаре после операции. Если раньше больной с инфарктом миокарда меньше 35–40 дней не лежал в больнице, то после того как налажено применение техник ангиопластики и стентирования, больше 10 дней не нужно на восстановление. Во всем мире, правда, человека после стентирования через 48 часов отпускают, но у нас 10 дней пока, инерцию системы приходится учитывать. Сегодняшние показатели далеки от идеала, но они растут, и тот самый пресловутый план гораздо более амбициозен. Благо ключевые показатели свидетельствуют о том, что движение идет в правильном направлении.

Было бы желание работать

Очень важный момент — кадры. Это головная боль для системы здравоохранения во всех субъектах РФ. Однако только в Москве сокращение коечного фонда проходит в условиях колоссального профицита медицинского персонала, и прежде всего врачей.

В 2010 году только городских коек, тех, которые функционировали в ЛПУ Департамента здравоохранения Москвы, у нас было 83 тысячи, с ними были связаны 200 тысяч работающих медиков. Помимо этого, в Москве 5 тысяч учреждений здравоохранения, никоим образом московской системе не принадлежащие, но которые лечат москвичей на 80–90%. То есть всего свыше 120 тысяч коек и около 300 тысяч медиков. Интересно при этом, что около 100 тысяч медиков из них приезжали в Москву работать из других регионов, где, к слову, всегда был и остается дефицит врачей и среднего медицинского персонала. Сегодня, например, в Московской области дефицит врачей составляет 48%.

Нет такого региона РФ, начиная от самого севера до самого юга, чьи дипломы не принимались бы в Москве, и получается, что в Москве работают 73 тысячи медиков из других регионов, при том, что губернаторы всех регионов, включая ЦФО, говорят, не уставая, о нехватке врачей и среднего медицинского персонала, особенно в сельской местности. Работа для медиков найдется, было бы у них желание работать. Но не всем найдется работа в Москве, потому что у города есть определенная потребность в объемах медицинской помощи и требования к квалификации медиков, исходя из которых и будет строиться работа с кадрами. Причем прежде всего на уровне клиник. Именно руководство клиник, каждой в отдельности, определяет штатное расписание, исходя из объема госзадания, которое необходимо выполнить ЛПУ.

Еще раз хотелось бы подчеркнуть, ключевая задача — привести состав коечного фонда в соответствие с реальными потребностями города и освоенными московскими медиками медицинскими технологиями. Вот простой пример — человек сломал ногу. Есть два пути. Первый, по которому идет все цивилизованное человечество и московское здравоохранение, — металлоостеосинтез. Человека надо оперировать и через 2–3 дня ставить на ноги. Другой путь — гипсовать ногу и долго ждать, пока срастется. Сегодня в Москве только 60% травматологических больных подвергаются операциям металлоостеосинтеза. Почему не все



Источник: Росстат, Департамент здравоохранения Москвы

Рисунок 3. Эффективность использования койки растет (длительность госпитализации, дней)

100%? Дело в том, что 40% наших травматологов не умеют и не хотят заниматься металло-остеосинтезом. Но травматолог не умеет оперировать, как же он собирается работать? Ответ: они либо должны научиться, либо не смогут продолжать работать по профессии. Так же и с хирургами, например, если хирург не умеет оперировать лапароскопически, не хочет этому научиться, он не сможет остаться в стационаре и работать хирургом.

По одному на участок

Есть, конечно, и нерешенные проблемы. Хочу упомянуть в заключение об одной из ключевых на сегодняшний день. При упомянутом профиците врачей в Москве существует проблема укомплектованности участковой службы. Сегодня больше 1000 участков в городе не заполнены участковыми врачами, хотя коэффициент совместительства в Москве по сравнению со всей Россией просто божеский — 1,3. Но Москва — отдельная история, работать участковым врачом здесь тяжело. Этих врачей не хватает, и, к сожалению, заполнить эту нишу тяжело. Есть надежда на то, что те врачи терапевтических специальностей, которые будут высвобождаться в стационарах, смогут после переподготовки работать на участках, если захотят остаться в профессии.

Но мало укомплектовать службу количественно, есть проблема профессионального уровня участковых врачей, ибо они у нас с вами готовились как участковые терапевты, а весь мир давно пошел по совершенно другому пути. Передовой путь — подготовка специалиста со статусом врача общей практики, семейного врача. Москва прикладывает все усилия, чтобы в кратчайшие сроки сертифицировать наших терапевтов до специальности врача общей практики. Причем сертифицировать не с точки зрения получения нужной бумажки. В Москве создается внутригородская система обучения и аттестации врачей, которые станут врачами общей практики.

Для решения проблем комплектации участковой службы с прицелом на перспективу Департамент здравоохранения Москвы сегодня рекомендует главврачам поликлиник набирать участковых по принципу 1 врач — 1 участок. Это будет стоить дороже на начальном этапе, но необходимо обеспечить людям доступность медицинской помощи прежде всего в первичном звене.

ПРО МИТИНГИ, БАЛЛАСТ И ЛАВКУ КОНТОРЩИКА...

«Признаться, неприятно с высоты поэзии упасть под лавку конторщика, но понимаю, такова житейская необходимость...». А что делать?! Надо же митинговым, пока еще амбулаторным, слава богу, витийствам придать хоть какую-нибудь осмысленность. Вот и «Поверил я алгеброй гармонию...», попытался взглянуть на предмет — Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов, то есть упасть под лавку конторщика.



Артем ГАПЕЕВ,

заместитель директора по экономическим вопросам НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

Три программных элемента

Следует сразу оговориться, что утвержденная Постановлением правительства Москвы № 811-ПП от 23.12.2014 года программа претерпевала и будет претерпевать изменения, однако сейчас важно понять ее общие характеристики и те базовые цели, которые в нее заложены. Согласитесь, что койки, врачи, стены, железки (т.е. медицинское оборудование) и прочее — нужны, собственно, для ее выполнения. Чего же тогда все ломают копы на митингах, требуя коек, а содержание самого предмета у радетелей за народное счастье как-то уходит на второй план. Не ругают же Печатникова за то, что, мол, мало госпитализаций запланировал на будущий год (а может, много) или амбулаторные визиты неверно посчитал (а может, верно), денег

недостаточно выделили, на профилактику мало закладывают в бюджет и т.д. Нет, эти вопросы не обсуждают, не квалифицируют, не анализируют и не подвергают критическому осмыслению. Койки давай! — и весь сказ.

Посмотрим все же на предмет. Начнем с того, что такая Программа — это всегда три элемента: страховой, субъектный и федеральный, это три источника финансирования, три клинично-экономических аспекта.

Страховой элемент — базовая программа медицинского страхования, которая выполняется и финансируется территориальным фондом ОМС, в данном случае МГФОМС.

Базовая программа включает все виды и типы помощи практически по всем существующим заболеваниям, состояниям, синдромам. Именно в рамках базовой программы реализуется принцип одноканального финансирования. Кроме ОМС есть еще два элемента, которые финансируют бюджет субъекта и бюджет Федерации. Разделение здесь вполне условное, но тем не менее. Федеральный бюджет делает акцент на орфанные, они же редкие, они же системные, они же неизлечимые заболевания (гемофилия, муковисцидоз, болезнь Гоше и пр.), на некоторые виды ВМП (по федеральному перечню), на состояния после трансплантации органов, на злокачественные образования лимфоидной и кроветворной тканей, на некоторые неврологические патологии. Бюджет субъекта делает акцент на ВИЧ-инфекцию, туберкулез, наркоманию, бесплодие, паллиативную помощь, почечную недостаточность, вернее, на ее заместительную терапию (с учетом последних поправок гемодиализ включен в базовую программу ОМС), финансирует всю службу трансфузиологии и прочее. В этом разделении есть некоторые сущностные неясности... но их мы сейчас касаться не будем. В данном случае это не так важно...

Бюджет МГФОМС формируется за счет страховых взносов (часть бывшего ЕСН*). Деньги идут из Федерального фонда ОМС и бюджетных взносов на неработающее население, которые обеспечивает бюджет города. Кроме того, бюджет города финансирует свою часть территориальной программы госгарантий уже вне базовой программы ОМС. Федеральный же бюджет по своей части предоставляет субвенции городу, которые также формируют общую программу.

Адекватно моменту

Что же территориальная программа госгарантий обеспечивает, т.е. финансирует и организует? Для упрощения агрегируем все виды помощи в четыре группы: скорая помощь, амбулаторная помощь, дневной стационар и госпитализации (табл. 1).



ОДНА И ТА ЖЕ ПОМОЩЬ В РАЗНЫХ БОЛЬНИЦАХ БУДЕТ СТОИТЬ РАЗНЫХ ДЕНЕГ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СЕБЕСТОИМОСТИ, ПОТОМУ КАК БОЛЬНИЦА «А» РАСПОЛОЖЕНА НА 15 ГЕКТАРАХ В 30 КОРПУСАХ, ПОЛОВИНА ИЗ КОТОРЫХ БОВЕ И КАЗАКОВ, А БОЛЬНИЦА «В» РАБОТАЕТ В ОТНОСИТЕЛЬНО НОВЫХ ЗДАНИЯХ С КОМПАКТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ НА ЗЕМЕЛЬНОМ УЧАСТКЕ.

* В соответствии с Постановлением Правительства от 4 декабря 2014 г. № 1316, тарифы по страховым взносам во внебюджетные фонды с 2015 года: ПФР — 22%, предельная база для начисления 711 тыс. руб. на одного человека. С суммы, превышающий данный предел, начисляется 10%; ФСС — 2,9%, предельная база 670 тыс. руб. Сверх предельной базы ничего не начисляется; ФОМС — 5,1%, ограничения нет.

Программа рассчитана на 12 035 549 человек. В течение 3-х лет предполагается, что 38% москвичей хотя бы один раз в год вызывают карету скорой помощи. В течение 3-х лет запланировано финансировать не менее 8 амбулаторно-поликлинических визитов в год на каждого из 12 млн человек. В течение 3-х лет будет финансироваться дневной стационар (1 пациенто-день) для 68% населения Москвы. И наконец, в течение 3-х лет предполагается, что 21% москвичей хотя бы 1 раз в год будут госпитализированы.

Таблица. 1. Нормативы Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов (средние показатели с учетом трехлетнего планирования)

Виды помощи	Среднее значение в год на период 2015–2017 гг.
Скорая помощь, кол-во вызовов	4,6 млн
Амбулаторная помощь, кол-во визитов	95,8 млн
Дневной стационар, кол-во пациенто-дней	8,2 млн
Госпитализации, кол-во госпитализаций	2,6 млн

Для реализации программы определен консолидированный бюджет, включающий средства МГФОМС, бюджеты Москвы и субвенции федерального бюджета (в составе бюджета Москвы): 285,7 млрд рублей в 2015 году, 293,02 млрд рублей в 2016-м и 311,4 млрд рублей в 2017-м. Любителям считать проценты от ВВП надо сказать, что ВВП Москвы (по разным оценкам) в 2015 году составит около 12 трлн рублей. Таким образом, суммарные расходы на медицину составят около 2,4%.

Таблица. 2. Финансирование различных видов медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов, млрд руб.

Виды помощи	2015	2016	2017
Стационарная помощь	117,5	120,5	128,0
Амбулаторная помощь	82,4	84,5	89,8
Содержание имущества	53,4	54,8	58,2
Скорая медицинская помощь	19,5	20,0	21,2
Стационар 1-го дня	10,0	10,3	10,9
Бюджет МГФОМС	2,9	3,0	3,2
Итого	285,7	293,0	311,4

Структура расходов по Программе на период 2015—2017 гг. (%)

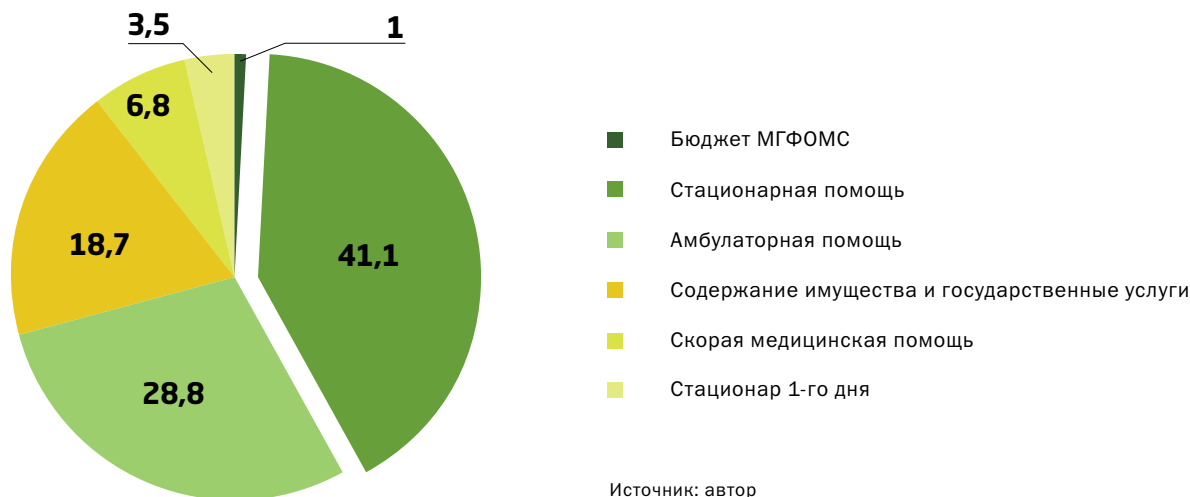


Рисунок. 1. Схема финансирования, предусмотренная Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов, %

Теперь посмотрим на нормативы финансирования различных видов медицинской помощи в соответствии с территориальной программой госгарантий (табл. 2) и структуру расходов в рамках программы на 3 года (рис. 1).

Если принять медицинскую помощь в рамках дневного стационара в качестве амбулаторной помощи, что корректно, суммарные затраты на амбулаторную помощь составляют 32% против 41% стационарной помощи за период 2015—2017 гг. Принимая во внимание средние показатели за три года действия программы (количественные и финансовые), финансирование каждого из видов помощи будет примерно следующее:

- вызов скорой помощи — 4,4 тыс. рублей;
- амбулаторно-поликлинический визит — 893 рубля;
- пациенто-день в дневном стационаре — 1,3 тыс. рублей;
- госпитализация — 47,2 тыс. рублей.

Суммарные затраты по программе в расчете на одного человека в ближайшие три года составят около 24,7 тыс. рублей, вернее: 23,7 тыс. рублей в 2015 году, 24,4 тыс. рублей в 2016 году и 25,9 тыс. рублей в 2017 году.

А теперь прикинем следующее. Чтобы обеспечить 2,6 млн госпитализаций, реально надо 40 больниц со средним коечным фондом в 1000 коек, то есть около 40 тыс. коек. 2,6 млн госпитализаций делим на 40 тыс. коек, получаем оборот койки — 64 госпитализации в год. Прекрасный показатель для муниципальной медицины. 365 дней в году делим на 64 госпитализации в год, получаем 6 койко-дней в расчете на 1 госпитализацию. Еще один показатель, к которому должны стремиться все главные врачи, занимаясь своим прямым делом, то есть клиническим менеджментом. Для 90% всех госпитализаций по хирургическим показаниям 6 дней более чем достаточно. Умеете оперировать эндоскопическими

методами, имеете соответствующее оборудование — вперед! Это ровно то, о чем везде говорит Печатников.

100 млн амбулаторных визитов в год это 274 тыс. визитов в день. Если поликлиника работает (обязана работать) в 12-часовом режиме, то это 23 тыс. визитов в час по всему городу. Если взять максимально комфортный 30-минутный режим приема, то это 11,5 тыс. врачей, которые одновременно ведут прием по всему городу. Впрочем, мне кажется запланированное количество визитов очень завышено. 8 в год на человека — многовато...

Расчеты мои, конечно, очень примерные и усредненные. Пациент с рассеянным склерозом и пациент, оперируемый по поводу ЖКБ, — не есть одно и то же. Однако никаких отчаянных цифр я не вижу, все скромно, но вполне адекватно моменту.

Важные вопросы

В происходящем в Москве много странного и неверного. Мне совершенно неясно: почему до сих пор не ликвидирована городская поликлиника как самостоятельная клиническая единица, мне не очень понятен перекоп в финансировании амбулаторной и стационарной помощи (соотношение должно быть 70/30), большие вопросы по информатизации как в части создания базовых медицинских информационных

систем, консолидированных с финансами, так и в части специализированных систем, без которых невозможно эффективное использование сложного диагностического оборудования (PACS, RIS). И, конечно, фундаментальным вопросом является вопрос о тарифах.

Программа дает нам ответ на вопрос: сколько денег есть и как они будут тратиться. У нас нет ответа на вопрос: достаточно ли этих денег. Какова себестоимость лапароскопической аппендэктомии или суточного мониторинга по Холтеру? Сколько стоит час пробуждения в послеоперационной палате? Сколько, в конце концов, стоит пресловутый прием терапевта и

т.д. Интегрированной методики расчета тарифа нет. Маржинального анализа себестоимости в муниципальной медицине нет. Принципов регулирования тарифов нет. Замечу, что одна и та же помощь в разных больницах будет стоить разных денег с точки зрения себестоимости, потому как больница «А» расположена на 15 гектарах в 30 корпусах, половина из которых Бове и Казаков, а больница «В» работает в относительно новых зданиях с их компактным расположением на земельном участке. Многие из перечисленного вне компетенции московского правительства. Тем не менее считаю важным именно эти вопросы и обсуждать: квалифицированно и профессионально, затрагивая экономические, финансовые, юридические и клинические аспекты существования муниципального здравоохранения. Это, надо заметить, существенно сложнее, чем врать и хамить Печатникову, спекулировать на чувствах больных рассеянным склерозом и давать не очень ответственным и не очень умным журналистам повод для демагогии.

А балласт надо сокращать! И чем скорее, тем лучше. Лучше прежде всего для пациентов.

Иначе никак!

И в заключение еще вот о чем. К вопросу о тайнах мадридского двора, которыми окутаны реформы в Москве: вся информация, изложенная в этом тексте, получена путем набора простой комбинации нужных слов в поисковой системе интернета. Несложно и доступно буквально всем...



**КОЙКИ, ВРАЧИ, СТЕНЫ, ЖЕЛЕЗКИ
(Т.Е. МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ)
И ПРОЧЕЕ – НУЖНЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ.
ЕЕ ПАРАМЕТРЫ И НАДО ОБСУЖДАТЬ.**

АЛЕКСАНДР КОНОПЛЯННИКОВ: В НАШИХ РУКАХ САМОЕ ГЛАВНОЕ — ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И МАЛЫША

В последние годы в организации службы родовспоможения столицы произошли значительные изменения. Сегодня ключевая роль принадлежит специалистам амбулаторного звена, которые контролируют течение беременности и здоровье будущей матери. О том, какие проблемы приходится решать специалистам, о взаимодействии с другими службами и необходимости постоянного самосовершенствования рассказывает главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы Александр КОНОПЛЯННИКОВ.

— Александр Георгиевич, какие ключевые изменения произошли в последнее время в организации службы родовспоможения в Москве?

— Работа проделана большая. В 2014 году завершена реорганизация женских консультаций и акушерских стационаров: женские консультации присоединены в качестве структурных подразделений к акушерским стационарам или многопрофильным стационарам, а самостоятельные родильные дома — к многопрофильным стационарам, что позволило повысить преемственность в работе по оказанию медицинской помощи женщинам, имеющим отклонения в состоянии здоровья, в период беременности и родов. Количество акушерских стационаров, которые могут принять не только здоровых рожениц, но и женщин с экстрагенитальной патологией увеличилось, что позволило улучшить основные показатели учреждений родовспоможения, такие как материнская и перинатальная смертность, несмотря на увеличение количества родов в 2014 году по сравнению с 2013 годом. На сегодняшний день в



**Александр
КОНОПЛЯННИКОВ**
главный внештатный
специалист по акушер-
ству и гинекологии
Департамента здраво-
охранения Москвы

Москве из 29 родильных домов 5 акушерских стационаров: ГКБ № 31, 36, 40, 50, 52 закрыты в связи с проведением ремонтных работ, их открытие планируется в 2015 году. Более того, в 2015 году будет открыт новый корпус — родильный дом — в ИКБ № 2. Уверен, что увеличение количества акушерских стационаров и работа, проделанная в рамках программы модернизации, позволят снизить показатель младенческой смертности в городе. Напомню также, что сегодня в каждом родильном доме в структуре Департамента здравоохранения Москвы имеются отделения детской реанимации, что позволит оказать медицинскую помощь в полном объеме нашим маленьким пациентам, начиная с 500 граммов при рождении.

Сегодня большая ответственность ложится на врачей амбулаторного звена — женские консультации, поликлиническую службу, которые должны взять на себя решение основных проблем. Примечательно, что в рамках программы модернизации в каждой женской консультации был организован кабинет функциональной диагностики для оценки состояния плода методами кардиотокографии и ультразвукового исследо-



**ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКИХ КАРТ,
ЗАПОЛНЯЕМЫХ НА КАЖДУЮ РОЖЕНИЦУ,
ОТМЕЧАЕТСЯ НЕУКЛОННЫЙ РОСТ
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.**

вания. В настоящее время диагностика состояния плода должна проводиться преимущественно в первом триместре. В частности, включать комплексное обследование женщин ультразвуковыми и биохимическими методами между 11-й и 14-й неделями беременности в кабинетах пренатальной диагностики. Врачи-эксперты проводят расчет индивидуального комбинированного риска хромосомных aberrаций у плода с использованием единой компьютерной программы с расчетом индивидуального риска по комбинации ультразвуковых и сывороточных маркеров (1:100). При выявлении высокого риска развития врожденных пороков развития

и хромосомных aberrаций по результатам комплексной пренатальной диагностики развития ребенка беременная женщина направляется на медико-генетическое консультирование. В частности, в Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСИР), ГКБ № 81 и филиале № 4 ЦПСИР для постановки пренатального диагноза проводится инвазивная пренатальная диагностика с последующим цитогенетическим, молекулярно-генетическим исследованием.

— Каковы сегодня показатели материнской заболеваемости и заболеваемости патологиями репродуктивной системы женщин в городе?

— Да, по данным статистических карт, заполняемых на каждую роженицу, отмечается неуклонный рост экстрагенитальной заболеваемости. Дело в том, что в последнее время заметно увеличилось количество женщин, осознанно откладывающих беременность: сначала они хотят получить хорошее образование и престижную работу, затем — достигнуть карьерных успехов и только после 30–35 лет задумываются о материнстве. Очевидно, что к такому возрасту они уже накопили определенный груз различных заболеваний: гипертоническая болезнь, заболевания почек, кровеносной системы, высок процент онкологической патологии. В этой связи важно, что с присоединением родильных домов к многопрофильным стационарам женщинам доступна при необходимости медицинская помощь в полном объеме при любой экстрагенитальной патологии.

— Какие ключевые проблемы решают сегодня московские специалисты в области акушерства и гинекологии в медицинском и организационном аспектах?

— Начну с того, что еще в 2007 году москвички получили возможность провести две операции экстракорпорального оплодотворения за счет бюджета города Москвы. Только после Москвы эту практику стали перенимать другие регионы, но далеко

не все. Но сегодня в ЛПУ Департамента здравоохранения Москвы проводится не только ЭКО, но и преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) моногенных заболеваний. Это самый современный метод пренатальной диагностики, позволяющий обеспечить рождение здорового ребенка. Эта методика позволяет выявить хромосомные аномалии и генетические дефекты у эмбрионов в цикле ЭКО до переноса в полость матки. После проведения преимплантационной генетической диагностики в полость матки переносят только «здоровые» эмбрионы. По показаниям преимплантационная генетическая диагностика выполняется супружеским парам — носителям моногенного генетического заболевания (муковисцидоз, гемофилия, миодистрофии, нейросенсорная глухота и др.), парам с тяжелым течением резус-конфликта в анамнезе или привычным невынашиванием беременности, а также в том случае, если один из супругов или оба супруга являются носителями хромосомных транслокаций при проведении ЭКО, женщинам старше 36 лет и женщинам при многочисленных неудачных попытках ЭКО в анамнезе. Такую же возможность получили сенсibilизированные резус-отрицательные женщины при наличии гетерозиготного резус-положительного мужа, когда в полость матки переносят только резус-отрицательные эмбрионы.

Активно развивающееся направление — фетальная хирургия. Основные задачи, решаемые при выполнении такого рода вмешательств, — сохранение жизни плода и предотвращение дальнейшего развития внутриутробных повреждающих факторов. Повышение эффективности и точности перинатальной диагностики позволяет планировать постнатальную хирургическую коррекцию широкого спектра пороков развития. Однако в ряде случаев лишь внутриутробное вмешательство может способствовать улучшению витального прогноза. При этом применение эндоскопических методов открыло новые горизонты пренатальной коррекции многих пороков развития и патологических состояний плода. Сегодня в клиниках Москвы проводятся такие внутриутробные вмешательства, как торакоцентез при гидротораксе, дренирование кистозных образований легких плода, пузырно-амниотическое шунтирование при обструктивных уропатиях, лазерокоагуляция плацентарных анастомозов при синдроме фето-фетальной трансфузии (СФФТ) и поздний селективный фетоцид при грубых пороках развития одного из плодов при монохориальной двойне. А, скажем, ЦПСИР специализирован на оказании помощи беременным с резус-иммунизацией. В данном случае единственно патогенетически обоснованным методом лечения является внутриутробное переливание крови еще нерожденному плоду. Замечу, что в Москве успешно проводятся уникальные фетоскопические операции, в наших клиниках концентрируются сложные пациентки со всей России.

В целом же основное направление работы акушеров-гинекологов столицы — сохранение репродуктивной функции жительниц города. Сейчас в этой области медицины активно применяются органосохраняющие подходы к лечению, в частности, проводится эмболизация маточных артерий при миоме матки, что позволяет сохранить орган и в последующем родить ребенка. Такие операции проводятся в ряде стационаров города. Например, в ГКБ № 1 и 31 и Центре планирования семьи и репродукции.

— Каким образом выстроено взаимодействие учреждений и специалистов вашей службы с другими специалистами и службами городской системы здравоохранения?

— Основные направления совершенствования оказания медицинской помощи женщинам и детям в 2013–2020 годах определены Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 года № 1211-р. Важнейшей частью данной программы является подпрограмма «Охрана здоровья матери и

ребенка», основной целью которой является создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям, улучшение состояния здоровья детей и матерей, снижением материнской, младенческой и детской смертности. Существенно для реализации положений этой программы и то, что МГФОМС с 2015 года существенно повысил подушевой норматив на одну роженицу, финансирование увеличилось в 4 раза с 6 до 24 тысяч рублей.

— Как вы можете охарактеризовать профессиональный уровень московских специалистов вашего профиля? Достаточен ли он? Существует ли кадровый дефицит в этой области?

— Дефицита кадров у нас нет. Большинство молодых специалистов хотят работать в стационаре как в акушерском, так и в отделении гинекологии многопрофильной больницы. Но сегодня основная нагрузка переносится на амбулаторную службу, поэтому мы заинтересованы в том, чтобы повысить уровень знаний специалистов этой службы, так как именно эти врачи первыми встречаются с пациентами, и от уровня их квалификации многое зависит. Последипломному образованию врачей уделяется особое внимание. Ранее проводились семинары в административных округах с привлечением ведущих специалистов в области акушерства и гинекологии, но из-за интенсивного темпа жизни мегаполиса, сложной транспортной ситуации стали проводить конференции ежемесячно по актуальным вопросам. Впрочем, развитие современных технологий позволяет проводить еженедельные вебинары. Преимущества подобной формы обучения очевидны: не нужно тратить время на трансфер, можно подсоединиться к онлайн-лекции, не выходя из своего кабинета или дома. Если имеется веб-камера, то возможно интерактивное общение, в рамках которого можно задать лектору уточняющие вопросы. Помимо вебинаров, на базе Центра планирования семьи и кафедры акушерства и гинекологии Российского медицинского университета проводятся курсы повышения квалификации, которые могут посещать врачи со всей России, получив направление от своего медучреждения.

— Александр Георгиевич, на чем вы как главный внештатный специалист хотели бы сконцентрировать внимание московских медиков: специалистов акушеров-гинекологов, участковых врачей?

— Врач должен стремиться повышать свою квалификацию. Не должно быть такого, чтобы, окончив институт, он убрал учебники в дальний ящик и вернулся к ним через пять лет, когда необходимо получить сертификат, без которого мы не имеем права работать. Я понимаю, что помимо работы у всех есть личная жизнь, но если вы выбрали профессию врача, то должны понимать — она обязывает к постоянному самосовершенствованию и развитию. Если есть желание стать востребованным, квалифицированным специалистом, нужно постоянно пополнять свой багаж знаний. Мы со своей стороны делаем все возможное: проводим вебинары, конференции, курсы повышения квалификации, делимся опытом и наработками, но все это носит, скорее, рекомендательный характер. Если человек сам не захочет прочитать рекомендуемую литературу, прийти на конференцию или включить компьютер во время вебинара, мы не сможем его никак заставить это сделать. С 2016 года нас всех ждет другая система аккредитации, и уже сейчас мы стремимся подготовить московских врачей нашей сферы к этой процедуре. Не забывайте, что в наших руках самое главное — жизнь и здоровье матери и малыша, и мы не можем позволить себе выполнять работу бездушно, безответственно.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

АНТОНИНА ЧУБАРОВА: В НЕОНАТОЛОГИИ МЫ ИДЕМ ТОЛЬКО ВПЕРЕД

Снижение к 2018 году показателей младенческой и материнской смертности до уровня европейских величин заявлено в качестве одной из стратегических задач, стоящих перед отечественным здравоохранением. Каким образом будет развиваться столичная служба родовспоможения с учетом этих планов, рассказывает главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф. Филатова Антонина ЧУБАРОВА.

— Антонина Игоревна, расскажите о состоянии системы оказания медицинской помощи новорожденным в Москве?

— Поскольку инвестиции в помощь новорожденным дают наибольший экономический эффект, закладывая фундамент для формирования здорового трудоспособного населения на ближайшие десятилетия, поддержка неонатологии в последние годы относится к одному из приоритетных направлений развития нашей медицины в целом и педиатрии в частности. Последние два года были, пожалуй, беспрецедентными в плане вложений в эту область. Прошедшая в 2012–2013 годах модернизация московского здравоохранения отразилась главным образом на организации медицинской помощи новорожденным. В рамках программы модернизации в Москве в родовспомогательных учреждениях фактически в два раза было увеличено количество коек для новорожденных, требующих реанимации и интенсивной терапии.

Специфика неонатологии заключается в том, что среди всех возрастных групп новорожденные — наиболее сложный с медицинской точки зрения контингент, так как в случае наличия у ребенка патологии перинатального периода она затрагивает не одну,



Антонина ЧУБАРОВА,
главный внештатный
специалист неонатолог
Департамента здравоохранения Москвы

а несколько систем и органов. Поэтому в большинстве случаев помощь новорожденным не только является высокотехнологичной, но и требует наличия современного специализированного оборудования и диагностических методик, знания специалистами практически всех областей педиатрии. Сейчас мы с полным правом можем заявить, что наше оборудование ничем не отличается от оборудования зарубежных клиник, что подтверждают и наши зарубежные коллеги.

— В каком направлении, в том числе структурно, организационно, планируется развивать неонатологическую службу, учитывая все те вызовы, которые сегодня стоят перед столичным здравоохранением?

— В настоящее время в мире существуют две основные модели организации медицинской помощи новорожденным. Первая — модель перинатальных центров, когда мать с какой-то патологией беременности поступает в специализированное учреждение, где и происходят роды, и в этом же учреждении ребенок получает помощь в отделении реанимации новорожденных. Здесь же находится второй этап выхаживания, на который попадает ребенок после отделения реанимации. За последние годы такие перинатальные центры были созданы в ряде регионов, что действительно позволило ощутимо улучшить показатели младенческой и материнской смертности, в особенности в субъектах с большой территорией и малой плотностью населения. Однако и в многомиллионной Москве, с большими транспортными проблемами такая модель актуальна. Параллельно мы выстраиваем и модель организации помощи, где родовспомогательное учреждение находится в составе многопрофильного стационара. Такая структура оправдана тем, что перинатальные центры в отличие от многопрофильного стационара могут охватить далеко не все направления специализированной помощи новорожденным. В качестве примера можно привести опыт в Детской городской клинической больнице № 13 им. Н.И. Филатова, представляющей собой многопрофильный стационар с отделением реанимации новорожденных второго этапа реанимации и тремя крупными отделениями патологии новорожденных и недоношенных детей, плотно сотрудничающими со службами неонатальной хирургии, кардиохирургии. Дело в том, что около половины случаев летальных исходов в Москве обусловлены пороками развития у плода, что требует оказания своевременной высокоспециализированной или даже высокотехнологичной помощи. Именно этому направлению, если говорить о планах на ближайший 2015 год, мы будем уделять особое внимание. Мы исходим из того, что самый важный период в жизни человека — детство, первый год, первая неделя, первый день, первые часы и так далее. Поэтому сейчас все наше внимание будет нацелено на помощь на пренатальном этапе, на пренатальную диагностику, ориентированную на своевременное выявление беременности с аномалиями развития. С этой целью в столице на базе ДГКБ № 13 им. Н.И. Филатова создана и работает комиссия, в составе которой есть врачи-хирурги, консультирующие женщин с патологией беременности, что позволяет заранее направить пациентку в учреждение, где есть все необходимое для оказания специализированной помощи ребенку сразу же после его рождения. При правильно выстроенной схеме маршрутизации ребенку уже в первые часы жизни оказывается любая, в том числе хирургическая, помощь. В настоящее время мы инспектируем все родильные дома города, проверяя оснащение в родильных залах, наличие оборудования для оказания экстренной помощи, необходимого лекарственного обеспечения, соблюдение протоколов оказания помощи новорожденным. Параллельно решаем вопросы со специализированной экстренной кардиохирургической помощью и просто хирургической помощью. Создана выездная кардиохирургическая бригада, которая может сразу, в роддоме, уточнить наличие порока сердца, показания к экстренному кардиохирургическому вмешательству. По такому же принципу работают и созданные нами экстренные нейрохирургические бригады. Другое очень важное направление — профилактика инвалидизации, риску которой особенно подвержены дети, нуждавшиеся в реанимационных мероприятиях. Мы ставим

перед собой задачу минимизировать бронхолегочные дисплазии, которые ассоциируются с недоношенностью, поражения нервной системы, которые встречаются и у доношенных, и у недоношенных детей, особенно при осложненном течении беременности, тяжелые поражения желудочно-кишечного тракта или почек. За последние годы для этого было сделано очень много. Внедрены современные протоколы профилактики при внутрижелудочковых кровоизлияниях, предполагающие снижение агрессивности ведения новорожденных в родильном зале, появились современные технологии, которые позволяют снизить количество болевых воздействий, своевременно уходить от вентиляционной поддержки. Методики есть, важно, чтобы они работали в руках профессионалов.

Ну а те дети, что все-таки уходят от нас с остаточной патологией, в идеале должны еще в течение двух-трех лет наблюдаться у специалистов, которые понимают, что такое перинатальная патология и как протекает этот процесс дальше. С этой целью в городской педиатрической службе созданы специализированные центры восстановительного лечения, предназначенные для ведения детей с перинатальной патологией и детей, родившихся недоношенными. Правда, пока такие центры рассматриваются в системе ОМС как обычные педиатрические службы, тогда как такой сложный контингент детей требует гораздо больших вложений для предотвращения последующей инвалидизации. Значительное внимание мы уделяем и развитию детской паллиативной службы, которая будет нацелена на помощь самым тяжелым пациентам, вынужденным находиться на искусственной вентиляции легких долгое время, и сейчас рассматривается вопрос оказания помощи таким больным на дому.

— Каким образом выстроено взаимодействие неонатологов с другими узкими специалистами? Можно ли говорить о четко выстроенной схеме ведения новорожденного в системе здравоохранения Москвы?

— Мы работаем в очень тесном контакте практически со всеми специалистами педиатрического профиля, а также акушерами-гинекологами. Для углубления профессионального взаимодействия планируем провести курс вебинаров, что в будущем позволит нам решать какие-то проблемы сообща. Как я уже упомянула, достаточно тесным является наше сотрудничество с детскими хирургами в части пренатального консультирования и оказания специализированной помощи детям с врожденными пороками развития и глубоко недоношенным детям с экстремально низкой массой тела. Это тоже постоянная работа, которая, на мой взгляд, налажена в Москве достаточно неплохо.

Важно отметить нашу работу с участковыми педиатрами. Вообще сама наша участковая служба — система, когда после родов на дом обязательно придет педиатр, который осмотрит новорожденного ребенка, проведет все необходимые обследования, пригласит на профилактически прививки, — не имеет аналогов ни в одной стране мира. В планах значится расширение этого взаимодействия, обусловленное последними тенденциями к более ранней выписке из родильного дома. Это значит, что целый ряд мероприятий, которые проводились ранее в родильном доме, таких как вакцинация, проведение неонатального скрининга, ляжет на плечи участковых педиатров. Уже сейчас мы очень строго спрашиваем за невыполнение тех назначений, которые были сделаны в родильном доме.

— На чем вы как главный внештатный специалист хотели бы сконцентрировать внимание московских медиков: неонатологов, педиатров, участковых врачей?

— В практике неонатологов нередки ситуации, когда какие-либо патологии выявляются несвоевременно. Поэтому мне кажется, очень важно акцентировать на этом внимание



**ВСЕ НАШЕ ВНИМАНИЕ БУДЕТ НАЦЕЛЕНО
НА ПОМОЩЬ НА ПРЕНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ,
НА ПРЕНАТАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ,
ОРИЕНТИРОВАННУЮ НА СВОЕВРЕМЕННОЕ
ВЫЯВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С АНОМАЛИЯМИ
РАЗВИТИЯ.**

участковых педиатров, которым нужно развивать настороженность относительно ключевых маркеров патологий. Нужно уметь работать с аппаратурой для того, чтобы ничего не упустить. Может быть, это не вопрос следующего года, но работу в этом направлении мы начинаем уже сегодня.

— Каковы основные проблемы в работе службы и насколько успешно они сейчас решаются?

— Прежде всего это проблемы, конечно же, кадровые. Однако даже в ситуации значительной кадровой перестройки московского здравоохранения, о котором сейчас так много говорят в СМИ, могу сказать, что в нашей специальности ни один нужный специалист работу не потерял. Более того, у нас сохраняется дефицит кадров в основном в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Связано это с тем, что работа в детском отделении реанимации требует от специалиста владения как минимум двумя специальностями. По сути, детский врач-реаниматолог должен знать прекрасно не только всю педиатрию, но и всю неонатологию, а врач, который работает с глубоко недоношенным ребенком, всю кардиологию, пульмонологию, нефрологию и гастроэнтерологию, владеть всем спектром обследований по каждой из этих специальностей. Таких специалистов немного. Есть моменты, которые негативно сказываются на желании молодых специалистов развиваться дальше в этой области, — высокий уровень стресса, неотделимый от работы в реанимации, отсутствие возможностей для подработок. Не всех такие условия устраивают, и порой люди, которые имеют хороший профессиональный потенциал, пересматривают свои карьерные приоритеты. Отчасти есть отсев и по профнепригодности. Далеко не все желающие смогут работать на столь ответственных позициях. Да, конечно, приток молодых врачей имеется, но тем не менее проблема как с врачебными, так и с сестринскими кадрами сохраняется. Например, мы давно говорим и продолжаем настаивать на том, что нам нужны специализированные выпуски медицинских сестер со специализацией по неонатологии и реанимации, так как работа в отделении детской реанимации предполагает особую специфику.

— Какие новые технологии, передовые методики выхаживания сейчас активно осваиваются в московских ЛПУ?

— На самом деле мы уже давно справились с проблемой выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Поэтому переход на новые критерии живорождения для нас означал лишь одно — получение оплаты за помощь, которую мы, в общем-то, и так давно оказывали. То есть по отношению к глубоко недоношенным детям в нашей работе ничего не изменилось за исключением того, что медицинские учреждения дооснастили современным оборудованием, благодаря чему у нас появилось больше технических возможностей для оказания помощи таким детям. Об этом свидетельствуют и цифры, ведь показатели младенческой смертности практически не изменились в худшую сторону с переходом на новые критерии живорождения. Я со всей ответственностью могу сказать, что в неонатологии мы идем только вперед. За последние годы в нашем распоряжении появились и новые терапевтические методы, например, метод консервативного закрытия открытого артериального протока. Если говорить о более старшем возрасте, то это иммунизация детей против респираторно-синцитиальной инфекции препаратом паливизумаб, который предотвращает гибель детей от данной инфекции на первом году жизни. Появилась новая аппаратура экстракорпоральной мембранной оксигенации, с которой начали сейчас работать в Филатовской больнице, новая нейрохирургическая аппаратура, которая позволяет оказывать помощь детям с гидроцефальным синдромом. Благодаря появлению нового эндоскопического оборудования наши хирурги проводят сложнейшие методики коррекции таких тяжелых пороков, как диафрагмальная грыжа, с прекрасными результатами. Я думаю, что благодаря этим методам в ближайшее время мы приблизимся к тем цифрам, которые есть в Европе, несмотря на то, что нам приходится работать в гораздо более жестких условиях.

Подготовила
**Татьяна
БЕСКАРАВАЙНАЯ**

ЕЛЕНА ПЕТРЯЙКИНА: НЕ СТЫДНО НЕ ЗНАТЬ, СТЫДНО НЕ СПРОСИТЬ

За девять месяцев 2014 года младенческая смертность в Москве составила 6,2 промилле. Этот показатель лучше, чем в целом по России, однако педиатрической службе столицы есть к чему стремиться. По мнению заместителя главного врача по медицинской части Морозовской ДГКБ, главного внештатного специалиста педиатра Департамента здравоохранения Москвы Елены ПЕТРЯЙКИНОЙ, необходимо стандартизировать подходы и пользоваться в своей практике принятыми клиническими рекомендациями.

— Елена Ефимовна, какие ключевые изменения произошли за последнее время в педиатрической службе столицы и в организации медицинской помощи детям?

— В результате модернизации в стационарные и амбулаторные поликлинические центры, в том числе детские, было поставлено передовое оборудование, которое позволило расширить возможности ведения пациентов. Еще никогда у нас не было инструментальных, лабораторных и других возможностей такого уровня для ведения пациентов с хроническими заболеваниями именно в рамках стационар-осберегающих технологий, для медицинской помощи детям весом с 500 граммов. Выхаживанию таких малышей помогает развитие неонатальной реанимации. Открылось много коек второго этапа выхаживания новорожденных, которые успешно работают. В Москве строятся и уже работают перинатальные центры, в которых новорожденные и их мамы могут получить всю необходимую медицинскую помощь. Кроме того, особое внимание в Москве уделяется беспризорным детям, которые получают медицинскую помощь в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского. Активно открываются паллиативные койки — в Москве никогда не было такого количества паллиативных коек,



Елена ПЕТРЯЙКИНА
главный внештатный
специалист педиатр
Департамента здраво-
охранения Москвы

на которых маленькие пациенты могут находиться столько времени, сколько требуется. Очень важно, что в стационарах открываются центры специализированной помощи детям. Например, в Морозовской больнице таких центров шесть: онкологии и гематологии, детской эндокринологии, ревматологии, цереброваскулярной патологии (детского инсульта), репродуктивного здоровья детей и подростков, орфанных заболеваний. Такие центры позволяют оказывать помощь пациентам в рамках стационаросберегающих технологий.

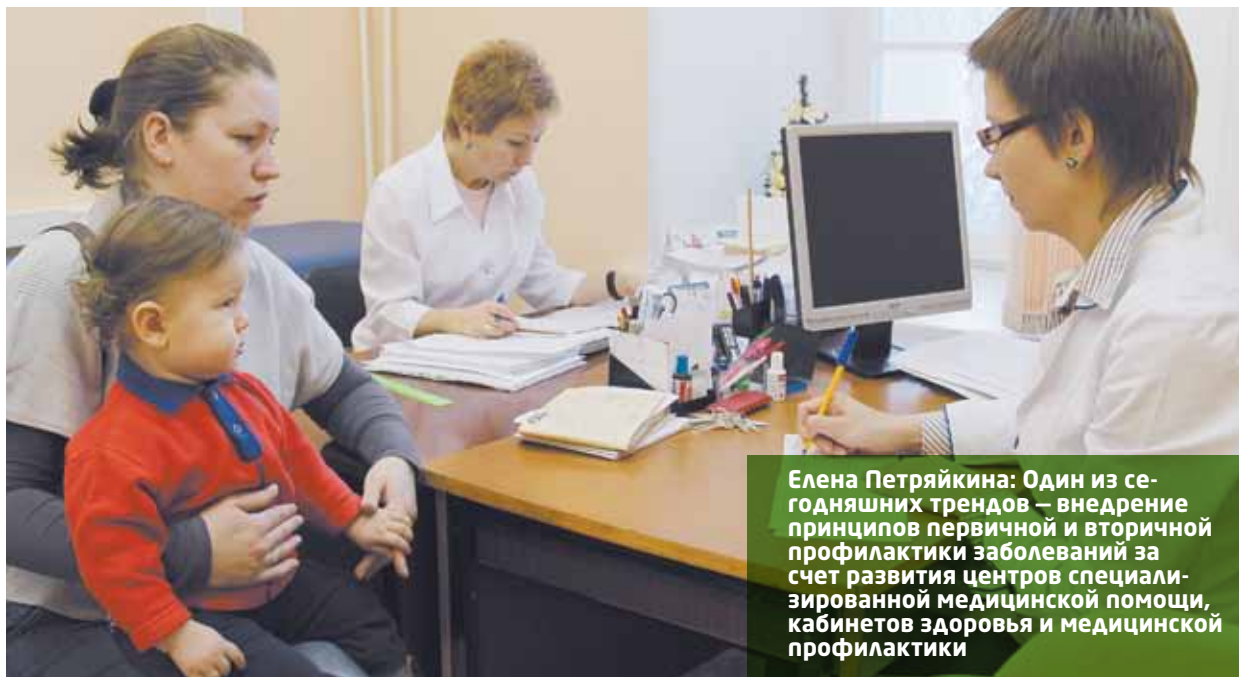
Еще одно высочайшее достижение последних лет — обеспечение практически во всех детских стационарах возможностей для нахождения ребенка с мамой. Мы стараемся пускать маму даже в реанимацию — известен феномен педиатрии: маленький пациент идет на поправку быстрее, если рядом находится мама. Более того, ее присутствие дополнительно организует медперсонал отделения. Одно из ключевых изменений — с 1 января 2015 года нет специализированных отделений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Что бы ни говорили противники этого решения, это правильно, ведь дети из детских домов такие же, как и остальные. Не стоит создавать для них какие-то резервации, они должны социально адаптироваться, общаясь с детьми, у которых есть родители. Кроме того, в условиях общего отделения, при лечении с участием родителей, вырастает качество медицинской помощи для этих пациентов. Конечно, сокращение коечного фонда не прошло мимо нашей больницы, но эффективность лечения от такой реорганизации только повысилась: до сокращения мы лечили 35–40 тысяч пациентов в год, а сейчас до 82 тысяч.

— Каковы сегодня показатели младенческой смертности в Москве?

— Как известно, заболеваемость детей до года напрямую связана с выявляемостью. Чем лучше возможности медицины и чем квалифицированнее персонал, тем больше заболеваний мы выявим. А золотым стандартом, иллюстрирующим успехи педиатрии, считается коэффициент младенческой смертности. Средний мировой показатель младенческой смертности, по данным ООН, сейчас составляет 49,4. Наилучший показатель в Гонконге — 1,9 смерти на 1000 живых новорожденных. Пока мы можем только мечтать о таком показателе. В Сингапуре, Исландии, Люксембурге тоже невысока смертность новорожденных — всего 2 на 1000. Япония занимает шестое место, а Германия — только пятнадцатое. Интересно, что США занимают лишь 44 место с показателем 6,9. Конечно, Россия мало чем может гордиться: еще в 2010 году мы были лишь шестьдесят седьмыми с показателем 10,7. Однако уже в 2011-м этот показатель снизился до 7,3. За девять месяцев 2014 года младенческая смертность в Москве составила 6,2. Это, конечно, гораздо лучше, чем в среднем по России, но нам есть куда стремиться. Например, петербургские коллеги вышли на показатель 3,5.

— Какие цели преследует сегодня педиатрическая служба? Какие проблемы решает?

— Прежде всего мы стремимся повышать доступность и качество оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи и постоянно работаем над снижением уровня госпитализации детей с хроническими заболеваниями. Во всем мире таких пациентов ведут амбулаторно. Один из сегодняшних трендов — внедрение принципов первичной и вторичной профилактики заболеваний за счет развития центров специализированной медицинской помощи, кабинетов здоровья и медицинской профилактики. Это направление пока недостаточно развито в педиатрии, но оно является крайне важным: приучать к здоровому образу жизни нужно с детства. Идет активная работа и в организации многопрофильных стационаров. Это позволит не только улучшить качество оказываемой помощи, но и грамотно организовать маршрутизацию пациентов — им не придется ходить по разным стационарам. Важно также настраиваться на лечение не болезни, а больного в целом и желательно одним коллективом врачей амбулаторно и в стационаре.



Елена Петрайкина: Один из сегодняшних трендов – внедрение принципов первичной и вторичной профилактики заболеваний за счет развития центров специализированной медицинской помощи, кабинетов здоровья и медицинской профилактики

В то же время мы заинтересованы в развитии коек краткосрочного пребывания, где пациента оперативно обследуют, назначают лечение, наблюдают и отпускают дальше лечиться домой. Такая схема работает во многих странах мира, поскольку у стационара есть большой недостаток — риск вторичного инфицирования. На постоянной основе ведется контроль качества медицинской помощи. Это направление сейчас активно развивается. Эксперты качества медицинской помощи выбираются из лучших профессионалов по каждой специальности.

В целом московская система здравоохранения эффективно работает в системе ОМС и МГФОМС делает все возможное, чтобы изменение способов финансирования медицинских учреждений прошло менее болезненно. Например, недавно повышены тарифы для стационаров по неонатологии. В ОМС с 2015 года погружена и медицинская помощь по онкологии и гематологии, что позволяет пациентам в условиях многопрофильного стационара и одноканального финансирования получать качественное обследование и лечение в полном объеме.

Особая категория пациентов, с которыми работает наша служба, — беременные подросткового возраста, которые решили родить ребенка. На базе Морозовской ДГКБ сейчас создается центр ведения таких пациенток. Кроме медицинской помощи, особое внимание мы уделяем социальной и психологической адаптации будущих юных мам.

Одним из ноу-хау последнего времени являются дни открытых дверей для пациентов в клиниках, в ходе которых выявляется востребованность тех или иных специалистов, обеспечивается доступность для пациентов и их родителей детских главных внештатных врачей специалистов департамента, руководителей детских стационарных отделений, лучших профессионалов по различным профилям оказания медицинской помощи детям и подросткам.

— А как в Москве дела обстоят с организацией помощи детям с орфанными заболеваниями?

— Исторически сложилось так, что в столице не было единого центра орфанных заболеваний, он только сейчас создается в Морозовской больнице. Надеюсь, создание

единого городского центра поможет улучшить доступность и качество помощи для детей с орфанными заболеваниями. Я не думаю, что перевод финансирования программы «7 нозологий» на уровень регионов что-то изменит в ведении этих детей в плане ухудшения. Более того, это позволит на региональном уровне лучше понимать и оценивать риски, выверить регистры больных. Лечение этих детей станет более персонифицированным и вдумчивым.

— Каким образом выстроено взаимодействие детских клиник с другими уровнями оказания медицинской помощи в городе?

— Между пациентами первого и второго уровня взаимодействие выстроено с помощью системы ЕМИАС. Сейчас проводится пилотный проект, позволяющий записаться в учреждения третьего уровня в системе ЕМИАС, а пока действует система направлений: если врач второго уровня хочет направить пациента к более опытному специалисту-эксперту на консультацию, то дает направление из поликлиники. Конечно, это не идеальная система, ее можно и нужно улучшать. В частности, должно быть больше преемственности между консультативной помощью 2 и 3 уровня и меньше необоснованных госпитализаций. Все должно происходить в интересах пациента, во благо здоровья детей.



НАМ НАДО УХОДИТЬ ОТ МИЛОГО ОБРАЗА ЗЕМСКОГО ДОКТОРА, КОТОРЫЙ ЛЕЧИТ ПО ОДНОМУ ЕМУ ВЕДОМЫМ СТАНДАРТАМ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ.

— Как вы можете охарактеризовать профессиональный уровень московских специалистов вашего профиля? Достаточен ли он?

— Да, достаточен. Более того — в настоящее время наметилась неплохая тенденция, когда за счет сокращения стационарных коек врачи стационаров идут в поликлинику, это позитивно, поскольку они приносят с собой на этот уровень оказания медпомощи новые методики. Конечно, кадровый дефицит есть. Меня впечатлило, когда на ассамблее «Здоровье столицы» Леонид Печатников сказал, что мы потеряли специалистов общей практики — терапевтов и педиатров, все стали узкими специалистами. Действительно, функции педиатра незаслуженно сужены. Молодые выпускники стремятся любой ценой стать узкими специалистами, ведь на педиатре и большая ответственность, и больший объем работы. Я считаю необходимым не только повышать уровень квалификации педиатров, способствовать в приобретении ими новых навыков, но и делать престижной профессию врач-педиатр, переучивать узких специалистов на педиатров. Нигде в мире, когда болит ухо, не отправляют к оториноларингологу. Да и у нас раньше педиатр не отправлял малыша с пневмонией к пульмонологу, он сам назначал лечение и контролировал его процесс.

— На чем вы как главный внештатный специалист хотели бы сконцентрировать внимание московских медиков?

— В педиатрии не работают люди, которые не любят детей. Я хотела бы сконцентрировать внимание коллег на стандартизации: нам надо уходить от милого образа земского доктора, который лечит по одному ему ведомым стандартам и представлениям. Коллеги, давайте стандартизировать подходы, лечить по принятым клиническим рекомендациям, консенсусам, утвержденным протоколам. Давайте помнить, что экспертное мнение — это низкий уровень доказательности. Мы должны стремиться к преемственности уровней здравоохранения — не забывайте: не стыдно не знать, стыдно не спросить. Давайте вместе осваивать навыки профилактической и доказательной медицины, это важно для воспитания здорового поколения и качественного лечения наших пациентов.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

ЕЛЕНА СИБИРСКАЯ: ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА — СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

По оценкам современных педиатров, до трети российских подростков имеют проблемы со здоровьем в репродуктивной сфере. Каким образом должна быть организована медицинская помощь детям и подросткам, чтобы снизить критические показатели, рассказывает главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Департамента здравоохранения Москвы, заведующая отделением детской гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы Елена СИБИРСКАЯ.

— Елена Викторовна, каковы сегодня показатели детской гинекологической заболеваемости в Москве?

— В настоящее время у девочек до семи-восьми лет в основном преобладают воспалительные заболевания вульвы и влагалища (вульвовагиниты), в среднем от 44–52% первичных обращений. На втором месте синехии малых половых губ (от 7 до 8%). На третьем месте по распространенности — травмы половых органов. Их доля в общей статистике около 5–6%. В более старших возрастных группах, от 12 лет и старше, начинают преобладать нарушения менструального цикла. Такая картина характерна для Москвы, однако общероссийские тенденции те же.

— Как менялись эти показатели в последние годы?

— Мы не отмечаем существенной разницы в изменении показателей за последние десять лет, они примерно одинаковы. Конечно, если сравнить их с показателями сорокалетней давности, отличия будут. На сегодняшний день подростки весьма легко относятся к половым связям. Изменилось время сексуального дебюта, раньше он приходился на 17 лет и старше, сейчас — в среднем 14,5 года. Соответственно у девушек появляются те проблемы, которые раньше фиксировались у достаточно взрослых женщин, в первую очередь заболевания, передаваемые половым путем. Но поскольку грамотность населения растет, сегодня многие девушки уже не стесняются даже в 15 лет самостоятельно обращаться к гинекологу, если их что-то беспокоит. Однако в последнее время стала крайне распространена другая проблема — недостаточность питания, связанная со стремлением молодых девочек к модельным



Елена СИБИРСКАЯ,
главный внештатный
специалист гинеколог
детского и юношеского
возраста Департамен-
та здравоохранения
Москвы

114

Детских гинекологов работают в ЛПУ городской системы здравоохранения

параметрам, что крайне отрицательно сказывается на менструальной функции. Это одна из причин роста частоты ювенильной дисфункции яичников.

— Пожалуйста, расскажите о последних тенденциях в организации медицинской помощи детям применительно к данной сфере?

— На сегодняшний день сохранение репродуктивного здоровья детей является одной из основных задач российского здравоохранения. На это работают все федеральные и городские программы, направленные на улучшение здоровья детей. С этой целью в рамках реформы столичного здравоохранения в Москве была выстроена трехуровневая система оказания медицинской помощи, где первый уровень — поликлинический, на втором оказывается специализированная медицинская помощь, а третий — высокотехнологичная специализированная медицинская помощь.

Стоит отметить, что до сих пор далеко не в каждом городе есть отдельное гинекологическое отделение для детей и подростков. Причины разные — отсутствие квалифицированных специалистов, недостаточность средств у субъектов Федерации. Сейчас, правда, построены перинатальные центры, где наверняка есть детские гинекологи. В большинстве же субъектов детские гинекологические койки выделены в составе взрослых гинекологических отделений либо в составе детских хирургических отделений. Москва в этом отношении — передовой город, который может позволить себе иметь детское гинекологическое специализированное отделение, оно создано и успешно функционирует в Морозовской детской городской клинической больнице, где выполняются все виды специализированной гинекологической помощи девочкам, в том числе и экстренная помощь. В Морозовской детской городской клинической больнице имеется возможность проводить круглосуточный ультразвуковой мониторинг и выполнять эндоскопические операции любого уровня сложности. Доступна круглосуточная консультация смежных специалистов, что, безусловно, помогает в постановке правильного диагноза уже в момент поступления ребенка. Так, например, в случае госпитализации по поводу маточного кровотечения мы в любой момент, даже ночью, можем незамедлительно организовать консультацию с гематологом и эндокринологом.

— Ощущается ли в Москве нехватка профессиональных кадров по профилю детской гинекологии?

— Сейчас практически в каждой поликлинике имеются один-два специалиста — детских гинеколога. Всего в городском звене работают 114 таких специалистов. Тем не менее очевидно, что потенциал службы нужно продолжать наращивать и дальше. И некоторые шаги в этом направлении предпринимаются. Например, мы сами стали осуществлять последипломное обучение детских врачей-гинекологов на базе Морозовской ДГКБ.

— Занимаются ли врачи отделения детской гинекологии Морозовской больницы исследовательской работой?

— Мы разрабатываем большой объем тем, которые могут быть в перспективе полезными практическому здравоохранению. Например, недавно нами была завершена работа по исследованию состояния рецепторного аппарата у девочек с врожденной гиперплазией коры надпочечников, у которых наружные половые органы развиты по мужскому типу. Обычно лечение таких пациенток проводится в несколько этапов. До достижения двухлетнего возраста проводится операция по удалению гипертрофированного клитора и рассечению уrogenитального синуса. На втором этапе — в 13–14 лет — проводится формирование влагалища. В результате исследований мы пришли к заключению, что назначение эстрагенсодержащих препаратов таким пациенткам перед вторым этапом оперативного вмешательства значительно улучшает качество слизистой влагалища, способствует уменьшению послеоперационных осложнений и служит профилактикой возможного стенозирования влагалища.

Недавно нами была завершена работа по изучению причин маточных кровотечений пубертатного периода. В ходе работы мы обследовали не только самих пациенток, причем в динамике, но также их матерей и даже бабушек. Проследили течение беременности у пациенток, в анамнезе которых были маточные кровотечения пубертатного периода. В результате удалось

установить, что использование фолиевой кислоты у девушек с врожденными нарушениями синтеза метилентетрагидрофолатредуктазы позволяет добиться снижения частоты маточных кровотечений и, возможно, снижения риска невынашивания беременности. Последний пункт, правда, нуждается в проведении дополнительных исследований. Кроме того, мы постоянно изучаем темы, связанные с причинами возникновения перекутов придатков матки у детей, изучаем причины возникновения острой язвы вульвы в детском возрасте.

— Есть какие-то уникальные технологии, которые сейчас применяются только в Морозовской больнице?

— Безусловно. Так, например, в нашем отделении выполняется операция — перитонеальный кольпопоз у девочек с синдромом Рокитанского. Это уникальная операция. В данный момент мы считаем, что это самый оптимальный путь оперативного вмешательства, который снижает частоту послеоперационных осложнений у девочек с врожденным отсутствием влагалища. Ну и, конечно же, не могу не отметить тот факт, что практически все операции в отделении выполняются в основном лапароскопически. В редких случаях операции делаются открытым способом, и то только если применение такого способа оправдано какими-то значимыми обстоятельствами. Можно сделать вывод, что Морозовская детская городская клиническая больница в данный момент является лучшим учреждением в области оказания детской гинекологической помощи в структуре городского здравоохранения.

— Какие еще меры, на ваш взгляд, позволят улучшить качество оказываемой помощи детям?

— Общая нацеленность службы стратегически направлена на снижение частоты заболеваемости у детей, улучшение выявляемости заболеваний и повышение качества медицинской помощи. В Москве на базе Морозовской больницы создан центр репродуктивного здоровья, оказывающий пациентам консультативную помощь амбулаторно. Совершенствуется система ведения юных беременных и юных первородящих. Очевидно для нас и то, что нужно более плотно работать с врачами первичного звена. Так, например, педиатр, который посещает на дому и в первый раз осматривает новорожденного ребенка, должен обратить внимание на то, как выглядят наружные половые органы, должен объяснить маме элементарные правила ухода, нарушение которых является основной причиной вульвовагинитов у девочек. Он также должен понять, что, если есть какие-то отклонения, лучше сразу направить ребенка к узкому специалисту. Так, например, такая патология, как перекуты придатков матки, бывает не только в возрасте 14 лет и старше, иногда она возникает и у совсем маленьких девочек. Соответственно, если у ребенка такого возраста возникают острые боли в животе, а это основной клинический симптом при данном состоянии, скорее всего, необходима госпитализация. Встречаются в нашей практике случаи, когда, заметив увеличение объемов живота у ребенка, хирурги пишут «острая хирургическая патология исключена», а потом мы выявляем гигантские опухоли яичников. Но, к счастью, в том числе за счет проведения диспансеризации детского населения, в которую входит ультразвуковое обследование у девочек с 14 лет, сейчас такие случаи стали редки.

Участковый педиатр также должен отслеживать у девочки наступление менархе. На сегодняшний день считается, что если менструация не наступила в 15 лет, а не в 16 лет, как считали раньше, это уже является отклонением от нормы. В этом случае девочке ставится диагноз «первичная аменорея», а значит, она нуждается в консультации гинеколога.

В настоящее время мы полностью открыты для своих коллег-врачей. Любой терапевт, хирург, эндокринолог, участковый педиатр при желании может прийти непосредственно в отделение проконсультироваться, пройти на базе нашей кафедры и больницы дополнительное обучение. С целью повышения квалификации врачей наши специалисты выезжают в городские поликлиники с лекциями. Необходимость такой работы налицо. Многие врачи первичного звена не всегда знают, что такое синехии, не знают основных клинических симптомов данной патологии и, как следствие, не всегда понимают, что в этом случае главное — вовремя направить ребенка к гинекологу.

Подготовила
**Татьяна
БЕСКАРАВАЙНАЯ**

ОНКОРЕПРОДУКЦИЯ. ОТ СЛЕЗ И ОТРИЦАНИЯ К РАДОСТИ И ПОБЕДЕ

В последнее десятилетие в мире активно развивается новое направление медицины, расположенное на стыке общей онкологии, репродуктологии, онкогинекологии, лучевой терапии и психологии. Для названия данной дисциплины используется целый ряд терминов, наиболее распространенным из которых является «онкорепродукция». О роли данного направления и возможностях сохранения репродуктивной функции пациентам с онкологическими заболеваниями нам рассказал хирург-онкогинеколог, кандидат медицинских наук Владимир НОСОВ.



Владимир НОСОВ,
хирург-онкогинеколог,
кандидат медицинских
наук

— Владимир Борисович, какой круг проблем рассматривает новая дисциплина?

— Очень широкий! Приведу лишь несколько ситуаций, при которых онкорепродукция может существенно помочь пациенту. Ранние стадии рака шейки матки у молодой женщины, у которой еще нет детей. Пограничные опухоли яичников, в том числе с рецидивами, у бездетной пока женщины. Недавно выявленный рак молочной железы у никогда не рожавшей молодой женщины. Перенесенное в детстве лечение по поводу лейкоза у мужчины и многое другое. Также к нам часто обращаются пациенты репродуктивного возраста, которые уже прошли или которым предстоит лечение по поводу онкологического заболевания, временно или необратимо поражающего репродуктивную функцию.

— А часто ли онкологические заболевания обнаруживаются именно у молодых людей?

— На территории США ежегодно выявляются 1300–1500 тысяч новых случаев онкозаболеваний, из них 4% (50–60 тысяч) приходится на людей моложе 30 лет! Данные по России тоже выглядят угрожающе: у 25–30 тысяч людей в возрасте до 30 лет ежегодно обнаруживаются онкологические заболевания.

Примечательно, что своевременный выбор правильной тактики лечения позволяет не только спасти жизнь и здоровье молодым пациентам, но и сохранить репродуктивную функцию. Но, к сожалению, вопрос сохранения репродукции часто даже не рассматривается, если звучит онкологический диагноз. Нередка ситуация, когда сами пациенты, молодые мужчины и женщины, в беседе с онкологом или онкогинекологом просто отказываются обсуждать данную тему, мотивируя отказ тем, что спасение от рака для них важнее сохранения репродукции.

— Таких пациентов, мне кажется, можно понять...

— И да и нет. Современная тактика сохранения репродуктивной функции онкологическим пациентам не осложняет лечения основного заболевания. Другими словами, не ухудшает прогноз по сравнению с ситуациями, когда репродуктивную функцию не сохраняют. В ходе ряда международных рандомизированных исследований было показано, что минимальные отсрочки в лечении онкозаболевания, которые требуются на проведение 1–2 экстренных циклов ЭКО, не являются значимыми для дальнейшего прогноза борьбы с онкологическим процессом.

Таким образом, выбирать между приемлемым онкологическим прогнозом и сохранением репродуктивной функции не приходится. И врачи-онкологи должны не только понимать это, но и уметь донести данную информацию до своих пациентов.

— Наверное, на помощь тут могут прийти психологи?

— Конечно! Нам часто приходится сталкиваться с пациентами, лечение которых по поводу онкозаболевания уже завершилось, но репродуктивная функция не была сохранена. Эти молодые мужчины и женщины мечтают о восстановлении утраченной репродуктивной функции, но используемые в настоящее время репродуктологические и эмбриологические технологии обычно оказываются уже не в состоянии помочь им.

Это значит, что своевременно, сразу после установления онкологического диагноза, онколог либо не предложил, либо не смог уговорить этих пациентов дать согласие на мероприятия по сохранению репродуктивной функции, а психолога, который смог бы убедить их в этой необходимости, рядом не оказалось.

— Но если пациент настроен резко негативно, сможет ли помочь психолог?

— Приведу такой пример. К нам в центр обратилась молодая женщина 30 лет с диагнозом рака шейки матки на стадии 1B1. В ЛПУ, где было выявлено данное заболевание, пациентке была рекомендована радикальная гистерэктомия Вертгейма и двустороннее удаление яичников и труб. Согласившись с этим, женщина и обратилась в наш центр для проведения данной операции.

В ходе сбора анамнеза выяснилось, что у пациентки нет детей, но до болезни она пыталась забеременеть. Однако при обсуждении органосохраняющих вариантов лечения пациентка заявила, что не хочет и думать о сохранении репродуктивной функции. В тот момент она мечтала только об излечении от онкологического заболевания и в случае успеха впоследствии надеялась усыновить ребенка. Поступить так, по ее словам, было «лучше, чем оставлять ребенка сиротой».

Однако пациентка решила встретиться с психологом и после беседы с ним согласилась на проведение мероприятий по сохранению репродуктивной функции параллельно с лечением онкозаболевания.

Пациентке был проведен «экстренный» цикл ЭКО, получено несколько яйцеклеток. Затем выполнена неоадьювантная химиотерапия, чтобы появилась возможность провести радикальную трахелэктомию с удалением шейки матки, параметриев и верхней трети влагалища, но при этом сохранить матку и придатки. И, наконец, после успешного проведения хирургического этапа лечения была осуществлена подсадка эмбриона. В настоящее время пациентка находится на 23-й неделе беременности.

Очень интересно было наблюдать динамику психологического состояния пациентки на фоне ее взаимодействия с психологом. Сначала — слезы и отрицание, затем — принятие диагноза и, наконец, ощущение победы над ситуацией и радости от принятого решения.

— Какие варианты органосохраняющего лечения доступны женщинам с онкологическим заболеванием, которые пока не успели реализовать свою репродуктивную функцию?

— Тут очень многое зависит от онкологического диагноза, стадии заболевания и общего прогноза, овариального резерва на момент установления диагноза, наличия партнера у пациентки. Вариантов достаточно много. Это и традиционная стимуляция овуляции, и ЭКО

У 25–30 ТЫСЯЧ

**людей в возрасте
до 30 лет
в России ежегодно
обнаруживаются
онкологические
заболевания.**

перед началом онкологического лечения, и так называемые летрозоловые циклы ЭКО, когда эффективная стимуляция овуляции не сопровождается значительным повышением уровня эстрадиола, что может негативно повлиять на течение гормонозависимых заболеваний (например, рака молочной железы). Яйцеклетки, полученные в результатах таких циклов, могут быть заморожены или оплодотворены с заморозкой эмбрионов. Ими женщина сможет воспользоваться в фазе ремиссии после допуска онколога. В другом случае беременность может быть выношена суррогатной мамой.

При раке шейки матки в большинстве случаев удаление яичников вовсе не показано, в таких случаях во время операции обычно выполняют транспозицию яичников, то есть мобилизацию их сосудов и их подшивание за пределами таза. Если после операции потребуется лучевая терапия, то примерно в половине случаев функция яичников будет сохранена. Речь идет и о гормональной функции, и о продукции яйцеклеток. Такие яичники можно также стимулировать, выполняя пункцию через брюшную стенку.

Отдельного внимания заслуживают технологии криопрезервации яичниковой ткани, при которой происходит лапароскопический забор яичниковой ткани до начала потенциально гонадотоксичной химиотерапии. Далее эмбриолог замораживает кортекс яичника, а при достижении ремиссии онкологического заболевания при отсутствии противопоказаний онкогинеколог подсаживает яичниковую ткань обратно. Такие трансплантаты позволяют вернуть овуляции, менструации и гормональную функцию на последующие 4–5 лет. После проведения данных процедур описаны и спонтанные беременности. Сегодня это уже не клинический эксперимент, это реальность, доступная нашим пациентам.

— А как помочь мужчинам в такой ситуации сохранить репродуктивную функцию?

— С мужчинами обычно данный вопрос решается проще. Необходимо сдать сперму перед началом лечения онкозаболевания для ее замораживания. Воспользоваться ей можно через неограниченно долгое время.

Сложнее обстоят дела с мальчиками, которым предстоит онкологическое лечение гонадотоксичными препаратами. Ведь они еще не стали взрослыми, хотя и достигли полового созревания. Тут приходится вести непростую беседу с родителями, иногда прибегать к процедурам электростимуляции эякуляции или забора сперматозоидов из мочи.

— Что требуется для успешного существования службы онкорепродукции?

— Требуется должным образом ее укомплектовать, чтобы она объединила в себе всех специалистов, имеющих отношение к лечению таких пациентов.

Специалист по общей онкологии возьмет на себя ответственность за выполнение химиотерапевтических мероприятий. Репродуктолог предложит пути получения половых клеток, их оплодотворения и подсадки эмбрионов. Хирург-онкогинеколог выполнит оперативную часть органосохраняющих процедур, осуществит полное консультирование онкогинекологических пациентов. Эмбриолог поможет с получением и культивацией эмбрионов, подготовкой трансплантатов яичниковой ткани, криоконсервацией гамет и так далее. На заключение патоморфолога специалисты будут полагаться, принимая клинические решения. Лучевой терапевт проанализирует показания и рассчитает поля лучевой терапии. И обязательно психолог или психиатр, о важности роли которого я уже говорил.

— Может ли практикующий врач, будь то онколог, маммолог, гинеколог или репродуктолог, получить дополнительную информацию об органосохраняющих возможностях применительно к лечению онкологических пациентов или пройти подготовку по данной дисциплине?

— В рамках Медицинской школы, организованной на базе Европейского медицинского центра, проводятся стажировки для врачей специалистов, в ходе которых можно задать все интересующие вопросы узким специалистам по данной тематике. Кроме того, там планируется проведение двухдневных образовательных циклов, на которых будут обсуждаться теоретические аспекты онкорепродукции и конкретные клинические случаи.

ХРОНИЧЕСКОЕ КИСЛОРОДНОЕ ГОЛОДАНИЕ И ПРИКУС — ЧТО ОБЩЕГО?

Сужение дыхательных путей у ребенка приводит к хроническому кислородному голоданию. Его признаками являются нарушение сна, внимания, задержка развития и т.д. Однако стоматологам также хорошо известно, что сужение верхних дыхательных путей может оказать влияние и на развитие нижней челюсти и прикуса. Есть и обратная связь — нарушение физиологического развития нижней челюсти приводит к сужению верхних дыхательных путей, а значит, и к хроническому кислородному голоданию.

Нарушение прикуса у детей

Ребенок рождается с задним положением нижней челюсти в пространстве черепа. Это обусловлено двумя важными причинами. Во-первых, при прохождении родовых путей отсутствует риск вывиха нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах. Во-вторых, заднее положение нижней челюсти у новорожденного необходимо для выполнения акта грудного вскармливания, и этот процесс возможен только при заднем положении нижней челюсти.

К концу первого года жизни ребенка нижняя челюсть должна выдвинуться вперед и занять положение, соответствующее положению верхней челюсти. Такое положение челюстей в стоматологии называют нейтральным. Так формируется правильный прикус. К сожалению, не у всех детей нижняя челюсть оказывается способной выдвинуться вперед, как положено по плану развития, что зачастую приводит к нарушению прикуса.

Сужение просвета верхних дыхательных путей может быть обусловлено положением языка. Анатомически язык прикреплен к нижней челюсти. Если же нижняя челюсть занимает заднее положение и не выдвигается вперед к году, то и язык будет занимать заднее положение.



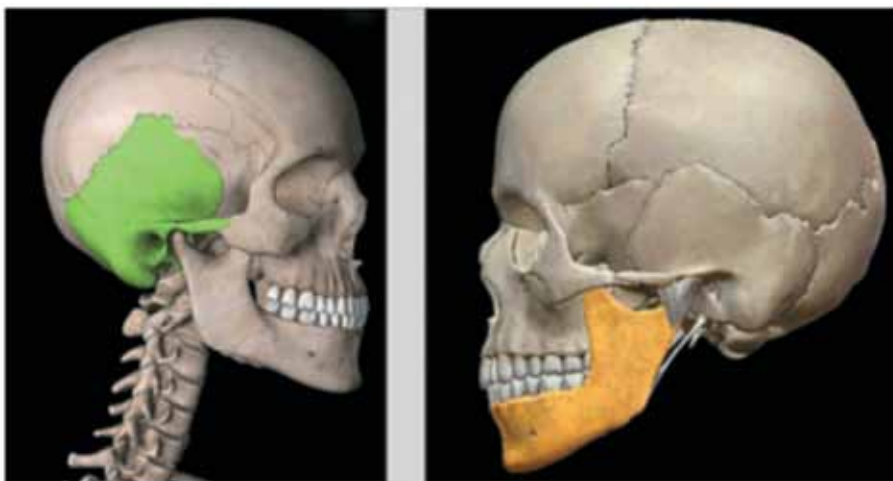
Наталья РОМАНЕНКО,
врач-стоматолог-хирург, кандидат медицинских наук

Заднее положение языка вызовет сужение просвета верхних дыхательных путей, что и приведет к хроническому кислородному голоданию.

Травматизация черепа ребенка во время родов может вызвать нарушение прикуса и препятствовать выдвиганию вперед нижней челюсти. Травма черепа при прохождении ребенком родовых путей происходит за счет удара головой о кости лонного сочленения, связанного с тем, что во время родов кости таза роженицы раздвинулись недостаточно. Удар приходится на височную кость ребенка, функционально связанную как с затылочной костью, так и с нижней челюстью.

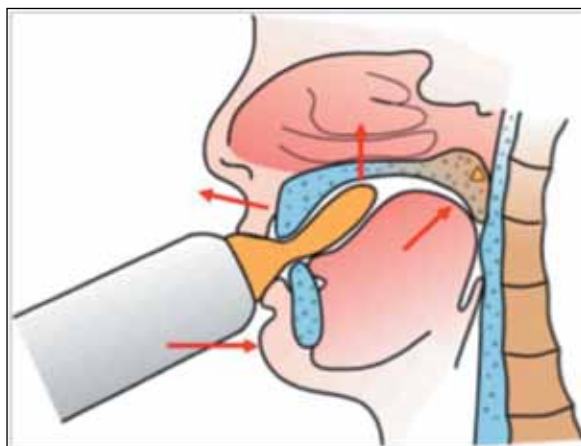
Родовая травма. Височные кости функционально связаны с нижней челюстью

Височная кость и нижняя челюсть образуют парный височно-нижнечелюстной сустав. Родовая травма в этой области нарушает ритм дальнейшего физиологического развития верхней и нижней челюстей, а позже влияет на расположение зубов и формирование прикуса.



Искусственное вскармливание

Еще один фактор, препятствующий движению нижней челюсти вперед, — искусственное вскармливание. Соска, произведенная из синтетического материала, меняет форму неба, оно принимает готический вид, язык при сосании синтетических сосок занимает заднее и нижнее положение, что приводит к сужению просвета верхних дыхательных путей и изменению давления в евстахиевых трубах.



Деструктивные силы, вызванные бутылочками и пустышками

Гиперплазия лимфоидной ткани

Третья причина, по которой нижняя челюсть не может выдвинуться вперед, это аллергические реакции. При аллергии отекает слизистая оболочка в зоне ротоглотки и носоглотки, отек передается и на окружающие ткани.



Хронический тонзиллит

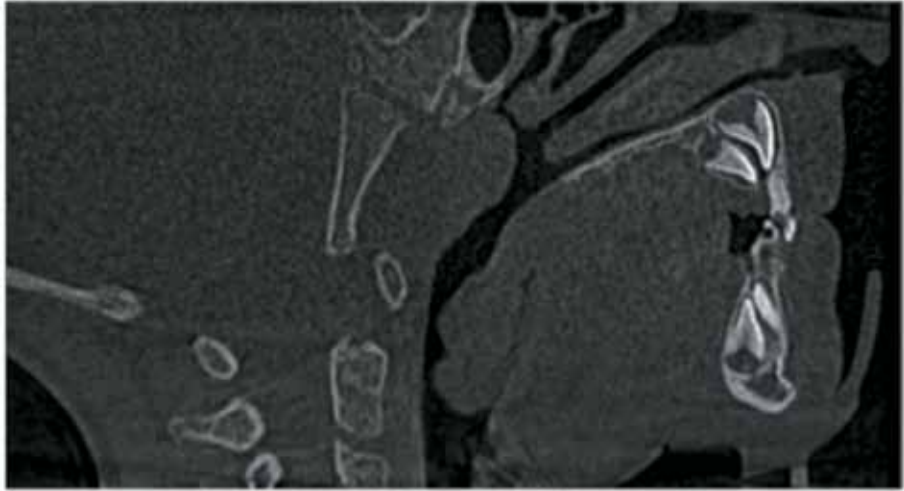
Мышцы глотки и жевательной группы, находясь в состоянии отека, имеют тенденцию спазмироваться. Спазмированная мышца оказывает сопротивление при растяжении, и, как следствие, нижняя челюсть не выдвигается вперед, а остается в заднем положении.



Гипертрофия небной и глоточной миндалин

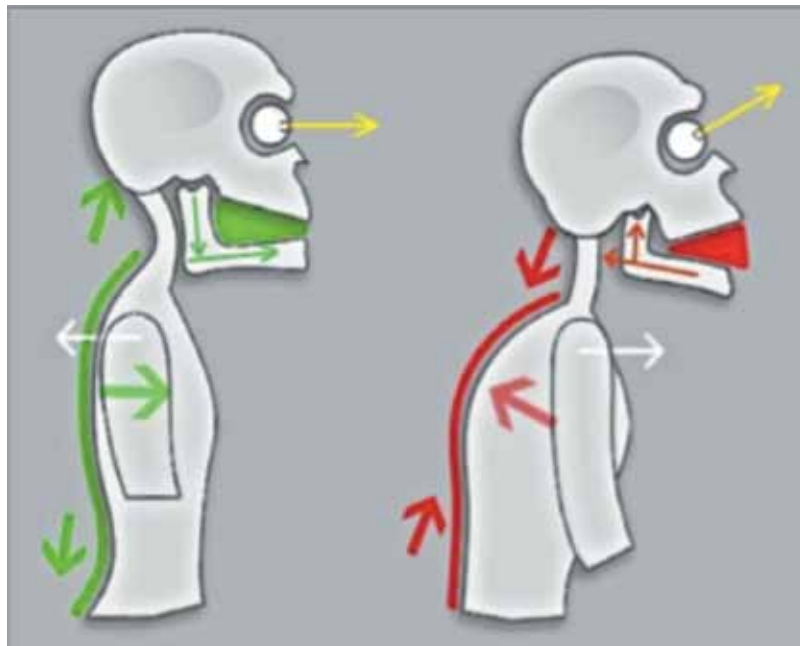
При аллергии происходит увеличение объема лимфоидной ткани глоточного кольца. Увеличение небной и глоточных миндалин значительно сужает просвет верхних дыхательных путей, что

нередко ведет к формированию смешанного и ротового типов дыхания. Чтобы хоть немного расширить просвет верхних дыхательных путей, ребенок непроизвольно меняет положение головы в пространстве: голова стремится вперед.



Влияние осанки на положение нижней челюсти

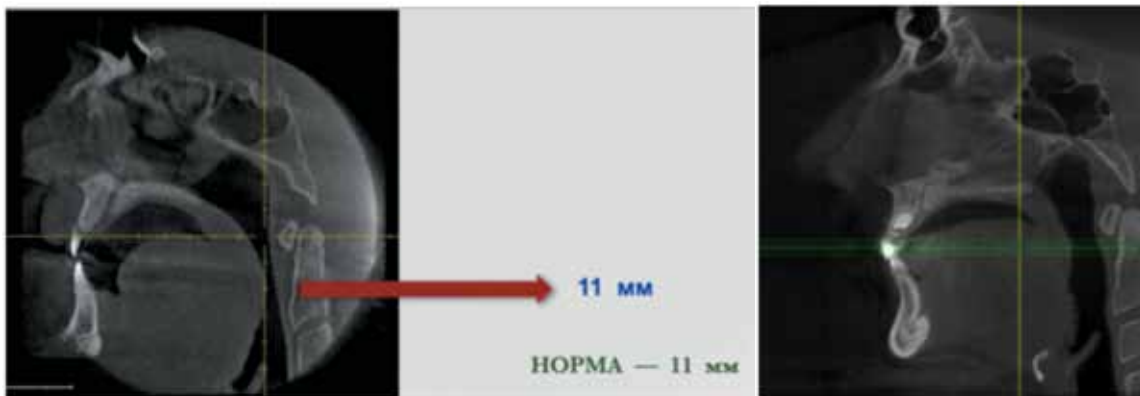
При сужении верхних дыхательных путей на уровне носоглотки замедляется рост верхней челюсти, что в свою очередь препятствует росту нижней челюсти и ее выдвигению вперед. Изменение положения головы влечет за собой и изменение осанки, что влияет на тонус мышц, удерживающих тело в вертикальном положении, и на тонус глазных мышц.



КТ в боковой проекции. Верхние дыхательные пути в норме

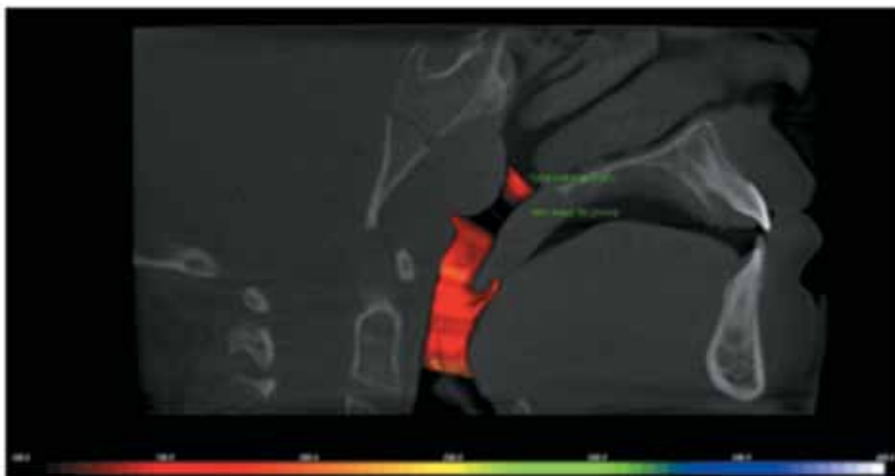
Диагностика сужения верхних дыхательных путей имеет очень большое значение в практике стоматолога. Для определения ширины просвета верхних дыхательных путей проводится

компьютерная томография. На снимках в боковой проекции можно определить ширину просвета: в норме она равна 11 мм.



Оценка степени сужения верхних дыхательных путей

Раньше ширину просвета определяли с помощью линейки. Сейчас во многих российских клиниках уже используется программное обеспечение ANATOMAGE DENTAL для определения объема верхних дыхательных путей на уровне носоглотки и глотки, что в значительной мере повышает качество диагностики.



Таким образом, взаимосвязь лор-патологии и стоматологических проблем несомненна. Маленьких пациентов с сужением верхних дыхательных путей, формированием неправильного прикуса и склонностью к аллергии лор-врач и стоматолог должны вести совместно.

ЕСТЬ ВСЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Последний тренд на повышение эффективности использования больничных ресурсов с соблюдением всех стандартов медицинской помощи ставит перед руководителями непростую задачу. О том, какова идеальная модель многопрофильного стационара, отвечающего современным требованиям, предъявляемым к педиатрическому госпиталю мирового уровня, и каким образом ее построить в непростых социально-экономических реалиях, рассказывает главный врач Морозовской детской городской клинической больницы Игорь КОЛУНОВ.



Игорь КОЛУНОВ,
главный врач Морозов-
ской детской городской
клинической больницы

— Игорь Ефимович, расскажите подробнее об опыте организации лечения детей на базе Морозовской ДГКБ. Каким образом выстроено взаимодействие с первичным звеном и службой скорой помощи, как организована маршрутизация пациентов в городской сети?

— Год назад в Морозовской больнице была внедрена единая со службой скорой медицинской помощи информационная система, с помощью которой мы сегодня можем отслеживать всех пациентов, которые находятся в машинах «скорой». Если принимается решение, что пациент будет направлен в Морозовскую больницу, мы тут же получаем информацию о том, в каком он находится состоянии, и планируем, в какое отделение его определить. Пациенты делятся на тех, кто нуждается в экстренной медицинской помощи, и тех, кто может получить ее отсроченно. Причем благодаря переходу на электронный документооборот сегодня у нас появилась

возможность распределить потоки больных, минуя приемный покой. Пациенты, нуждающиеся в отсроченной медицинской помощи, поступают непосредственно в отделение в зависимости от профиля заболевания. Это позволило нам, с одной стороны, немного разгрузить приемный покой, где и так большой поток пациентов, обращающихся за медицинской помощью самостоятельно, с другой — сразу же после поступления в отделение закреплять за ребенком собственного лечащего врача.

— Что сегодня представляет собой современный детский многопрофильный стационар?

— Современный скорпомощной стационар третьего уровня — это учреждение, нацеленное прежде всего на оказание многопрофильной медицинской помощи в круглосуточном режиме. Морозовская больница — именно такое медицинское учреждение. Все пациенты, обращающиеся к нам за медицинской помощью, получают ее в полном объеме независимо от времени суток и дня недели. Больница оснащена всем необходимым лабораторным и диагностическим оборудованием. В учреждении дежурит 12–15 специалистов разных профилей одновременно. Такая организация работы гарантирует, что любой пациент, обратившийся в Морозовскую больницу, может пройти полное обследование и получить заключение специалиста, а при необходимости и медицинскую помощь в течение четырех-пяти часов с момента обращения. Такого уровня организации медицинской помощи сегодня не может предложить пациентам ни один другой детский стационар города. Важно и то, что медицинскую помощь в нашем учреждении получают не только дети, но и их родители. Если они в период совместного пребывания с ребенком на койке нуждаются в медицинской помощи, то для нас они точно такие же пациенты, как и все остальные.

Еще одна особенность Морозовской — наличие большого числа организованных на ее базе городских специализированных клинических центров. Не далее как в прошлом году на нашей базе под патронажем и руководством Российского общества неврологов был открыт первый в Москве Центр детского инсульта. Похожий центр работает в Екатеринбурге. Также в прошлом году на базе нашего учреждения была создана Единая городская онкологическая и гематологическая служба для детей и подростков.

В этом году планируем развернуть генетическую лабораторию и специализированный центр по лечению редких и орфанных заболеваний. Это позволит нам, с одной стороны, обеспечить централизацию пациентов с такой патологией в одной клинике, с другой — сосредоточить в одном месте врачей-специалистов, которых нет в районных поликлиниках.

В ближайшем будущем мы планируем наладить на базе Морозовской больницы амбулаторный прием и патронаж беременных женщин. Потребность в их организации налицо, ведь ежегодно в акушерском отделении принимается порядка 1200 родов у пациенток, не достигших 18-летнего возраста.

— В чем заключается специфика работы врача с детьми? На что прежде всего нужно обращать внимание специалисту, работающему с ребенком?

— Самое опасное в педиатрии — недооценить тяжесть состояния ребенка. Я не устаю повторять, что всегда лучше перестраховаться, чем довести ситуацию до критической черты, и, если есть хоть малейшее подозрение на какое-то осложнение, лучше направить ребенка в многопрофильный стационар. Наши специалисты не устают напоминать участковым педиатрам, что в лечении детей нельзя полагаться только на профессиональное чутье, нельзя говорить родителям, а давайте немного подождем, посмотрим, как будет развиваться ситуация.

— Есть какие-то специфические для Москвы проблемы с детским здоровьем?

— Не могу сказать, что столица выделяется какими-то особыми показателями заболеваемости на фоне других крупных городов. Единственное, что, пожалуй, отличает жителей мегаполиса — высокий уровень дорожно-транспортного травматизма, а также травматизма в целом. Кроме того, как и в любом другом крупном городе, здесь гораздо быстрее распространяются любые инфекционные заболевания.

— Как бы вы могли оценить результаты работы больницы в условиях одноканального финансирования? Считаете ли вы наполнение тарифов достаточным для того, чтобы покрыть все затраты ЛПУ?

— Поскольку каждая госпитализация сегодня оплачивается в рамках системы ОМС как законченный случай, тарифы больше не зависят от количества дней, которые больной провел в медицинском учреждении. Подобный подход уже не требует от нас выполнения ненужных исследований, затягивания срока пребывания пациента на койке, то есть сейчас мы делаем только то, что нужно. К тому же тарифы сегодня довольно гибкие. В результате сегодня мы уже даже не вспоминаем постперестроечные времена, когда больные приходили в учреждение со своими простынями, тарелками, ложками, лекарствами. Можно сказать, что сейчас у нас есть все для эффективной работы.

— Каким образом осуществляется контроль качества медицинской помощи в Морозовской больнице? Используете ли вы каким-то образом при его проведении международные протоколы и стандарты?

— В настоящее время Департаментом здравоохранения Москвы разрабатывается целая государственная программа, посвященная изучению эффективности ЛПУ. Это новация, которой раньше не было в здравоохранении. Более того, раньше никто вообще не понимал, как можно оценить работу лечебного учреждения. Сейчас очевидно, что такая необходимость назрела. Для оценки качества лечебного процесса и качества медицинской услуги у нас внедряется система, разработанная ВОЗ. В ее основе лежит единый подход к оценке деятельности ЛПУ, который никак не зависит от места расположения медицинской организации. Стоит отметить, что внедрение такого механизма стало возможным лишь после полной компьютеризации учреждения и внедрения единой информационной системы, обеспечивающей взаимодействие всех служб учреждения.

— Какие направления деятельности стационара, на ваш взгляд, требуют постоянного контроля со стороны руководителя?

— Очень значимым является психологическое состояние врачей и их отношение к своей работе и пациентам. Это тот аспект работы, который требует постоянного мониторинга со стороны главного врача. Второй непростой момент — взаимодействие с родителями пациентов. В силу сильного стресса они не всегда способны адекватно реагировать на наши просьбы и критично оценивать ситуацию, связанную с состоянием их ребенка. Других сложностей при наличии необходимого оборудования, четком понимании логики лечебного процесса и выстроенной маршрутизации пациентов в принципе не возникает. Поэтому сейчас наша основная забота — кадровая обеспеченность, привлечение лучших специалистов в разных областях. Мы ищем и привлекаем их всеми возможными нам способами — условиями труда, заработной платой, интересной работой, перспективой профессионального роста. В этом году мы должны получить лицензию на образовательную деятельность и будем сами готовить специалистов, причем как в ординатуре, так и в аспирантуре.



Игорь КОЛТУНОВ: Морозовская больница сегодня позиционирует себя как многопрофильный скоромошной стационар

— Каковы ключевые направления развития стационарной помощи для детей в столичной системе здравоохранения?

— Перспективы развития городской педиатрической службы на ближайшие годы Департаментом здравоохранения Москвы обозначены предельно четко. Через два года в системе городского здравоохранения останется четыре крупные детские больницы: Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой (бывшая Тушинская детская городская больница. — *Прим. ред.*), Морозовская детская городская клиническая больница, Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского. Каждый из этих стационаров будет отвечать за какое-то одно крупное направление медицинской помощи. Морозовская больница сегодня позиционирует себя как многопрофильный скоромошной стационар. В больнице имени Сперанского расположен крупный ожоговый центр. В Филатовской больнице на сегодняшний день очень хорошо развита плановая хирургия. Тушинская больница и больница имени Сперанского также выступают как специализированные центры для лечения инфекционной патологии. Основная задача, которая в рамках реформы ставится перед Морозовской больницей, и мы с нею практически справились на данный момент, — стать учреждением такого уровня, где по экстренным показаниям можно оказать помощь любому ребенку, несмотря на тяжесть состояния и сочетанность патологии.

Подготовила
**Татьяна
БЕСКАРАВАЙНАЯ**

ЖЕНЩИНАМ В ПОМОЩЬ

В прошлом году столичные роддома объединили с многопрофильными стационарами. О плюсах и минусах подобного объединения, об изменениях в организации оказания медпомощи беременным на уровне клиники, а также нюансах оплаты этой работы через систему ОМС рассказывает главный врач ГКБ № 64 Ольга ШАРАПОВА.



Ольга ШАРАПОВА,
главный врач ГКБ
№ 64

— **Ольга Викторовна, какие принципиальные изменения произошли в организации медицинской помощи роженицам и беременным в последнее время в Москве.**

— Для меня это принципиально значимый вопрос, поскольку я занимаюсь проблемами материнства и детства всю жизнь. Сегодня в столице выстроена и хорошо организована модель оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, в родах и послеродовом периоде. В Москве в 26 родильных домах уже функционируют 3805 акушерских коек, а в 2015–2017 годах планируется открыть еще 530: перинатальный центр на 450 коек и акушерский стационар КИБ № 2 на 80 коек. Кроме того, в 2015 году после капитального ремонта откроются пять родильных домов.

Не будет преувеличением сказать, что за последние два с половиной года на столичные учреждения родовспоможения Москвы вылился «золотой дождь» — поставлено 3735 единиц новейшего оборудования: аппараты для искусственной вентиляции легких для тяжелых новорожденных, аппараты УЗИ,

оборудование для операционных, родовых залов и инкубаторы для новорожденных. Более того — сейчас каждый родильный дом имеет реанимационное отделение, оснащенное самой современной техникой, позволяющей выхаживать новорожденных с весом от 500 граммов.

Но скажу, что, на мой взгляд, происходящая сегодня оптимизация системы здравоохранения запоздала на несколько лет. Например, родильный дом № 4, который я возглавляла в течение пяти лет, в прошлом году присоединили к ГКБ № 64, и в результате реорганизации нам удалось сэкономить значительные финансовые ресурсы — примерно около 50 миллионов рублей. До объединения в каждом лечебном учреждении: в женской консультации, в роддоме, самой клинике — был свой главный врач, бухгалтерия, экономическая группа, хозяйственники, в результате реструктуризации мы оптимизировали работу бухгалтерии, планово-экономического отдела, административно-хозяйственной части. Сократили мы расходы на автотранспорт. Но самое важное — после объединения учреждений значительно расширился профиль оказания помощи. Если раньше роддом считался физиологическим, то сегодня к нам привозят женщин с любой патологией: сердечно-сосудистой, почечной, заболеваниями глаз, гепатитами, и специалисты ГКБ № 64 оперативно консультируют пациентов. Недавно во время родов женщине с опухолью головного мозга потребовалась срочная помощь невролога, которую она получила незамедлительно. Роды прошли благополучно, и роженица осталась под наблюдением неврологов клиники. Еще один случай: женщина на 35 неделе беременности поступила по скорой помощи с жалобами на боли в животе, специалисты скорой помощи расценили как начало преждевременных родов. После клинического обследования врачи акушеры-гинекологи заподозрили серьезную хирургическую патологию, которая требовала срочной консультации хирурга, вызвали хирургическую бригаду из больницы № 64, пациентку прооперировали, у нее оказалась кишечная непроходимость.

— Каким образом сегодня в Москве организовано наблюдение за состоянием здоровья рожениц и будущих мам?

— За состоянием здоровья беременных женщин наблюдают врачи женских консультаций и специалисты частных клиник. У каждой женщины есть право выбора лечебного учреждения. Однако независимо от организационно-правовой формы собственности: бюджетное, частное учреждение — везде существует единый алгоритм наблюдения и ведения беременных. Он направлен на то, чтобы качество оказания медицинской помощи во время беременности было на высоком уровне.

Существует определенный стандарт, принятый на федеральном уровне, и все учреждения нашей отрасли стараются его придерживаться. К нам на роды приходят женщины как из государственных бюджетных учреждений, так и из частных клиник. Мы видим, что в их обменных картах ведутся записи согласно стандарту, все лаконично и грамотно заполнено. Считаю, что чем больше будет амбулаторных учреждений разной организационно-правовой формы



**В МОСКВЕ РАБОТАЕТ 136 ЖЕНСКИХ
КОНСУЛЬТАЦИЙ, В КОТОРЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ
ОКОЛО 140 ТЫСЯЧ БЕРЕМЕННЫХ. ВРАЧИ
ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В СВОЕЙ РАБОТЕ
ИСПОЛЬЗУЮТ СОВРЕМЕННЫЕ ПРИКЛАДНЫЕ
МЕТОДИКИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ. В ЭТОМ
ПЛАНЕ СТОЛИЦА ЗАМЕТНО ЛИДИРУЕТ СРЕДИ
СУБЪЕКТОВ СТРАНЫ.**

собственности, тем в большей степени будет удовлетворена потребность населения в медицинской помощи. Самое главное, чтобы женщине была оказана качественная помощь, чтобы беременные не сидели длительное время в очередях, чтобы их встретили с улыбкой. И если женщина приехала в столицу из другого города, мы не должны ей отказать в наблюдении по беременности.

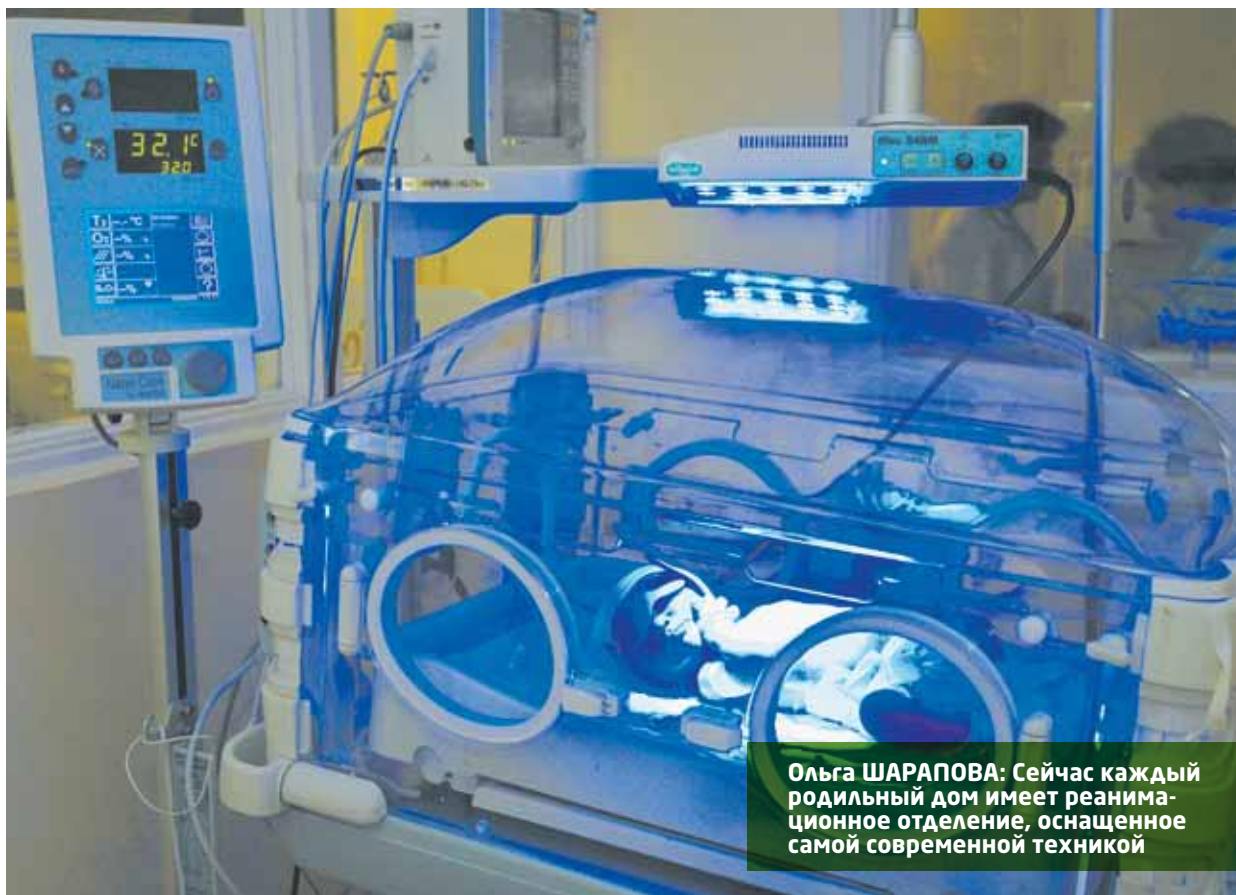
— Что важно для вас как руководителя медучреждения? На что вы обращаете внимание в работе клиники прежде всего?

— Для меня как для руководителя клиники важна профессиональная сторона: чтобы качество оказания помощи было на очень высоком уровне, чтобы были соблюдены все стандарты, протоколы лечения, чтобы проводился контроль качества ведения пациентов внутри лечебного учреждения. Причем неважно — беременная ли это женщина или пациент кардиологического профиля, важно, чтобы увеличивалась интенсивность лечения без потери качества. Сотрудники больницы делают уникальные операции, у нас есть все для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, но бытовые условия для пациентов остались на уровне 60-х годов прошлого века. Мы сократили 210 коек в ГКБ № 64, и это не дань моде, поскольку было дублирование отделений — две травматологии, две хирургии. Мы оставили по одному отделению, создаем комфортные условия для пациентов, из восьмиместных палат мы делаем двухместные палаты с душем и туалетом.

Важный момент: использование новых медицинских технологий лечения требует от нас новых подходов к реабилитации пациентов. Важно, чтобы пациенты могли не просто получить качественную медицинскую помощь во время пребывания в стационаре, но и после возвращения домой. Для этого в нашей больнице, с учетом интенсивности работы коек и ранней выписки, создается патронажная служба. Врачи будут выезжать к пациентам контролировать их состояние, корректировать реабилитационные мероприятия.

— Из чего складывается бюджет медучреждения, подобного тому, которым руководите вы? Достаточно ли наполнение тарифов ОМС по тем направлениям, которые представлены в больнице?

— Как известно, с 1 января 2014 года вся служба родовспоможения в Москве вошла в систему ОМС. На мой взгляд, это следовало сделать раньше. Но за время работы в ОМС выявились определенные проблемы такой схемы финансирования. Например, известно, что в Москве много приезжих женщин из стран ближнего зарубежья: Украины, Молдавии, Киргизии, Узбекистана, Таджикистана. У них даже есть свой сленг «родовой туризм»: они специально приезжают рожать в Москву, где получают квалифицированную помощь бесплатно. Как правило, течение беременности у таких женщин осложнено, они не дообследованы, и на оказание им медицинской помощи идет много финансовых ресурсов. Регулярно наблюдающимся во время беременности женщинам проводятся профилактические курсы лечения, своевременные госпитализации в стационары, а иностранки поступают к нам в роды по скорой помощи. За месяц в нашем родильном доме рожают около 50 таких женщин. Разве что в декабре прошлого года таких рожениц было значительно меньше — 18. Возникает вопрос — откуда нам брать финансовые ресурсы, ведь мы получаем финансирование по линии ОМС? Эта проблема была озвучена перед Департаментом здравоохранения Москвы с просьбой о выделении дотации из бюджета с учетом количества поступивших в родильный дом иностранок, и мы были услышаны: во второй половине 2014 года родильные дома по факту принятых пациенток из стран СНГ получили финансовую компенсацию.



Ольга ШАРАПОВА: Сейчас каждый родильный дом имеет реанимационное отделение, оснащенное самой современной техникой

Есть проблема и с наполнением тарифов. Так, еще год назад стоимость родов в Москве по тарифам ОМС составляла всего 6000 рублей. Администрации родильных домов, рассчитанных на 150–200 коек, даже если они будут загружены, исходя из таких тарифов не смогут платить зарплату сотрудникам, содержать здание, покупать лекарственные препараты, расходные материалы, содержать медоборудование. С июля 2014 года тарифы по травматологии и ортопедии возросли почти в два с половиной раза, по кардиологии — на 50%. Больница за декабрь 2014 года получила дополнительно около 25 миллионов рублей с учетом увеличения тарифов. Для сотрудников больницы это очень важно, поскольку в столице иной уровень жизни, и медработники должны получать достойную оплату труда. Хорошо, что с июля прошлого года эти тарифы подняли, за это правительству Москвы огромное спасибо. Хотя определенные перекосы остались. Например, операция кесарево сечение по тарифу ОМС стоит дороже, чем роды через естественные родовые пути. В связи с этим у руководителя медучреждения возникает соблазн «расширить» показания к операции кесарево сечение, чтобы заработать больше денег по тарифам. Но это же неправильно. Считаю, что тарифной комиссии стоит пересмотреть тарифы на роды через естественные родовые пути. Однако хочется отметить существенный момент. В целом многие тарифы по специализациям, например в терапии, кардиологии, урологии, неврологии, не покрывают всех расходов, и лечебные учреждения вынуждены зарабатывать дополнительные финансовые ресурсы не только по линии ОМС, но и за счет расширения ДМС,

договоров с организациями по профилактическим осмотрам. В прошлом году по платным услугам мы заработали около 300 миллионов рублей, которые в итоге опять-таки пошли на улучшение уровня оказания медпомощи пациентам.

— Работают ли в объединенном стационаре какие-то уникальные отделения? Проводятся ли уникальные операции?

— Безусловно. У нас стабильно и эффективно работает отделение неврологии на 120 коек. В условиях реанимации на ранних стадиях лечения больных с инфарктом головного мозга мы используем современные методики активизации пациентов и с первых дней нахождения в отделении проводим социальную адаптацию пациента к привычным условиям жизни. В отделении неврологии хорошая реабилитационная база, которая используется как в условиях стационара, так и амбулаторно. В июле 2014 года мы открыли после капитального ремонта клиничко-диагностическое отделение. Приоритетный принцип работы отделения — кабинеты предназначены для пациента. Пациент, направленный из поликлиники, проходит в отдельный кабинет, куда приходят специалисты, которые его консультируют. Так, за один визит он может получить консультации разных специалистов, при необходимости сдать анализы, сделать ЭКГ или УЗИ.

В травматологическом отделении больницы проводятся уникальные операции по трансплантации тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставов. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения круглосуточно работает современная ангиографическая установка, позволяющая проводить уникальные операции для пациентов с инфарктом миокарда. С первых минут поступления в кардиологическое отделение пациента с подозрением на инфаркт миокарда врачи делают все возможное для спасения жизни



СЧИТАЮ, ЧТО ТАРИФНОЙ КОМИССИИ СТОИТ ПЕРЕСМОТРЕТЬ ТАРИФЫ НА РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ.

пациента и предоставления качественной медицинской помощи.

В гинекологическом отделении проводятся реконструктивные операции влагалищным доступом. В отделении гнойной хирургии оказывается помощь пациентам с диабетической стопой. Отработаны определенные методики лечения, улучшающие микроциркуляцию и восстанавливающие кровотоки, позволяющие сохранить пальцы стопы.

— Расскажите, пожалуйста, как на уровне клиники организован процесс выхаживания новорожденных с массой тела от 500 граммов?

— В 2014 году в нашем родильном доме появились на свет 35 малышей с массой тела от 500 граммов до 1 кг. Из них умерли четверо, остальных выхаживали и перевели на второй этап выхаживания. Оборудование, полученное по программе модернизации, позволило использовать новые технологии выхаживания недоношенных детей. В 2014 году мы приняли около девяти тысяч родов, столько же, сколько и в 2013-м. Перинатальная смертность детей в родильном доме составляет около 4 промилле, в 2013 году было 4,5.

— Каковы планы на будущем?

— Планов очень много. Скоро на территории нашего роддома будет строиться неонатальный корпус с отделением второго этапа выхаживания новорожденных. Также на территории нашей больницы будет строиться семиэтажный клиничко-диагностический корпус на 750 посещений в смену. Это позволит улучшить качество консультативно-диагностической помощи населению всего Юго-Западного административного округа

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

ДЕЖУРНЫЙ ДИАГНОЗ

На состоявшейся 10 ноября 2014 года клинко-анатомической конференции обсуждалась история болезни мужчины 1959 года рождения. Пациент длительное время наблюдался в Городской поликлинике № 107, откуда с подозрением на левостороннюю пневмонию был направлен на лечение в ГKB № 52. История болезни закончилась летальным исходом, причиной которого был назван инфаркт миокарда.

До того, как попасть в поле зрения московских медиков, пациент (работник органов МВД) наблюдался в ведомственной поликлинике по месту работы. К филиалу № 1 ГП № 107 (ранее ГП № 31) был прикреплен в период с 04.02.2009-го по 16.05.2014 г. С 1998 г. он находился на диспансерном учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета 2-го типа и с 2009 г. имел инвалидность II группы по общему заболеванию бессрочно.

Помимо этого, главный врач ГП № 107 Елена Большакова, представлявшая историю болезни, отметила, что пациент наблюдался у офтальмолога с диагнозом миопия средней степени тяжести, катаракта, диабетическая ретинопатия, а также у участкового терапевта, невролога и хирурга.

Наблюдение и лечение в ГП № 107 (таблица):

Диспансерный учет: врач-эндокринолог.

Динамическое наблюдение: врач-терапевт участковый; врач-офтальмолог.

Консультации: врач-хирург; врач-невролог.

Лабораторные методы исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- гликированный гемоглобин;

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль, с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

- общий анализ мочи;
 - анализ мочи на микроальбуминурию.
- Инструментальные методы исследования:
- флюорография органов грудной клетки;
 - ЭКГ;
 - УЗДГ периферических сосудов.

Таблица. Наблюдение и лечение в ГП № 107

Дата	Диагноз	Лечение
02.2009г.– 06.2010г.	СД, тип 2, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации. Диабетическая нефропатия 3 ст. ОУ Диабетическая ретинопатия (непролиферативная стадия). Начальная катаракта.	Диета №9, ПССП (глимепирид 6 мг/сут). Операция: ОУ лазеркоагуляция сетчатки (III - 2009г.)
06.2010г. –12.2010г.	СД, тип 2, средней степени тяжести, инсулинпотребный, стадия субкомпенсации. Диабетическая нефропатия 3 ст. ОУ Диабетическая ретинопатия (непролиферативная стадия). Дислипидемия. Начальная катаракта.	Диета №9 ПССП (глимепирид 6 мг/сут), Ins длит. действия (гларгин 28 ЕД в 22.00)
01.2011г. –11.2012г.	СД, тип 2, средней степени тяжести, инсулинпотребный, стадия субкомпенсации. Диабетическая периферическая полинейропатия. ОУ Диабетическая ретинопатия (пролиферативная ст.). Дислипидемия ОУ осложненная катаракта. Вторичная 1а глаукома.	Диета №9 Ins у/кор. действия (аспарт 8 ЕД 3 р/д) + Ins длит. действия (гларгин 24 ЕД) Операция: ОД факосмульсификация катаракты с имплантацией ОИЛ (XI-2012г)
с 12.2012г.	СД, тип 2, целевой уровень гликемии HbA1c < 7,5%. Диабетическая периферическая полинейропатия. ОУ Диабетическая ретинопатия (пролиферативная ст.). Дислипидемия ОУ Вторичная некомпенсированная глаукома. ОД Артериальная. OS осложненная катаракта.	Диета №9 Ins у/ кор. действия (аспарт 8 ЕД 3 р/д) + Ins длит. действия (гларгин 24 ЕД) Операция: OS, OD микроинвазивная непроникающая глубокая склерэктомия (I, II – 2013г)
<p>В процессе лечения проводилась коррекция доз инсулинов в зависимости от уровня гипергликемии и HbA1c. В 2014г: диета №9, Ins у/кор. действия (аспарт 14 ЕД 3р/д), Ins длит. действия (гларгин 46 – 48 ЕД в 22.00)</p>		

По словам главного врача, с 2012 г. сахарный диабет удается стабилизировать. До 2014 года пациент наблюдался в клинике в рабочем режиме.

Наблюдение участковым врачом-терапевтом

- Жалоб не предъявлял.
- При осмотрах: АД 120/70 — 140/90 мм рт. ст. (на дому — до 130/80 мм рт. ст.).
- ЭКГ (2009–2013 гг.) — ритм синусовый, ЧСС 66–73 уд. в 1 мин, электрическая ось сердца влево.

- Признаки гипертрофии левого желудочка, умеренные нарушения внутрижелудочковой проводимости.
- Флюорография (2012 г.) — без особенностей.
- Рентгенография (2013 г.) — легочный рисунок несколько усилен, в остальном — без особенностей.
- УЗИ сосудов нижних конечностей (2012 г.): поверхностные и глубокие вены проходимы, без признаков тромбоза. Артерии имеют магистральный кровоток.

Общий анализ мочи (2010–2013 гг.)

Патологические изменения: в январе 2010 г. — кетоновые тела — 1,5 ммоль/л, глюкоза «+»; в марте 2011 г. — глюкоза «+». По остальным показателям и в дальнейшем — без особенностей.

В 2014 году пациент несколько раз был осмотрен рядом специалистов.

Обращения пациента в поликлинику в 2014 году

Осмотр врача-офтальмолога (последний осмотр 21.03.2014).

Осмотры врача-эндокринолога (последний осмотр 24.04.2014).

Диагноз: «Сахарный диабет, тип 2, целевой уровень гликемии: гликированный гемоглобин <7,5%. Диабетическая периферическая полинейропатия.

OU Диабетическая ретинопатия (пролиферативная ст.).

OU Вторичная некомпенсированная глаукома.

OD Артифакция. OS осложненная катаракта.

Состояние после операций: OU лазеркоагуляции сетчатки (III — 2009 г.); OD фактоэмульсификации катаракты с имплантацией ОИЛ (XI — 2012 г.); OS, OD микроинвазивной непроникающей глубокой склерэктомии (I, II — 2013 г.)».

Последнее обращение пациента в поликлинику датировано 16 мая 2014 г., когда он с жалобами на боли в грудной клетке, усиливающиеся при движении и глубоком дыхании, при незначительном повышении температуры тела, вызвал врача на дом.

— При осмотре температура 37 °С, дыхание ослаблено слева, тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 84 в минуту, давление 140/80 мм рт. ст., — рассказала Елена Большакова. — Предварительный диагноз: «внебольничная пневмония». Назначена флюорография органов грудной клетки, которая была выполнена в этот же день. В заключение рентгенолога значилось: тотальное снижение пневматизации слева, рекомендовано направить пациента в стационар. С подозрением на левостороннюю пневмонию пациент был экстренно госпитализирован по наряду в ГКБ № 52.

Интересно, что за 6 дней до госпитализации в ГКБ № 52 — 9 мая 2014 г., пациент «самотеком» обращался в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева. Хронологию пребывания пациента в стационаре изложил заведующий приемным отделением Сергей Гогичаишвили:

— Пациент обратился в приемное отделение больницы 9 мая 2014 г. в 00:54 минуты «самотеком» в сопровождении нескольких родственников. Со слов сопровождающих, больному стало плохо час назад в машине по пути на дачу. Это вся информация, которая у нас была. Когда появились боли за грудиной, так как они проезжали мимо больницы, с их слов, решили исключить острый инфаркт миокарда и обратились в клинику. Учитывая жалобы пациента и требования родственников, пациент в срочном порядке был направлен в кабинет ЭКГ. На ЭКГ ритм синусовый, частота сердечных сокращений 72 удара в минуту, данных об острой ишемии

миокарда не выявлено. При осмотре дежурным разговор несколько затруднен из-за определенного языкового барьера, но тем не менее было отмечено, что пациент болеет артериальной гипертензией. Про сахарный диабет ни пациентом, ни его родственниками не было упомянуто. Состояние пациента на момент осмотра удовлетворительное. Нами был составлен план обследования, включающий в себя, помимо уже выполненной ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи и рентгенографию органов грудной клетки. Учитывая отсутствие острого коронарного синдрома и пальпаторную болезненность в паравертебральных точках на уровне 5-го и 4-го грудных позвонков, выявленную при осмотре пациента, ему была назначена инъекция диклофенака 3 мл, что и было сделано.

Результаты объективного осмотра

- Состояние удовлетворительное.
- Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности.
- Температура тела 36,6 °С.
- Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Частота дыханий 17 в минуту. SpO₂ 99%.
- Пульс — 72 уд. мин.
- АД — 130/80 мм рт. ст.
- Отмечается пальпаторная болезненность в проекции паравертебральных точек на уровне Th4-Th5.

По словам заведующего приемным отделением, родственники уточнили, что острый инфаркт миокарда на кардиограмме не выявлен, и после инъекции пациент в смотровую не вернулся.

— Диспетчер, не найдя ни родственников, ни пациента, в 01:40 историю болезни закрыла. При выполнении лечебно-диагностических манипуляций сопровождающие настаивали на ускорении процесса, так как они торопились. Никаких документов, удостоверяющих личность пациента, представлено не было. Паспортные данные в медицинскую карту диспетчером вносились со слов больного пациента. Возраст сообщен без указания даты рождения. Таким образом, у пациента, обратившегося в клинику самотеком по настоянию родственников, был исключен острый инфаркт миокарда, выполнено обезболивание, однако диагностический поиск не был завершен, так как пациент покинул приемное отделение, — закончил свой доклад Сергей Гогичаишвили.

Возвращаясь к состоянию пациента на 16 мая 2014 г., изложение истории болезни продолжил и.о. заместителя главного врача по лечебной работе ГКБ № 52 Борис Родионов:

— Пациент предъявлял жалобы на кашель, боли в левой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле.

На уточняющий вопрос Леонида Печатникова, не возникло ли у врачей и в этот раз языкового барьера, Борис Родионов ответил отрицательно.

— Пациент считал себя заболевшим с 08–09 мая 2014 г., когда после переохлаждения стал отмечать кашель, боль в левой половине грудной клетки, одышку с затрудненным вдохом, лихорадку. Рассказал, что обращался в ГКБ № 20, где, со слов пациента, установлен диагноз «остеохондроз позвоночника», назначены нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Отметил на фоне лечения кратковременный положительный эффект, но затем вновь произошло ухудшение самочувствия. После чего 16 мая 2014 года обратился в поликлинику, откуда был госпитализирован к нам. Также пациент сообщил, что страдает сахарным диабетом

с 1998 года, получает инсулинотерапию. При этом инфаркт миокарда, недостаточность митрального клапана, язвенную болезнь отрицал.

Председательствующий на конференции Леонид Печатников на этом этапе обсуждения заметил, обращаясь к главному врачу ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Андрею Крапивину:

— Странное обстоятельство, согласитесь, когда в приемном отделении вашей больницы он предъявляет жалобы только на боли в спине, при этом так говорит, что языковой барьер возник, а потом утверждает, что оказывается у него и лихорадка была, и кашель. У меня нет ровным счетом никаких оснований не верить вашим докторам, но обстоятельства, Андрей Александрович, довольно странные: один и тот же человек в одной клинике вдруг забывает русский язык, а в другой рассказывает обстоятельства, никак не сочетающиеся с тем, что говорил, со слов ваших специалистов. Я хотел вас попросить провести служебное расследование по поводу того, что у вас происходит в приемном отделении и как там относятся к пациентам. Возвращаясь к лечению пациента в ГКБ № 52, Борис Родионов отметил:

— При поступлении состояние пациента было средней степени тяжести, гемодинамически он был стабилен. В общем анализе мочи отмечались небольшая протеинурия и глюкозурия. Пациенту была проведена рентгенография органов грудной клетки. Снимок описан как полисегментарная левосторонняя плевропневмония, наличие осумкованного плеврита.

Результаты осмотра в приемном отделении:

- состояние средней степени тяжести;
- температура тела 36,9 °С;
- перкуторно притупление звука в нижних отделах левого легкого;
- аускультативно ослабление дыхания, мелкопузырчатые хрипы в верхних и средних отделах левого легкого, частота дыхательных движений 22 в минуту, SpO₂ 92%;
- АД 120/80 мм рт. ст.;
- ЧСС 100 в минуту, ритм правильный, тоны приглушены;
- живот мягкий, безболезненный;
- печень у края реберной дуги;
- мочеиспускание свободное, безболезненное, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

— После 60 часов антимикробной терапии пациент был осмотрен совместно с заведующим отделением, клиницисты не нашли удовлетворительной динамику течения внебольничной пневмонии на фоне адекватной антимикробной терапии, — подчеркнул Борис Родионов.

— Вы с самого начала ставите диагноз «плеврит парапневмонический», — уточнил Леонид Печатников и задал вопрос: — Какое количество жидкости описано вашими рентгенологами?

— Рентгенологи не описали количество жидкости, указав только то, что имеется осумкованный левосторонний плеврит, — последовал ответ. — Количество жидкости определено по рентгенограмме не было. Клинически было отмечено, что уровень притупления перкуторного звука где-то ниже угла лопатки. При аускультации дыхание верхних и средних отделов левого легкого было ослаблено, но выслушивалось. Перкуторно получалось где-то порядка 300–400 мл жидкости.

— Получается, что пациент у вас лечится почти трое суток, вы с самого начала ставите плеврит и активно его лечите антибиотиками, но рентгенолог не

описывает количество жидкости, и вопрос об ее эвакуации не ставится, — подчеркнул председательствующий.

Борис Родионов ответил на замечание следующим образом:

— После того, как мы не получили удовлетворительного результата проводимой микробной терапии (состояние пациента не изменилось), предполагалось, что это может быть связано или с какими-либо осложнениями течения внебольничной пневмонии, или с развитием других заболеваний, которые могли бы сопровождаться накоплением жидкости в плевральной полости. Для более точной диагностики пациенту была проведена компьютерная томография органов грудной клетки. Заключение: осумкованный массивный левосторонний плеврит, субтотальный ателектаз левого легкого. С учетом того, что был большой объем жидкости в левой плевральной полости, пациенту было необходимо проведение торакоцентеза. Было принято решение провести торакоцентез в условиях бокса реанимационного отделения, куда пациент был переведен в 11:20. В 12:10 пациенту был проведен торакоцентез и дренирование левой плевральной полости. Эвакуировано однократно 300 мл густого гнойного отделяемого, установлены дренажи, подключенные к системе «Белау». Дальше эвакуация содержимого шла по дренажам. Но, учитывая, что компьютерная томография выявила наличие многокамерной эмпиемы, мы собрали консилиум и решили, что данного пациента необходимо проконсультировать с торакальными хирургами и что, возможно, требуется более активная оперативная помощь. Консультация с торакальным хирургом была проведена, установлен диагноз «многокамерная эмпиема» и рекомендовано дальнейшее лечение пациента в отделении торакальной хирургии. После этого больному был сделан еще один рентгеновский снимок, который показал наличие в плевральной полости дополнительно 700 мл гнойного отделяемого. — Подбор антибактериальной терапии был скорректирован, — продолжил Борис Родионов. — Мы дали комбинацию цефалоспоринов третьей генерации, добавили линкомицин 1800 мг/сут с учетом типичных возбудителей, которые дают эмпиему. За сутки после дренирования плевральной полости и смены антимикробной терапии мы получили хороший клинический ответ от пациента. При этом гемодинамически он был абсолютно стабилен. При повторной электрокардиограмме мы обратили внимание, что есть регресс зубцов Р в правых грудных отведениях. Для диагностики данных изменений мы провели эхокардиографию, которая не показала никаких изменений, кроме гипотрофии миокарда левого желудочка. Данные изменения были интерпретированы как признаки гипертрофии со смещением переходной зоны в левое грудное отведение.

21 мая 2014 года в 15:40 пациент в стабильном состоянии был переведен в отделение торакальной хирургии ГКБ № 61.

— Принимая во внимание тяжесть состояния больного, обусловленную дыхательной недостаточностью второй степени и явлениями интоксикации, он сразу был госпитализирован в реанимационное отделение. При поступлении осмотрен терапевтом, торакальным хирургом и реаниматологом. Состояние больного при поступлении тяжелое, — начал свое выступление заместитель по хирургии главного врача ГКБ № 61 Виктор Скопинцев.

Данные объективного осмотра при поступлении в ГКБ № 61.

Состояние тяжелое. Больной в сознании, адекватен. Вял, заторможен. Температура тела — 37,8 °С. Кожные покровы бледные. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Отеков нет.

Грудная клетка симметрична. Перкуторно — легочный звук справа, слева — притупление над всеми отделами. Дыхание проводится во все отделы легких, резко ослаблено слева. Частота дыхательных движений — 22–24 в минуту в покое. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Пульс — 92 в минуту. АД — 160/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Объемных образований, инфильтратов в брюшной полости не определяется. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание по катетеру, диурез достаточный. Стул регулярный. Слева в 5 межреберье на 2 см медиальнее лопаточной линии и в 6 межреберье на 2 см латеральнее лопаточной линии имеются дренажные трубки, по которым поступает гнойное отделяемое.

Диагноз при поступлении: «тотальная параневмоническая эмпиема плевры слева. Дренирование левой плевральной полости 20.05.2014 г. Левосторонняя полисегментарная пневмония. Интоксикационный синдром. Дыхательная недостаточность II ст. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинозависимый, тяжелого течения, декомпенсированный. Диабетическая ретинопатия. Артериальная гипертензия III ст., II ст., риск IV ст».

Примененные инструментальные методы исследования

■ Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства 21.05.2014 г.: признаки жировой инфильтрации печени, увеличение селезенки, выпота в брюшной полости нет.

■ Фибробронхоскопия 23.05.2014 г.: диффузный левосторонний бронхит II ст., произведена санация трахеобронхиального дерева.

Консультации специалистов:

■ Кардиолог 22.05.2014 г.: тотальная эмпиема плевры. Дренирование плевральной полости слева. Дыхательная недостаточность II ст. Интоксикационный синдром. Артериальная гипертензия III ст., II ст., риск IV. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинозависимый, декомпенсация. Рекомендовано: энап 5 мг 2 раза в день, с целью профилактики тромбоземболических осложнений фраксипарин 0,3 мг подкожно 1 раз в день.

■ Эндокринолог 23.05.2014 г.: сахарный диабет II типа. Осложнения: диабетическая ретинопатия терминальная. Лазерная фотокоагуляция сетчатки (неоднократно). Дистальная диабетическая полинейропатия, сенсомоторный тип. Рекомендовано: 1. Количественный подсчет углеводов по системе ХЕ, ограничение жиров животного происхождения, соли. 2. Инсулинотерапия: инсулин короткого действия 4 ЕД при гликемии более 9,5 ммоль/л. 3. Целевой уровень гликемии натощак 8 ммоль/л. 4. Исследование уровня гликированного гемоглобина.

Проводимая терапия

- антибактериальная (ципрофлоксацин, трифамокс);
- инфузионная;
- дезинтоксикационная (реамберин);
- обезболивание наркотическими и ненаркотическими анальгетиками (трамадол, промедол);
- антисекреторная (ацилок);
- антикоагулянтная (фраксипарин);
- гипотензивная (энап, эбрантил);
- инсулинотерапия;
- неинвазивная респираторная терапия;
- активная аспирация из плевральной полости (торакальная дренажная система Thorapaz);

■ фракционный лаваж, санация эмпиемы с внутривидеальным введением антисептиков и протеолитических ферментов.

По словам Виктора Скопинцева, за время лечения состояние больного оставалось тяжелым, стабильным с незначительной положительной динамикой. В сознании, адекватен. Кожные покровы бледные. Дыхательная недостаточность сохранялась. Частота дыханий 20–22 в минуту. Гемодинамика с умеренной тенденцией к гипертензии (140/80–150/80 мм рт. ст.) и тахикардии (до 95 в минуту). Диурез адекватный без стимуляции. Сохранялся субфебрилитет.

Однако 25 мая 2014 г. в 17:45 состояние больного резко ухудшилось. Нарастающая одышка до дыханий 29–30 в минуту, цианоз, психомоторное возбуждение, нарастающая гипотония (110/55–80/40 мм рт. ст.), брадикардия (65–31–26 в минуту). На ЭКГ признаки ишемии миокарда, подозрение на острый инфаркт миокарда. Больной интубирован, переведен на искусственную вентиляцию легких. В 17:50 по кардиомонитору зафиксирована асистолия. Начаты реанимационные мероприятия, продолжавшиеся в течение 1 часа 10 минут без эффекта. В 19:00 была констатирована биологическая смерть.

Клинический диагноз

Основное заболевание: «двусторонняя полисегментарная плевропневмония с абсцедированием слева».

Фоновое заболевание: «хронический двусторонний бронхит, обострение. Эмфизема легких. Пневмосклероз».

Сочетанное заболевание: «ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда».

Фоновые заболевания: «1. Гипертоническая болезнь III ст., II ст., риск IV. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Нефроангиосклероз».

2. «Сахарный диабет II типа тяжелого течения, инсулинозависимый, декомпенсированный. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ретинопатия. Диабетический кетоацидоз. Диабетическая микро- и макроангиопатия».

Осложнения: парапневмоническая тотальная многокамерная эмпиема плевры слева. Дренажирование плевральной полости (камер эмпиемы) от 20.05.2014 г. Тромбоз ветвей легочной артерии? Легочно-сердечная недостаточность. Интоксикационный синдром. Анемия смешанного генеза легкой степени. Отек легких. Отек головного мозга. Реанимационные мероприятия.

Сопутствующие заболевания: «хронический гепатит с возможной трансформацией в цирроз печени. Гепатоспленомегалия. Хронический гастродуоденит. Хронический панкреатит».

Данные патологоанатомического вскрытия представил врач-патологоанатом Андрей Пономарев:

— В ходе секционных наблюдений были получены следующие данные. Во-первых, плевральная полость дренирована по средней лопаточной линии, и в ней содержалось до 700 мл гноя с признаками организации. При исследовании венечных артерий сердца в них были обнаружены фиброзные бляшки, суживающие просвет от 50 до 60%. При макроскопическом исследовании миокарда выявлена его гипотрофия, она превышала 360 г, прежде всего за счет гипотрофии стенки левого желудочка. При микроскопическом исследовании установлено, что некротические изменения были различной давности. В передней стенке довольно крупное поле неправильной формы, белесоватого цвета, плотной

консистенции, 4,5 × 3,5 × 1 см. Отмечено также наличие своеобразной микроангиопатии, вероятно, диабетической, как мы можем оценить, гиалиноза артерий миокарда. При исследовании легких и левой плевральной полости видны очаги с признаками организации и осумкованные очаги эмпиемы в междолевой плевре. Экссудат фибринозно-гнойный. При исследовании бронхов в их просвете было сливкообразное пенистое содержимое. При этом стенки бронхов были утолщены и белесоваты. В просвете альвеол имелось скопление эозинофильной жидкости. Кроме того, наблюдались очаги белесовато-серого цвета, располагавшиеся в третьем, шестом, восьмом сегментах левого легкого. При микроскопическом исследовании в просвете альвеол обнаружен экссудат, содержащий преимущественно нейтрофильные лейкоциты. При этом сосуды практически всех калибров были полнокровны. При исследовании печени было констатировано, что она увеличена в размерах — масса более 1800 г. При микроскопическом исследовании установлено, что в третьей зоне ацинуса имелись гепатоциты в состоянии крупно- и среднекапельной жировой дистрофии. При этом портальные тракты были несколько расширены за счет склероза, и имелась незначительная лимфоцитарная инфильтрация. Селезенка была также несколько увеличена в размерах, 260 г. Статус печени — жировой гепатоз. Но без признаков цирроза. В почках лоханки и чашечки слизистая оболочка была с участками кровоизлияний, содержалось мутное содержимое. При микроскопическом исследовании внимание привлекли гиалиноз артериол и очаговая инфильтрация интерстиция с лимфомакрофагальными элементами. Диагноз сформулирован следующим образом. Выделено комбинированное основное заболевание: два сочетанных заболевания, среди которых на первом месте повторный рецидивирующий крупноочаговый инфаркт миокарда, свежей давности — около суток, и организуемая давности — около 10 суток.

Очаги некроза в задней стенке левого желудочка и верхушке сердца. Крупноочаговый кардиосклероз в передней стенке левого желудочка, атеросклероз коронарных артерий сердца, фиброзные бляшки, суживающие просвет до 60%. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь, что подтверждается развитием эксцентрической гипертрофии миокарда с массой сердца 360 г и толщиной стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см. И второе фоновое заболевание: сахарный диабет 2-го типа. Клинические подтверждения повышения уровня глюкозы, а морфологические — атрофия, липоматоз поджелудочной железы. Второе сочетанное заболевание — хроническая обструктивная болезнь легких, хронический двусторонний слизисто-гнойный бронхит, обструктивная эмфизема легких, диффузно-сетчатый пневмосклероз. А также очаговая пневмония в третьем, шестом, десятом сегментах левого легкого. Осложнение: левосторонняя парапневмоническая тотальная многокамерная эмпиема плевры с левосторонним пиогидротораксом, правосторонним гидротораксом, плевроцентезом слева, которая лечена дренированием в левой плевральной полости, плевроцентезом слева; хроническое венозное полнокровие внутренних органов; острый пиелонефрит; отек легких; отек головного мозга. Реанимационные мероприятия, катетеризация подключичной вены, искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца. Сопутствующее заболевание: атеросклероз аорты. В медицинском свидетельстве о смерти в качестве непосредственной причины смерти записана легочно-сердечная недостаточность. Первоначальная причина смерти — рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки и верхушки сердца. Наиболее важное по значению заболевание — хронический бронхит в стадии обострения.

Действия московских медиков в части лечения диабета 2-го типа рецензировал главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы Михаил Анциферов:

— Прежде всего хотелось бы напомнить коллегам, что сахарный диабет является фактором риска развития инфекции нижних дыхательных путей. Риск госпитализации с пневмонией у больных диабетом возрастает в двух случаях: при длительности заболевания более 10 лет и при неудовлетворительном контроле сахарного диабета (гликирование больше 9%). Риск госпитализации у больных диабетом 1-го типа выше в 4 раза по сравнению с общей популяцией, а с диабетом 2-го типа — на 20% больше. При этом специальных рекомендаций по лечению респираторных инфекций при сахарном диабете в литературе нет. Характеризуя работу специалистов в четырех ведущих пациента медучреждениях, могу сказать следующее. В ГП № 107 пациента вели достаточно грамотно. В поликлинике налажено определение гликированного гемоглобина для контроля компенсации сахарного диабета. Напомню, что в настоящее время одного сахара крови натошак абсолютно недостаточно для суждения о компенсации сахарного диабета. Единственный критерий — уровень гликированного гемоглобина. И сегодня определение этого показателя абсолютно доступно во всех городских поликлиниках. Правда, врачи иногда не назначают больным определение данного показателя, но это обязательное условие. Правильно было выбрано и лечение, увидев высокий уровень гликированного гемоглобина, то есть абсолютную декомпенсацию заболевания, был поставлен вопрос об инсулинотерапии. Это единственный подход в данной ситуации. Корректно был выбран и ее режим: базис-базальная терапия, когда комбинируется продленный инсулин, которым является инсулин гларгин (Лантус), и три инъекции короткого инсулина перед каждым основным приемом пищи.



**НАПОМНЮ, ЧТО В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
ОДНОГО САХАРА КРОВИ НАТОШАК
АБСОЛЮТНО НЕДОСТАТОЧНО ДЛЯ СУЖДЕНИЯ
О КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА.
ЕДИНСТВЕННЫЙ КРИТЕРИЙ — УРОВЕНЬ
ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА.**

Михаил Анциферов

При этом важно и то, что врач, начав с 40 единиц инсулина суммарно, титровала дозу, и в течение 2-х лет довела ее до 80 единиц, получив клинический эффект — фактически подойдя к целевым значениям гликированного гемоглобина 7,5–8%. По ГКБ им. А. К. Ерамишанцева могу только заметить, что в случае, аналогичном описываемому, в любом стационаре никогда будет не лишним посмотреть сахар в крови. Жизнь показывает, что это правильный подход.

В ГКБ № 52 также выбрали правильную тактику: компенсировали диабет за счет увеличения подколок, их частоты, по количеству единиц, и вывели больного на уровень сахара крови 7–10 ммоль/л, что вполне приемлемо. Поэтому замечаний по ведению нет.

Во время пребывания пациента в ГКБ № 61, хотя показатели сахара у больного и были относительно невысокие, но сами врачи ставят диагноз «диабетического кетоацидоза», а это показание для перевода больного с подкожных инъекций на внутривенные с помощью инфузомата. Это абсолютные показания, это нужно делать везде.

В заключение могу только сказать, что в данном случае диабет 2-го типа был фоновым заболеванием и не послужил непосредственной причиной смерти

больного. Декомпенсация была вызвана тяжелым интеркуррентным заболеванием, и принципиальных замечаний по ведению больного нет.

Главный внештатный специалист пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы Андрей Белевский, отмечая в целом адекватные действия медиков по лечению пневмонии, заострил внимание на вопросе: можно ли было диагностировать это состояние раньше?

— У меня нет никаких сомнений в том, что в истории болезни, которая писалась в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, написаны какие-то неправильные слова. Ведь очевидно, что анамнестические сведения в разных лечебных учреждениях кардинально отличаются. Странная история, у одного и того же пациента разные доктора выявляют самые разные обстоятельства заболевания. Конечно, у нашего пациента было легочное нагноение, он страдал сахарным диабетом тяжелого течения с осложнением, в первую очередь с комприметацией сосудов, и не получал лечения с 8 по 16 число, но главное, по моему мнению, то, что его надо было дренировать гораздо раньше. Лечение эмпиемы — это эффективное дренирование в первую очередь. Рентгенографическая картина должна была быть интерпретирована совершенно по-другому, а это должно было привести к другим мероприятиям по ведению данного пациента.

Далее председательствующий попросил прокомментировать случай профессора кафедры факультетской хирургии № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Олега Ясногородского, по праву считающегося одним из самых ярких торакальных хирургов в Москве.

— Первое — на сделанных еще в поликлинике снимках уже понятно, что у пациента эмпиема плевры. Выпот в плевральной полости осумковывается только в одном случае, в случае эмпиемы, и больше никогда, — подчеркнул специалист. — Второе, надо все-таки отличать такие понятия, как коллапс легкого и ателектаз. Мне кажется, следовало бы организовать проведение полноценной объемной лекции по нагноительным заболеваниям легких и плевры. Впечатление такое, что люди просто не понимают, в чем разница. Или это рентгенологи вам описывают? Но доктор должен сам понимать отличие: коллапс легкого — это компрессия легкого извне, либо воздухом, либо жидкостью, что и было.

А ателектаз — это неполное расправление легкого, обусловленное нарушением проходимости бронха, что происходит при обструкции эндобронхиальной или перибронхиальной. Что же касается использованных хирургических методов лечения, то могу сказать еще вот что. Для торакоскопии существуют показания и противопоказания. Торакоскопия показана в случае неадекватной санации и аспирации в течение примерно 1–2 недель. Здесь было адекватное дренирование. Но на то, чтобы размыть очень густой гной с фибрином, требуется время. Требуется введение протеолитических ферментов, фракционная санация с аспирацией. Но запущенная эмпиема, которая существовала по меньшей мере, по виду гноя, месяц, — не причина смерти пациента, можете мне поверить.

В заключение обсуждения с замечаниями выступил главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы Александр Шпектор:



**ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ — ЭТО ЭФФЕКТИВНОЕ
ДРЕНИРОВАНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ.
РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОЛЖНА
БЫЛА БЫТЬ ИНТЕРПРЕТИРОВАНА СОВЕРШЕННО
ПО-ДРУГОМУ, А ЭТО ДОЛЖНО БЫЛО ПРИВЕСТИ
К ДРУГИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПО ВЕДЕНИЮ
ДАННОГО ПАЦИЕНТА.**

Андрей Белевский

— В этой истории столько чудесного. Чудо первое, про которое уже говорили, что больной сначала забывает русский язык, а потом вспоминает. И это при том, что он был кадровым сотрудником МВД. Второе чудо. В приемном отделении ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, согласно истории болезни, больного полностью обстукали и общупали. Ему определили относительную тупость сердца, пропальпировали почки, пропальпировали селезенку, но при этом почему-то не нашли никаких признаков выпота в плевре. Хотя, как уже говорилось, заболел он накануне. И дочка еще в жалобе пишет, что папа все время наклонялся на левый бок и прикладывал сюда руку. Вряд ли дочка знает, что это классический признак плевральных болей. Думаю, все это настолько понятно, что, наверное, акаде-

мического разбора не заслуживает. Поставили несуществующий диагноз: торакалгия, ввели НПВС, и больной ушел. Дальше он обращается в поликлинику. Там чудес нет, его отправляют в больницу. В ГКБ № 52 никаких данных за сердечную патологию нет, эмпиема, дренирование, перевод в торакальную хирургию. И там все вроде бы в порядке до 17:45 25 мая 2014 г. В тот момент, согласно записям в истории болезни, состояние пациента резко ухудшилось. При этом, обращаю ваше внимание, гемодинамика оставалась стабильной, ни гипотонии, ни брадикардии, ни значимых аритмий, ничего у больного нет. На кардиограмме никакой отрицательной динамики, но принимается решение об интубации больного. При этом никаких объективных параметров не указывается: нет даже сатурации гемоглобина кислородом, нет КЩС, нет ничего. Интубируют. Вроде бы его состояние должно было улучшиться. Но вместо этого больной теряет давление, брадикардия с переходом в асистолию. Что произошло? Из представленных документальных данных понять,



ДОКТОР ДОЛЖЕН САМ ПОНИМАТЬ ОТЛИЧИЕ: КОЛЛАПС ЛЕГКОГО — ЭТО КОМПРЕССИЯ ЛЕГКОГО ИЗВНЕ, ЛИБО ВОЗДУХОМ, ЛИБО ЖИДКОСТЬЮ, ЧТО И БЫЛО. А АТЕЛЕКТАЗ — ЭТО НЕПОЛНОЕ РАСПРАВЛЕНИЕ ЛЕГКОГО, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ БРОНХА, ЧТО ПРОИСХОДИТ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ИЛИ ПЕРИБРОНХИАЛЬНОЙ.

Олег Ясногородский

что произошло, невозможно, можно только догадываться, что, видимо, были какие-то сложности при интубации, ничего другого я придумать не могу. После этого начинается реанимация, но и здесь масса вопросов. Зачем делали преднизолон? Непонятно. Бикарбонат стандартно показан при реанимационных мероприятиях только при передозировке трициклических антидепрессантов и гиперкалиемии, в остальных случаях он может быть даже опасен. Но самое загадочное, больной умирает от асистолии, никакой желудочковой тахикардии, никакой фибрилляции нет. При этом электрическая дефибриляция разрядом нарастающей мощности. Что ж это делается-то? Он уходит в асистолию, а ему наносят разряд. После этого наступает очередь сердца. И тут очередное чудо, оказывается, он умер от инфаркта миокарда.

Разбирая данные, приведенные патологоанатомом, Александр Шпектор, в частности, отметил:

— Обращает на себя внимание описание: венечные артерии кальцинированы, желтые бляшки. Это стабильные бляшки, стеноз. В передней до 60%, в правой коронарной — 40%, в огибающих — 50%. Это даже гемодинамически незначимые бляшки. Бляшка 50% значима только в стволе левой коронарной артерии. Для остальных артерий больше 70%. Второй момент — некрозы. Некрозы могут быть ишемические или коронарогенные, и неишемические. И на первом месте среди

причин неишемических — гипоксия, токсическое повреждение. Все это есть в представленном случае. Если же мы говорим об инфаркте миокарда как форме ишемической болезни сердца, то классическое поражение артерии у таких больных — разрушенная бляшка, и на ней тромб. Не ровные желтые бляшки, которые нам показали, а разрушенная бляшка с кровоизлиянием и остатками тромба. Вопрос правомерности постановки диагноза «инфаркт миокарда» обсуждался на специальном заседании проблемной комиссии по патологической анатомии при Минздраве РФ под председательством академика Франка. На основании обсуждения в 4 номере «Архива патологии» была опубликована статья, позволю коротко процитировать ее: «Некроз миокарда — это гетерогенная по этиологии группа. Иногда он является инфарктом миокарда — нозологической единицей из группы ишемической болезни сердца. Необоснованное отождествление других некрозов миокарда с инфарктом, к сожалению, является нередкой ошибкой». И далее: «Наличие стенозирующего атеросклероза коронарных артерий сердца, ишемической болезни сердца, и даже операций по реваскуляризации коронарных артерий в анамнезе, но без обнаружения на вскрытии нестабильных атеросклеротических бляшек, окклюзии артерий тромбами или атероматозными массами, не могут служить доказательством принадлежности обнаруженного на вскрытии некроза миокарда инфаркту миокарда из группы ишемических



болезней сердца». По-моему, этим все сказано. И, насколько я знаю, в регионах этим уже давно руководствуются.

Слова коллеги относительно классификации некрозов миокарда дополнила руководитель Центра атеротромбоза, действительный член Европейского общества кардиологов Елена Васильева:

— Я представляю Россию в Европейско-американском комитете по диагностике инфаркта, куда входят всего два десятка специалистов, председателем которого является выдающийся американский терапевт и кардиолог, который, кстати, выступал в этом зале на Плетневских чтениях, профессор Джозеф Альперт. Когда его спрашивают о том, когда все-таки правильно ставить диагноз инфаркт второго типа, который, по сути, равен некоронарогенным некрозам миокарда, так как он обычно кодируется как сопутствующая обнаруженная патология, профессор всегда приводит примеры вроде нашего сегодняшнего случая. Ну, конечно, говорит он, надо иметь здравый смысл. Если в человеке много гноя, например, эмпиема плевры, ну зачем же нам писать инфаркт миокарда? Некрозы всегда есть, конечно, но они вторичны.

По мнению же главного внештатного специалиста патологоанатома Департамента здравоохранения Москвы Людмилы Михалевой, необходимо приложить усилия к объективизации диагностики инфаркта миокарда:

— Необходимо внести дополнения в алгоритм его клинико-патологоанатомической диагностики, разработать методические рекомендации по клинической и морфологической диагностике типов инфаркта миокарда, внести дополнения в макро- и микроскопическую оценку инфаркта миокарда, сделать обязательным детальное исследование коронарных артерий, микроскопическое исследование патологически измененных коронарных артерий, а также фокусов некроза миокарда. Важно усилить требования к оформлению заключительного патологоанатомического диагноза с обязательным указанием типа инфаркта миокарда, срока его давности и морфологической характеристики поражений венечных артерий сердца.

Итог обсуждению подвел Леонид Печатников:

— Я вам расскажу один случай из собственной практики. В ГКБ № 67 был довольно известный профессор уролог Зиновий Вячеславович Вайнберг. Однажды он меня позвал проконсультировать пациентку, у которой уже, очевидно, на фоне диабета развился апостематозный нефрит, и поставил вопрос как перед терапевтом: надо оперировать больную или не надо? Вначале я не понял, зачем же меня спрашивать, если очевидно, что у женщины в почках гнойник. А он мне показывает электрокардиограмму, где гуляет зубец Т, и говорит, а что если во время операции у нее возникнут проблемы с сердцем? Я порекомендовал делать операцию, ведь если не удалить гнойный очаг, что потом ни предпринимай для лечения сердца, лучше пациентке не станет. Хирургический принцип со времен Гиппократа прост: есть гной, выпусти. Он взял ее на операцию, и в послеоперационном периоде больная скончалась. А хирург написал на меня жалобу в том ключе, что теперь терапевты приказывают хирургам оперировать, после чего больные умирают от инфаркта миокарда. Показательный пример. Поэтому, давайте прежде всего поймем, с чем мы имеем дело в рассмотренном нами случае? А он, на мой взгляд, неприятный для нас для всех. Он говорит о нашем не очень высоком профессиональном уровне. Работой ни одного учреждения, где побывал пациент, я не могу быть удовлетворен в полной мере! Начмеду в поликлинике я уже сказал, что рентгенолог, который вообще не видит легкого, должен либо пойти учиться, либо не работать по специальности. Такого рода

специалисты просто подставляют всех нас. Нам же стыдно за это. Ведь одно дело не иметь аппаратуры, возможности провести исследование, и совсем другое — не суметь прочитать правильно полученные результаты. В части ведения больного диабетика все замечательно. Михаил Борисович хвалил поликлинику, мне это очень приятно было слышать от него, зная, что он очень принципиальный человек, но, когда вы мне показываете флюорограмму, где легкого просто не видно, и такое заключение рентгенолога — это стыдно. Далее ГKB № 52. Вроде бы тоже все сделали правильно. Но есть две вещи, которые надо всем уяснить. При нынешнем нашем состоянии инструментальной базы, если есть подозрение на плевральный выпот, компьютерная томография должна делаться обязательно. О плевральном выпоте мы все по обычному рентгеновскому снимку не скажем, но у нас сейчас есть возможность всем больным с плевральным выпотом сделать КТ. А пациент лежал в клинике 4 дня как минимум с плевральным выпотом, и КТ сделана не была. Это недопустимо! Подчеркиваю, любое поражение плевры, любое, должно рассматриваться как показание к компьютерной томографии! Про ГKB № 20 я говорить не буду, лучше поговорим о чем-то более близком к профессии. Соответствующие выводы руководство клиники, я уверен, сделает. Интересная все-таки история. С одной стороны, в поликлинике, например, зная, что у больного диабет, не прощупали печень. А ведь такого течения диабета 2-го типа вполне достаточно для того, чтобы почти у всех развивался жировой гепатоз. С другой стороны, у пациента была увеличена селезенка, и как раз это, как мне представляется, дает ответы на многие вопросы. Я думаю, что у него на фоне месячного течения эмпиемы развился сепсис. Да, кальцитонин был у него спокойным, но его один раз проверили и все. И то на фоне сахарного диабета. Для меня все, что мы видим у больного, однозначно указывает на то, что с определенного времени у него развился сепсис. И изменения, которые мы увидели в миокарде, — изменения септические. Давайте мы договоримся, пока ученые спорят, все, что коронарогенное, связанное с атеросклерозом, это инфаркт миокарда, а все, что некоронарогенное, не связанное с ишемической болезнью сердца, назовите некрозом, назовите чем угодно, но не инфарктом. Инфаркт развивается только в рамках ишемической болезни сердца, и только на фоне атеросклероза коронарных артерий, гемодинамически значимого, с нестабильными бляшками. Я видел больных с некрозами миокарда на фоне ревматоидного артрита. У них развивается коронарит и абсолютно инфарктоподобные некротические изменения в миокарде. Но мы не называем это инфарктом миокарда. Давайте просто договоримся. И я прошу всех присутствующих: сделайте правильные выводы. Нам всем еще есть чему учиться, независимо от возраста и стажа. Мы, как музыканты, если каждый день не занимаемся своей профессией, — деградируем. И ничего с этим не сделаешь. У нас на следующий год выделено больше 3 миллиардов рублей на образовательные программы, и если кто-то из вас чувствует, что надо подучиться, все медицинские вузы вас ждут. Воспользуйтесь этими деньгами, возможностями, которые есть в Москве. Наши пациенты достойны иметь хороших врачей, и давайте мы им в этом поможем.



ДАВАЙТЕ МЫ ДОГОВОРИМСЯ, ПОКА УЧЕННЫЕ СПОРЯТ, ВСЕ, ЧТО КОРОНАРОГЕННОЕ, СВЯЗАННОЕ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ЭТО ИНФАРКТ МИОКАРДА, А ВСЕ, ЧТО НЕКОРОНАРОГЕННОЕ, НЕ СВЯЗАННОЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НАЗОВИТЕ НЕКРОЗОМ, НАЗОВИТЕ ЧЕМ УГОДНО, НО НЕ ИНФАРКТОМ.

Леонид Печатников

ПАНКРЕОНЕКРОЗ С ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 3 февраля 2015 года, обсуждалась история болезни 32-летнего мужчины, причиной смерти которого стал распространенный геморрагический панкреонекроз в стадии гнойных осложнений.

Открывая мероприятие, председательствующий на конференции заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников отметил: — Первая в этом году клинико-анатомическая конференция посвящена проблемам лечения панкреатита. Врачи западноевропейских стран, которые начинают практиковать в России, часто испытывают трудности при лечении пациентов, у которых острый первичный панкреатит вызван хронической алкогольной интоксикацией. Причина в том, что у этих гастроэнтерологов, как правило, нет опыта в терапии такой разновидности этой патологии. Ведь в странах, где они работали до приезда в Россию, подобная болезнь — казуистика. А панкреатит, с которым сталкиваются западноевропейские врачи, — обычно вторичный, развившийся как осложнение желчнокаменной болезни. В нашей же стране панкреатит, вызванный злоупотреблением алкоголем, — острая медико-социальная проблема. Изложение истории болезни 32-летнего москвича начал заместитель главного врача по медицинской части Городской поликлиники № 23 ДЗМ Константин Моськин:

— Пациент, работающий водителем, наблюдался у нас с 2003 года. С 2003-го по 2006 год он трижды обращался в поликлинику по поводу ОРВИ. В клинических анализах патологий тогда выявлено не было. По поводу хронических заболеваний на диспансерном учете пациент не состоял. Наследственность отягощена, у бабушки — сахарный диабет 2-го типа. Вредная привычка, со слов матери, употребление алкоголя. Аллергологический анамнез не отягощен.

27 апреля 2006 года больной впервые обратился к врачу-эндокринологу с жалобами на увеличение веса на 40 кг за 5 лет (рост 174 см, вес 128 кг, ИМТ — 42 кг/м²). После установления диагноза «алиментарно-конституциональное ожирение 3 степени» больной был направлен на обследование, но рекомендации проигнорировал, на повторный осмотр не явился и по октябрь 2011 года в поликлинику не обращался.

Однако 10 октября 2011 года обратился к эндокринологу с жалобами на жажду, сухость во рту, головную боль, утомляемость. Со слов пациента, в этом месяце при самостоятельном определении уровня глюкозы крови натошак в домашних условиях глюкометром он выявил повышение уровня гликемии до 15,0 ммоль/л. На приеме эндокринологом экспресс-диагностика глюкозы крови подтвердила гликемию 15,0 ммоль/л. Диагноз: «впервые выявленный сахарный диабет (СД) и алиментарно-конституциональное ожирение 3 степени». Основанием для такого диагноза стали жалобы на жажду, сухость слизистых, учащенное мочеиспускание, повышение веса тела на 40 кг (индекс массы тела 42 кг/м²), ожирение по висцеральному типу, гиперкератоз кожи стоп, уровень гликемии 15,0 ммоль/л.

На вопрос Леонида Печатникова, почему в диагнозе не указан тип диабета, главный врач поликлиники ответил так:

— Можно было бы поставить диабет 2-го типа (СД2), клинических данных хватало на подобное заключение, но, прежде чем уточнить предварительный диагноз, то есть «впервые выявленный СД», мы сочли необходимым продолжить обследования. Составили диагностический и лечебный план: исследование уровней глюкозы и гликированного гемоглобина в крови, биохимический анализ крови общетерапевтический, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов грудной клетки и почек. Больному был рекомендован стол № 9 с ограничением жиров и легкоусваиваемых углеводов, дозированные физические нагрузки, изменение образа жизни. Назначена сахароснижающая терапия: глибенкламид 0,0035 г по 1 таблетке 2 раза в день. Он был поставлен на диспансерный учет, внесен в регистр льготных при получении лекарств категорий населения. С пациентом была проведена повторная беседа о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов и изменения образа жизни.

Из проведенных в тот день обследований были установлены: уровень глюкозы крови натошак 15,3 ммоль/л, в общем анализе мочи белок 0,09 г/л, глюкозурия — 20 ммоль/л, ацетонурия отрицательная. Терапия была изменена, назначен комбинированный препарат глюкованс, включающий метформин вдобавок к глибенкламиду, по 2 таблетки 2 раза в день.

— Мы назначили больному явку на повторный прием на 21 октября 2011 года, но он на него не пришел и больше у нас не появлялся, несмотря на неоднократные приглашения по телефону к врачу-эндокринологу, — продолжил Константин Моськин. — При посещении на дому участковой медицинской сестрой мать пациента сообщила, что сын по данному адресу не проживает.

— По вашему рассказу, это был социально проблемный пациент, — заметил Леонид Печатников.

— Сам пациент не сообщил врачу, что злоупотреблял алкоголем. Поэтому лечащий врач и не отразил это в медицинской карте. Но его мать, с которой я встречался дважды, не отрицала, что ее сын страдает алкоголизмом и крайне небрежно относился к терапии, — ответил главврач поликлиники.

Однако через два года — 3 июля 2013 года пациент поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, головокружение, слабость, сухость во рту после употребления алкоголя и жирной пищи. В анамнезе: в 2010 г. лапароскопическое дренирование брюшной полости по поводу панкреонекроза; СД2, ожирение 3 степени, ИМТ 40,5 кг/м², рост 176 см, вес 125 кг.

— А в поликлинике не знали, что еще в 2010 году пациент чуть не умер от панкреонекроза? — уточнил Леонид Печатников.

— Больной не сообщил об этом, и его мать также не знала, — ответил Константин Моськин.

— Но при осмотре больного в поликлинике врач должен был обнаружить следы на коже живота после лапароскопической операции? — поинтересовался Леонид Печатников.

— В медицинской карте больного нет данных об этом, — признал Константин Моськин.

— Их нет потому, и это очевидно, — подчеркнул Леонид Печатников, — что за 2 года, которые больной наблюдался в вашей поликлинике после операции в связи с панкреонекрозом, никто из врачей не раздел его и не осмотрел. И у меня есть сомнения, что это делалось хоть раз за весь 5-летний период, что он состоял у вас на учете. В приведенной вами документации по этому больному указано множество подробностей, в том числе болезни его бабушки, и то, что он был поставлен на диспансерный учет, оформлен как льготный больной и так далее. И в то же время вы пропустили перенесенный панкреонекроз — принципиально важное обстоятельство в его анамнезе, характеризующее состояние его поджелудочной железы, которое в больнице обнаружили уже в приемном отделении. О лечении, проведенном в ГKB № 70, рассказывал заместитель главного врача больницы по хирургической помощи Михаил Зотин.

Обследование в приемном отделении:

- живот вздут, болезненный в эпигастрии, перитонеальной симптоматики нет;
- гемоглобин 184 г/л;
- лейкоциты крови 14.2×10^9 ;
- амилаза крови 1131 ммоль/л;
- СРБ — 780 мг/л;
- билирубин общий 79,5 мкмоль/л;
- ЧД — 22 в 1 мин;
- ЧСС — 110 в мин;
- АД 80/60 мм рт. ст., то есть выраженная гипотония;
- уровень сахара крови — 33,5 ммоль/л.

— А другие биохимические анализы проводились? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Я еще приведу их в моем докладе, — сказал Михаил Зотин. — УЗИ брюшной полости выявило эхографическую картину острого панкреатита, гепатомегалию, диффузные изменения печени. При консультации эндокринологом был поставлен диагноз СД2 в стадии декомпенсации. Назначена дробная инсулинотерапия

по уровню глюкозы по схеме. На основании обследований установлен предварительный диагноз: «острый панкреатит тяжелой степени, СД2 в стадии декомпенсации».

По тяжести состояния больной был сразу госпитализирован в отделение реанимации, где была произведена пункция и катетеризация магистральной вены и назначена терапия: инфузионная в объеме 25–30 мл/кг/сутки, антибактериальная (циплокс, метрогил), антисекреторная (октреотид, квамател) и инсулино-терапия по уровню гликемии по схеме.

Как сообщил Михаил Зотин, вечером 4 июля с целью обезболивания и стимуляции моторики больного была выполнены пункция и катетеризация эпидурального пространства, а также инфузия наропина 0,2% — 8 мл/ч. 8 июля, то есть на 5-е сутки пребывания в больнице, на фоне стабилизации состояния пациент был переведен в хирургическое отделение, где была продолжена консервативная терапия. Ему проводился УЗ-мониторинг в динамике. В частности, УЗИ брюшной полости 9 июля показало эхографическую картину острого деструктивного панкреатита, отек парапанкреатической клетчатки, параколон с обеих сторон, формирование жидкостной полости в параколон слева (8,9 x 4,5 x 6,2 см), застойный желчный пузырь, свободную жидкость в брюшной полости (табл. 1).

Таблица 1. Динамика лабораторных показателей 5–8 июля

Показатель	05.07	06.07	07.07	08.07
Лейкоциты(10 ⁹)	6,7	6,1	6,1	8,6
Гемоглобин (г/л)	119	111	103	101
Тромбоциты (10 ⁹)	122	112	121	110
Общий белок (г/л)	51	53	54,5	51,6
Мочевина (моль/л)	17,5	13,2	11,4	9,8
Креатинин (мкмоль/л)	212	138	108	92
Билирубин (мкмоль/л)	94	100	97	86
Натрий(моль/л)	142	141	135	136
Калий (моль/л)	4,1	3,8	4,3	3,77
Амилаза (ед)	173	64	28,9	19,5

Но, как отметил Михаил Зотин, выполнить КТ было невозможно по техническим причинам, так как масса тела больного составляла 125 кг. С 9 июля у больного отмечается гипертермия. 10 и 18 июля она достигает максимальных значений 38,8 и 39,0 °С. 12 июля проведен консилиум в составе заместителя главного врача больницы по хирургии, заведующего 5-м хирургическим отделением, профессора кафедры факультетской хирургии № 2 МГМСУ им. А.И. Евдокимова и лечащего врача. Учитывая гипертермию, наличие жидкостного образования в сальниковой сумке, желтуху (билирубин общий 199,0 мкмоль/л), было решено выполнить дренирование указанного образования и наложить холецистостому под УЗ-контролем (табл. 2) .

Таблица 2. Динамика лабораторных показателей 12–14 июля

Показатель	12.08	13.08	14.08
Лейкоциты(10 ⁹)	9,3	9,9	9,9
Гемоглобин (г/л)	81	86	83
Тромбоциты (10 ⁹)	248	246	248
Общий белок (г/л)	51	51	51
Мочевина (моль/л)	–	–	3,8
Креатинин (мкмоль/л)	55,7	55	47,5
Билирубин (мкмоль/л)	13,8	15,6	16
Натрий(моль/л)	128	136	138
Калий (моль/л)	3,7	4,2	3,0
Амилаза (ед)	15,7	21,7	–

— Итак, 8 июля вы перевели пациента в удовлетворительном состоянии из отделения реанимации в хирургическое отделение. И вдруг на следующий же день при УЗИ был обнаружен панкреонекроз. Состояние резко ухудшилось. 12 июля консилиум принимает решение об операции. Что послужило причиной такого перелома в его состоянии? Может, вы не заметили, что больной, обрадовавшись, что его перевели из реанимационного отделения, нарушил режим питания, съел жирную острую пищу, принял спиртное? – уточнил Леонид Печатников.

— Такое вряд ли могло случиться, — пояснил Михаил Зотин. — 12 июля, то есть на 9-е сутки его пребывания в больнице, было выполнено под УЗ-контролем дренирование жидкостного образования сальниковой сумки. Получено до 250 мл жидкости бурого цвета. Взят посев на стерильность. Также выполнено дренирование желчного пузыря. Получено до 130 мл застойной густой желчи. В первые двое суток после операции лихорадка снизилась до субфебрильных цифр, уменьшился болевой синдром, улучшились лабораторные показатели. В дальнейшем инфузионно-детоксикационная терапия продолжалась, осуществлялась инсулинотерапия, была изменена антибактериальная терапия. По сообщению Михаила Зотина, 18 июля (15-е сутки в стационаре) у больного при выполнении фистулографии на фоне введения контрастного препарата в дренаж визуализируется желчный пузырь размерами 8 x 3 см; пузырьный и общий желчный проток диаметром до 1,0 см. Печеночный и внутривеночные желчные протоки расширены не были. Визуализировался сброс контраста в 12-перстную кишку.

— При введении контраста в дренаж сальниковой сумки выявляется полость размерами 9,5 x 5,0 см, затеков не определяется, — продолжил специалист. — При посеве из желчного пузыря и сальниковой сумки обнаружены плесневые грибы. В последующем с 18 июля температура повысилась до фебрильных цифр. Изменился характер и увеличилось количество отделяемого из сальниковой сумки и желчного пузыря.

В итоге у пациента был констатирован инфицированный панкреонекроз, и 22 июля был проведен повторный консилиум, на котором принято решение об оперативном лечении.

22 июля в ходе операции выполнены:

- лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцессов сальниковой сумки;
- бурсоментопексия, люмботомия справа;
- дренирование и тампонирование сальниковой сумки;
- дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства;
- вскрыт абсцесс, содержащий до 100,0 мл гноя, небольшое количество секвестров, а также еще одна полость в корне брыжейки ободочной кишки, содержащая до 150,0 мл бурого отделяемого;
- налажена промывная система.

С 22 по 29 июля больному была продолжена терапия в реанимационном отделении.

— Послеоперационный период протекал тяжело, с развитием полиорганной недостаточности, — рассказал Михаил Зотин. — Проводились протезирование функции дыхания, почечнозаместительная терапия в виде вено-венозной гемофильтрации в течение суток. Выполнялась также антибактериальная и инфузионная терапия (25–30 мл/кг/сут), коррекция углеводного обмена.

На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, дыхательная недостаточность была купирована, восстановилась моторика кишечника. 29 июля (на 26 сутки в стационаре) в стабильно тяжелом состоянии больной переведен в хирургическое отделение.

— А никаких других биохимических анализов вы не проводили? — опять уточнил Леонид Печатников. — Ведь, кроме амилазы общей, можно было проверить уровень панкреатической амилазы, липазы, показатели кислотно-щелочного баланса, выполнить ряд других лабораторных тестов. Или вы считаете, что ничего другого при остром панкреатите не надо было оценивать?

— Нами отслеживались и другие параметры, но на представленных слайдах они не отражены, — ответил Михаил Зотин. — На фоне проводимой терапии ряд лабораторных показателей, в том числе уровень амилазы и билирубина, приблизились к нормальным значениям. В отделении реанимации проводились ежедневные перевязки. При холецистостомии получено от 800 до 1000 мл желчи. По дренажам выделялось ежедневно до 850 мл серозно-гнойной жидкости. Температура тела была в пределах субфебрильных цифр.

До 8 августа больному проводилась интенсивная терапия, ежедневные перевязки, промывание дренажей, но, несмотря на интенсивное лечение, сохранялась гипертермия. По дренажам продолжало выделяться гнойное содержимое с секвестрами. При УЗИ брюшной полости 5 августа было выявлено: картина продолжающегося панкреонекроза с выраженным отеком парапанкреатической и забрюшинной клетчатки справа, формирование неомогенного образования в подпеченочном пространстве, жидкость в брюшной полости.

— 6 августа, когда масса тела снизилась до 100 кг, больному была проведена КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, — добавил Михаил Зотин. — Согласно заключению КТ картина изменений может соответствовать течению панкреонекроза в фазе гнойно-септических осложнений. Также были обнаружены послеоперационные изменения брюшной полости,

экстрапанкреатические скопления неоднородного содержимого с газом, отдельные скопления с признаками формирования капсулы, воспалительные изменения верхнего этажа брюшной полости, забрюшинной клетчатки справа, скопления жидкости в паранефральном пространстве справа, гепато- и спленомегалия.

Учитывая данные КТ, сохраняющуюся гипертермию, проведенный 7 августа консилиум констатировал прогрессирование флегмоны и принял решение о расширенной люмботомии справа, санации паранефрального пространства. 8 августа была проведена санация забрюшинной флегмоны. В послеоперационном периоде пациент получал в отделении реанимации ежедневные перевязки, а также инфузионную, антибактериальную, антисекреторную, иммунозаместительную терапию. — Как проводилась антибактериальная терапия? — спросил Леонид Печатников. — Сразу же после госпитализации, по результатам посева материала из брюшной полости и определения чувствительности к антибиотикам, были назначены цефалоспорины 4-го поколения, — уточнил Михаил Зотин. — 12 августа, на 4 сутки после операции, мы обнаружили образование неполного дуоденального свища без признаков перитонита. По дренажам появилось дуоденальное содержимое опять-таки без признаков перитонита. 14 августа пациент был переведен в хирургическое отделение. В тот же день при эзофагогастродуоденоскопии выявлен свищ постбульбарного отдела 12-перстной кишки. Мы установили энтеральный зонд для питания, наладили энтеральное питание. После этого проводили ежедневные санационные перевязки. 19 августа на перевязке отмечено поступление по дренажу слева толстокишечного отделяемого, что свидетельствует о формировании толстокишечного свища. 22 августа отмечена миграция холецистостомического дренажа. Температура вновь поднялась до 39,0 °С.

При КТ обследовании 23 августа обнаружены экстрапанкреатические скопления неоднородного содержимого с газом (абсцессы, скопления гноя), воспалительные изменения клетчатки верхнего этажа брюшной полости, скопления жидкости в паранефральном пространстве правой почки. 24 августа пациенту была выполнена очередная хирургическая санация забрюшинного пространства, лапаротомия, вскрыт абсцесс брыжейки тонкой кишки и брыжейки ободочной кишки, проведена рехолецистостомия, дренирование брюшной полости.

С 24 августа по 02 сентября в отделении реанимации больному проводились:

- инфузионная, обезболивающая, глюкокортикоидная, антибактериальная терапия;
- постоянная поддержка симпатомиметиками в максимальных дозах (после стабилизации состояния больного введение симпатомиметиков было прекращено);
- контроль показателей дыхания и гемодинамики;
- сеансы вено-венозной гемофильтрации.

29 августа больной был экстубирован, а 2 сентября его состояние стабилизировалось.

В постоянно тяжелом состоянии пациент был переведен в хирургическое отделение, где была продолжена консервативная терапия и ежедневные перевязки. 4 сентября при мультidetекторной спиральной КТ обнаружено, что деструктивные изменения забрюшинной клетчатки сохраняются. У больного появились слезотечение, гнойное отделяемое из правого глаза. Пациент был осмотрен офтальмологом, обнаружен острый конъюнктивит справа, после чего была произведена коррекция терапии (табл. 3).

Таблица 3. Динамика лабораторных показателей 30 августа — 2 сентября

Показатель	30.08	31.08	01.09	02.09
Лейкоциты(10 ⁹)	5,9	6,2	4,4	8,0
Гемоглобин (г/л)	80	78	801	84
Тромбоциты (10 ⁹)	160	146	128	142
Общий белок (г/л)	46	43	–	47
Мочевина (моль/л)	9,8	9,5	–	10,7
Креатинин (мкмоль/л)	55	52	–	50.1
Билирубин (мкмоль/л)	17	12,1	–	9,1
Натрий(моль/л)	138	139	131	138,5
Калий (моль/л)	4,5	4,4	5,1	3,8
Амилаза (ед)	–	–	–	48
АЧТВ	–	–	–	25,5

6 сентября (на 6-е сутки после последней операции) после того, как у пациента вновь была отмечена отрицательная динамика (АД снизилось до 70/40 мм рт. ст.), он переведен в отделение реанимации. Несмотря на продолжение интенсивной терапии, его состояние оставалось крайне тяжелым. 16 сентября на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности наступила остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия оказались неэффективны, констатирована биологическая смерть.

Клинический диагноз основной: «тотальный инфицированный панкреонекроз».

Фоновые заболевания: сахарный диабет 2-го типа средней степени тяжести, декомпенсация.

Осложнения: забрюшинная флегмона. Неполные наружные дуоденальный и толстокишечный свищи. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: ожирение 3 степени.

Патологоанатомический диагноз основной: «распространенный геморрагический панкреонекроз».

Осложнения: отек головного мозга и мягкой мозговой оболочки. Интерстициальный отек легких. Флегмона забрюшинного пространства. Дуоденальный свищ. Толстокишечный свищ. Неравномерное кровенаполнение внутренних органов. Эластичные смешанные свертки в просвете полостей сердца и крупных сосудов.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты, сонных артерий, венечных, подвздошных. Хронический бронхит. Жировая дистрофия печени. Множественные спайки брюшной полости.

Как рассказал Михаил Зотин, было проведено судебное разбирательство с привлечением независимого судебно-медицинского эксперта, проверка страховой компанией РОСНО и со стороны МГФОМС. Согласно заключению проверок, допущенные дефекты при лечении пациента не стали причиной его смерти.

- А какие были выявлены дефекты? — спросил Леонид Печатников.
- Практически никаких, по мнению страховой компании, — ответил Михаил Зотин.
- Сколько больных с панкреонекрозом прошло через ваше хирургическое отделение в 2014 году? Какая была летальность? — попросил уточнить руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.
- Всего 29 пациентов, — ответил Михаил Зотин, — летальность среди оперированных больных была около 30%, а среди неоперированных — 2,4%. Но последняя цифра относится ко всем случаям острого первичного панкреатита, а не только к панкреонекрозам.
- Судя по вашим словам, у вас совсем небольшой опыт лечения таких больных. Вы хоть раз приглашали к себе главных специалистов, в том числе хирурга или реаниматолога, по вопросам лечения панкреонекроза? — спросил Алексей Хрипун.
- Нет, не приглашали, — ответил Михаил Зотин.

О результатах патологоанатомического исследования рассказал заведующий патологоанатомическим отделением ГKB № 70 Александр Каниболоцкий. В первой части своего выступления он описал обнаруженные при исследовании трупа больного изменения в различных органах и сформулировал патолого-анатомические диагнозы. Но затем выступающий пояснил, что с его докладом при подготовке к конференции познакомились члены прозекторской комиссии профессора Галина Титова и Ирина Галанкина, которые внесли ряд дополнений.

Диагноз основного заболевания: «распространенный крупноочаговый геморрагический панкреонекроз с субтотальным поражением головки и тела железы».

Осложнения: некроз и нагноение забрюшинной клетчатки, сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки и паранефральной клетчатки справа, клетчатки левого латерального канала; внутренние дуоденальный и толстокишечный свищи; неравномерное кровенаполнение и дистрофические изменения миокарда, печени и почек; острый респираторный дистресс-синдром; эластичные смешанные свертки в просвете полостей сердца и крупных сосудов; отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз — сонных артерий (липоидоз), венечных артерий (липоидоз), аорты и подвздошных артерий (липоидоз); хронический бронхит без признаков обострения; множественные спайки в брюшной полости.

Клинико-патологоанатомический эпикриз

Основное заболевание — распространенный крупноочаговый геморрагический панкреонекроз с субтотальным поражением головки и тела железы, в стадии гнойных осложнений. Смертельное осложнение (непосредственная причина смерти) — полиорганная недостаточность в исходе выраженной длительной гнойной интоксикации. Установлено совпадение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию и осложнениям.

Главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы Михаил Анциферов в своем выступлении разобрал оказание медицинской помощи больному в части лечения сахарного диабета. Как уточнил докладчик, согласно принятой в развитых странах и РФ классификации ВОЗ, существуют 4 типа СД. Сахарный диабет 1-го типа характеризуется деструкцией клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности. СД2 протекает с преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или с преимущественным нарушением секреции инсулина, инсулинорезистентностью или без нее. Третий тип СД называется гестационным

диабетом и возникает во время беременности. Четвертый же тип СД объединяет так называемые другие специфические типы заболевания, составляющие в целом, причем вместе с гестационным диабетом, около 2% всех случаев СД. К этой группе и относится диабет, вызванный заболеваниями экзокринной части поджелудочной железы. Панкреатит является самой распространенной причиной СД указанного типа. Реже патогенетическими факторами становятся травмы, опухоли, муковисцидоз, гемохроматоз.

— Я считаю, — сказал Михаил Анциферов, — что в ГКБ № 70 был очень тщательно собран анамнез больного именно с его слов. Он сообщил, что в 2010 году проходил стационарное лечение в одной из больниц Москвы с диагнозом «панкреонекроз», и, что очень важно, именно там после хирургического лечения, объем которого больной не помнил, у него и развился СД. Абсолютно верно была назначена инсулинотерапия, от проведения которой пациент отказался. Затем он нерегулярно принимал пероральные сахароснижающие препараты манинил и глюкофаж, что не соответствует патогенетической терапии заболевания в той форме, которой страдал больной. В клиническом диагнозе, поставленном пациенту в больнице, было указано фоновое заболевание: «СД2 средней тяжести, декомпенсированный». Но правильнее был бы другой диагноз: «диабет, обусловленный заболеванием экзокринной части поджелудочной железы», то есть хроническим панкреатитом. А по старой терминологии — вторичный, панкреатогенный СД.

По поводу лечения в Городской поликлинике № 23 Михаил Анциферов высказался следующим образом:

— Вновь выявленный диабет, как это было сформулировано в качестве диагноза в поликлинике, — это, конечно, не диагноз. Это временная категория, требующая дальнейшей верификации. В этой поликлинике больному был назначен самый мощный сахароснижающий препарат, но он не оказал никакого влияния, что не случилось бы, если бы пациент действительно страдал СД 2. Тогда лечащий врач добавил метформин, хотя он противопоказан при злоупотреблении алкоголем. Однако вспомним, что за время лечения в этой поликлинике больной умалчивал о своих злоупотреблениях спиртным. Хочется верить, что лечащий эндокринолог смог бы разобраться в ситуации и назначить правильное лечение, если бы больной не исчез из амбулаторного ведения.

После чего специалист снова вернулся к лечению диабета в ГКБ № 70:

— В больнице пациент провел 74 дня, и почти половину из них в реанимации. В этом отделении, где у больного кроме тяжелой гипергликемии был выявлен и лактацидоз, сразу началось внутривенное введение инсулина, в том числе и с помощью капельницы, а дополнительно — и подкожное. Затем в хирургическом отделении больной получал подкожные введения простого инсулина, а если сахар повышался — то и добавочные введения инсулина короткого действия. Коррекция инсулинотерапии проводилась регулярно под контролем гликемии. Сахар крови удалось снизить, он поддерживался в пределах 8–18 ммоль/л без зарегистрированных эпизодов гипогликемии, что значительно ухудшило бы состояние пациента. Эта схема представляется мне приемлемой, хотя и возникает вопрос: стоило ли дожидаться новых и новых «скачков» уровня гликемии, если можно было бы наладить постоянную внутривенную инфузию инсулина с помощью инфузомата, тем более что такое устройство в больнице было?

В заключение специалист обратил внимание, что в патологоанатомическом диагнозе СД не фигурирует, поскольку специфических изменений, свойственных этой болезни, не было отмечено.

— Это еще раз доказывает, что пациент страдал СД не более 3–4 лет, и это был не диабет 2-го типа, который протекает значительно дольше и обязательно оставляет следы в виде органических поражений, — отметил Михаил Анциферов.

По его мнению, существенных дефектов в оказании специализированной медицинской помощи пациенту не было, и СД явился отягощающим фактором течения основного заболевания, но не послужил непосредственной причиной летального исхода. На уточняющий вопрос Алексея Хрипуна о том, была ли корректной инсулинотерапия на стадии гнойных панкреатогенных осложнений, эксперт ответил:

— Вопрос непростой. Вспомним, что шла борьба с крайне высоким сахаром, и она протекала очень трудно, учитывая тяжесть протекания гнойных осложнений. Думаю, что более приемлемыми были бы значения гликемии не до 18, а до 12–14 ммоль/л. Однако и то, чего удалось достичь, я считаю неплохим результатом.

Качество хирургического лечения больного оценил главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы Алексей Шабунин:

— В структуре основных нозологических форм хирургических стационаров нашего города больные острым панкреатитом занимают второе место после больных острым аппендицитом. Соответственно, мы говорим о цифрах 25 и 29%.

Но по темпам роста заболеваемости острый панкреатит в 2005–2013 годах опережал другие неотложные патологии органов брюшной полости. Среди всех больных этим заболеванием пациенты с его деструктивными формами составляют в среднем 20–25%. По данным мировой статистики, частота инфицированных форм среди больных панкреонекрозом варьирует в пределах 25–80%, а летальность в таких ситуациях достигает — привожу уже российские данные — 62%. Количество больных острым панкреатитом, пролеченных в хирургических стационарах Москвы в течение 2011–2013 годов, составляло 12,4, 12,6 и 13,5 тысяч соответственно. За эти же годы операционная летальность выросла с 13,5 до 15,4%, а общая и неоперационная летальность практически не изменились, снизившись с 2,4 до 1,1%.

Алексей Шабунин обратил внимание на рекомендации по лечению ОП, принятые двумя наиболее авторитетными организациями врачей, специализирующимися на лечении заболеваний поджелудочной железы, а именно Американской и Всемирной ассоциациями панкреатологов (APA/IAP).

Их основные положения таковы:

— диагноз ОП и тяжесть клинического течения должны быть установлены в течение первых 24 часов с момента госпитализации больного;

— выбор способа лечения определяется формой ОП, фазой течения заболевания, наличием осложнений;

— больные с легкой формой ОП не требуют хирургического лечения и могут быть госпитализированы в общехирургическое отделение, а при ОП тяжелого течения нужна комплексная интенсивная терапия с постоянным мониторингом клинико-лабораторных показателей в условиях отделения реанимации;

— необходимо строгое выполнение динамических УЗИ и, что особенно важно, КТ с в/в болюсным контрастированием, с регулярностью 7–10 суток и с целью раннего выявления очагов некроза в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, а также скоплений жидкости;

— при выявлении таких скоплений диаметром более 4 см необходима тонкоигольная аспирация или чрескожное дренирование под УЗ- или КТ-контролем с последующим бактериологическим анализом аспирата;



В СТРУКТУРЕ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ НАШЕГО ГОРОДА БОЛЬНЫЕ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗАНИМАЮТ ВТОРОЕ МЕСТО ПОСЛЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ.

Алексей Шабунин

— при выявлении инфекции в очагах некроза или в экссудате необходима адекватная хирургическая санация.

— И несколько слов о свищах ЖКТ, которые образовались у больного, как распространенных осложнениях панкреонекроза, — продолжил Алексей Шабунин. — Наиболее часто (до 40% случаев) они располагаются в ободочной кишке и встречаются у 5–16% таких больных. После открытых вмешательств по поводу гнойных осложнений панкреонекроза кишечные свищи обнаруживаются примерно у 9–32% больных, после чрескожного пункционного дренирования — у 2–16%.

Оценивая качество хирургического лечения больного, Алексей Шабунин сказал следующее: — Пациент находился на лечении с клиникой деструктивного осложненного панкреонекроза на фоне хронического рецидивирующего панкреатита. Клинический и патологоанатомический диагнозы совпали. В лечении больного выявлены следующие недостатки. При поступлении у него не был установлен диагноз панкреатогенного шока. В течение месяца лечения больного с острым деструктивным панкреатитом не была использована КТ с болюсным контрастированием. А с 6 по 11 июля инструментальный мониторинг патологических изменений не проводился и с помощью УЗИ. Первую КТ надо было выполнить на 2–3 сутки нахождения больного в стационаре и затем повторять каждые 7–10 дней. Если бы был выбран такой режим мониторинга, то диагноз панкреонекроза с гнойными осложнениями был бы поставлен раньше. Тогда стало бы понятно, что больного не надо было переводить несколько раз из реанимационного в хирургическое отделение и обратно. Тот довод, что пациент весил 125 кг, а потому нельзя было выполнить КТ, не убедителен. В большинстве московских больниц стоят современные томографы, позволяющие обследовать и тучных пациентов.

Он также отметил, что хирургические операции — секвестрэктомии, дренирование флегмоны и абсцессов забрюшинного пространства выполнялись качественно, но не в «программированном» режиме, а «по требованию».

— Указанные недостатки послужили причиной недооценки тяжести состояния больного и усугубления патологических изменений в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. Но недостатки, о которых я рассказал, нельзя считать причиной летального исхода. Он был предопределен субтотальным поражением поджелудочной железы и распространенными воспалительно-инфильтративными и гнойно-деструктивными изменениями забрюшинной клетчатки и парапанкреатитом, — заключил докладчик.

— Алексей Васильевич, у нас в Москве 35 крупных больничных комплексов. Понятно ли, в каких из них могут, а где — нет, лечить больных с панкреонекрозом качественно? И будем ли мы идти по пути маршрутизации или подтягивать все больницы к уровню, достаточному для успешного лечения таких больных? — спросил Алексей Хрипун.

— Да, такое понимание у нас есть, и мне кажется правильным на первом этапе обеспечить доставку таких больных в стационары с наибольшим опытом лечения панкреонекрозов, а затем подтягивать и остальные больницы, — ответил Алексей Шабунин.

Главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы Денис Проценко начал свое выступление с того, что обратил внимание коллег на то, что пациент перенес не просто панкреатогенный инфекционно-токсический шок, который к тому же не был уточнен в истории болезни как самостоятельное осложнение, но налицо были тяжелейшие нарушения гемодинамики и гемостаза, а также был констатирован «запредельный» лактат-ацидоз (гликемия превышала 30 ммоль/л).

— В этой ситуации золотым стандартом лечения сегодня является программное введение инсулина дозатором под контролем гликемии, что и было выполнено в ГКБ № 70, — продолжил специалист. — Но, к сожалению, при лечении больного в стационаре не проводился мониторинг внутрибрюшного давления. А ведь это достаточно простая технология, не требующая больших затрат и специального обеспечения клиники, но при этом являющаяся достоверным

маркером качества интенсивной терапии, сигналом для перевода больного в отделение реанимации. Я делаю акцент на этом потому, что накоплено достаточно данных, демонстрирующих, что степень интраабдоминальной гипертензии отражает проявления полиорганной недостаточности, которые и послужили непосредственной причиной смерти пациента.

По мнению Дениса Проценко, основные направления ведения больного в отделении интенсивной терапии ГКБ № 70 соответствовали современной практике, в частности использовались экстракорпоральные методы детоксикации, которые помогли стабилизировать состояние пациента.

— О визуализации повреждений с помощью КТ-технологий и о недостатках в этой части диагностической работы уже сказал Алексей Шабунин, поэтому перейду к заключению, — резюмировал эксперт. — Медицинская помощь пациенту в условиях ГКБ № 70 была оказана в соответствии с медико-экономическими стандартами. Диагнозы клинический и патологоанатомический совпали. Выявленные недостатки нельзя считать основной причиной летального исхода, определенного той полиорганной недостаточностью, которая развернулась в силу объемного поражения поджелудочной железы с присоединением септических осложнений и шока.

— А как бы вы оценили адекватность антибактериальной терапии? — попросил уточнить Леонид Печатников. — Ведь пациент, по сути дела, умер от септических осложнений. Значит, очень важно оценить антибактериальную терапию во всех ее деталях. Правильно ли проводился мониторинг кислотно-щелочного состояния и коррекция ацидоза?

— Антимикробная терапия существенных нареканий не вызывает, — ответил Денис Проценко. — Сразу при поступлении пациента в отделение реанимации была проведена стратификация риска инфицирования проблемными резистентными штаммами. С учетом выявленного наибольшего риска стартовая терапия включала в себя комбинацию цефепима и метронидазола. В дальнейшем микробиологический мониторинг продолжался непрерывно. В частности, длительное применение катетеров приводило к тому, что в посевах появился метициллин-резистентный золотистый стафилококк. Тогда применили даптомицин, антибиотик из группы циклических липопептидов. Мониторинг кислотно-основного состояния также проводился постоянно, его результаты интерпретировались правильно, коррекция ацидоза и лактоацидоза была адекватной регистрируемым показателям. Тема отдельной дискуссии — гиперкатаболизм пациента с очень быстрой потерей веса в 25 кг в первые 10 дней пребывания в стационаре. Я нашел в истории болезни проведенный дважды расчет азотистого баланса. Принципиальных замечаний по нему нет, хотя при таком гиперкатаболизме мониторинг потери белка должен быть более тщательным.

Рецензию на патологоанатомическое исследование больного представил в своем выступлении главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы Олег Орехов. Он напомнил, что основу клинико-морфологической классификации острого панкреатита составляют внутрибрюшные и системные осложнения с учетом распространенности некротического поражения поджелудочной железы и различных отделов забрюшинной клетчатки, фазового развития воспалительно-некротического процесса от абактериального к инфицированному.

Основные формы острого панкреатита:

- отечный (интерстициальный) панкреатит;
- стерильный панкреонекроз;
- по распространенности поражения: ограниченный и распространенный;
- по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
- инфицированный панкреонекроз.

Олег Орехов подчеркнул, что больной страдал именно последней формой — инфицированным панкреонекрозом.

— В доинфекционную фазу местными осложнениями острого панкреатита являются парапанкреатический инфильтрат, некротическая (асептическая) флегмона забрюшинной клетчатки, абактериальный перитонит, псевдокиста или аррозивные кровотечения. Однако у больного проявились главным образом осложнения в фазу инфицирования, — продолжил Олег Орехов. — Причем четыре наиболее опасные из всех возможных разновидностей, а именно: септическая флегмона забрюшинной клетчатки парапанкреальной, паранефральной и тазовой, панкреатогенный абсцесс забрюшинных клетчаточных пространств, фибринозно-гнойный перитонит, внутренние и наружные панкреатические, желудочные и кишечные свищи.

Главными же системными осложнениями инфицированного панкреонекроза в данном случае, по мнению специалиста, стали инфекционно-токсический шок и полиорганная недостаточность. При этом известно, что, несмотря на современное лечение, летальность при деструктивных формах панкреонекроза достигает 40–70%. Ведущим этиологическим фактором в 25–30% случаев является желчнокаменная болезнь и примерно в 70% случаев — хроническое употребление алкоголя.

— Я считаю, что анамнез у этого больного был собран, и особенно в поликлинике, недостаточно тщательно, — подытожил Олег Орехов. — И это относится не только к перенесенному им панкреонекрозу, который там проигнорировали, но и к алкоголизму, которым безусловно страдал больной. Вспомним о результатах вскрытия: крупная печень с массивным жировым гепатозом, что явно свидетельствует в пользу алкоголизма.

Мы должны помнить о высокой медицинской значимости проблемы алкоголизма в нашей стране. Потому я убежден, что анамнез этого заболевания, несмотря на все помехи со стороны больного, должен собираться отдельно и как следует, а затем анализироваться в связи с развитием основного заболевания, в рассматриваемом нами случае — панкреатита и сахарного диабета.

Итог обсуждению подвели Алексей Хрипун и Леонид Печатников.

— Мы выбрали сегодня, — начал руководитель департамента, — очень интересный и полезный для обсуждения случай, на примере, которого увидели, как поставлена хирургическая служба в 70-й больнице, одном из наших крупных больничных комплексов. Думаю, что панкреонекроз является «лакмусовой бумажкой», по которой можно судить о том, насколько тактически и организационно все состоятельно в том или ином многопрофильном медицинском учреждении. К тому же нам открылась возможность оценить и основные черты организации хирургической помощи в остальных 35 больничных комплексах города. Из

того, что я услышал, можно сделать вывод, что не все безоблачно в ГКБ № 70. По-моему, являются грубыми хирургические ошибки, которые мы обсуждали. Пример — не диагностирован, а значит, и не лечился правильно с самого начала инфекционно-токсический шок. В крупной многопрофильной больнице такого допускать не должны! Материал для анализа у нас теперь есть, будем делать выводы. Сегодня речь шла о многочисленной, крайне тяжелой и дорогостоящей категории больных. Поэтому, обращаясь к Алексею Шабунину, подчеркну: нам необходимо срочно решить, в каких больницах мы лечим больных с этой патологией и на каком этапе развития заболевания. Согласитесь, что перевести немногочисленных пациентов с такой патологией из 70-й больницы, если там хирурги не готовы ими заниматься, в другую клинику — решаемая проблема.



НЕ ДИАГНОСТИРОВАН, А ЗНАЧИТ, И НЕ ЛЕЧИЛСЯ ПРАВИЛЬНО С САМОГО НАЧАЛА ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК. В КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ ТАКОГО ДОПУСКАТЬ НЕ ДОЛЖНЫ! МАТЕРИАЛ ДЛЯ АНАЛИЗА У НАС ТЕПЕРЬ ЕСТЬ, БУДЕМ ДЕЛАТЬ ВЫВОДЫ.

Алексей Хрипун

В свою очередь Леонид Печатников отметил:

— Сегодня мы рассмотрели обстоятельства смерти 30-летнего человека в крупном многопрофильном стационаре Москвы. Может быть, и верно то, что при таком поражении поджелудочной железы выжить ему было непросто. Но мы услышали и о целом ряде ошибок в лечении, на которые должны обратить серьезное внимание. Прежде всего, прошу главного врача ГП № 23 собрать своих докторов и объяснить им, что хотя бы один раз каждого больного надо раздеть и провести физикальное обследование, которое, несмотря на все наши диагностические устройства и анализы, ничуть не утратило своей значимости как базовый метод, позволяющий определиться с предполагаемым заболеванием. Просто трагичным выглядит то, что в поликлинике не знали, что больной, который 6 лет находился там на диспансерном наблюдении, имел в анамнезе панкреонекроз, по поводу которого имели место хирургические вмешательства. Все потом имело бы несколько иную трактовку, если бы в поликлинике владели такой информацией. В том



ПРОСТО ТРАГИЧНЫМ ВЫГЛЯДИТ ТО, ЧТО В ПОЛИКЛИНИКЕ НЕ ЗНАЛИ, ЧТО БОЛЬНОЙ, КОТОРЫЙ 6 ЛЕТ НАХОДИЛСЯ ТАМ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, ИМЕЛ В АНАМНЕЗЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ПО ПОВОДУ КОТОРОГО ИМЕЛИ МЕСТО ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА. ВСЕ ПОТОМ ИМЕЛО БЫ НЕСКОЛЬКО ИНУЮ ТРАКТОВКУ.

Леонид Печатников

числе это относится и к лечению диабета у этого пациента. Поджелудочная железа — нежнейший орган, и если там уже однажды был панкреонекроз, значит, должна развиваться либо киста, либо фиброз. То есть орган поражен, а значит, должен встать вопрос инсулинотерапии, которой проведено не было. То, что в поликлинике проморгали хирургическое вмешательство и перенесенный панкреонекроз, явный дефект в работе. Теперь несколько слов о пребывании пациента в ГКБ № 70. Главный реаниматолог убедил нас, что консервативная часть лечения была адекватной, за исключением, конечно, замечаний по лечению диабета. Тут замечу только, что в медучреждении есть инфузomat, а значит, были возможности для более эффективной инсулинотерапии. Но главная претензия к хирургам. Хирурги в ГКБ № 70 раз за разом продолжали оперировать больного вслепую. Зачем было выполнено столько лапаротомий? При этом каждый раз больного «недосанировали», потому что не представляли себе, где гной, где свищ, где гнойник. И почему за месяц нельзя было сделать ему компьютерную томографию с контрастированием, притом, что есть

томограф в стационаре? На той стадии оснащенности, на которой находятся многопрофильные стационары Москвы, нельзя продолжать лечить и оперировать по старинке, бесконтрольно! Поддерживая руководителя департамента, скажу, что в любой из клиник, подобных ГКБ № 70, хирурги и реаниматологи сегодня должны успешно лечить панкреонекроз, а если еще возникают проблемы, значит, пока мы их не решим, надо где-то группировать этих больных. И не только с панкреонекрозом. Возможно, маршрутизация пока необходима и для части других больных, где необходимы сложные хирургические вмешательства. Закончу на той же теме, с которой начал конференцию. Западноевропейские доктора, с которыми я не раз обсуждал эту проблему, не понимают, откуда в России такое количество первичных панкреатитов, не связанных с желчнокаменной болезнью, потому что панкреатиты этих пациентов — это, как правило, ее осложнения. А у нас, где алкоголизация населения несопоставима даже с Францией, например, где уровень потребления алкоголя очень высокий, совсем другая ситуация. И поэтому мы должны принять и примем самые решительные меры для того, чтобы в лечении таких больных не было дефектов, о которых мы услышали.

РЕКОРДНАЯ СУММА

В ноябре прошлого года Судебная коллегия по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда вынесла решение оставить без изменений определение Приморского районного суда Санкт-Петербурга от 20 июня 2014 года, согласно которому иск жительницы Санкт-Петербурга к ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» был удовлетворен. Примечательна в этом решении беспрецедентная сумма компенсации — 15 миллионов рублей.



Татьяна КУРНОСОВА,
директор по правовым
и кадровым
вопросам GEMC

По мнению истца

Гражданка Р. обратилась в суд с иском, в котором просила взыскать с ответчика расходы на лечение своего ребенка, свое лечение, компенсацию утраченного заработка за период пребывания в клинике, расходы, необходимые для проведения коррекции рубца правой подвздошной области, а также расходы на погребение ребенка и компенсацию морального вреда.

В обоснование заявленных требований истец указала, что в ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский

государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» ее привезли в ночь на 14 сентября 2010 года. Воды отошли, но родовая деятельность отсутствовала. Четких схваток женщина не чувствовала, зато боль была постоянной. Врачами больницы было решено предоставить ей медикаментозный сон-отдых. Утром была начата стимуляция родовой деятельности. Через два дня ребенок не продвигался. Лечащим врачом было принято решение о проведении операции методом вакуум-экстракции — извлечь плод через естественные родовые пути специальным аппаратом. Началось сильное кровотечение, произошел разрыв матки. Гражданку Р. отправили в операционную на кесарево сечение. Ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии с едва бьющимся сердцем. Диагноз «судорожный синдром, органическое поражение головного мозга». Ребенок родился живым лишь формально, т.к. он не мог самостоятельно двигаться, держать голову и

глотать из-за грубой задержки психомоторного развития, постоянно требовались отсасывание мокроты и слюны, и дополнительно — кислород для дыхания. 18 июня 2012 года ребенок впал в кому, а в октябре 2012 года умер. Необходимо обратить внимание на то, что беременность в целом протекала без осложнений, гражданка Р. регулярно посещала врача в консультации, все анализы во время беременности были в норме, плод, согласно записям диспансерной книжки беременной женщины, развивался нормально, не было отмечено никаких патологий.

По мнению истца, врачами неверно была выбрана тактика родовспоможения, что повлекло за собой рождение ребенка в состоянии тяжелой асфиксии, его последующее состояние и смерть. Помимо этого, сама гражданка Р. после родов перенесла несколько операций, и ей потребовался длительный период восстановления здоровья. В частности, после операции кесарева сечения у роженицы появились тянущие боли в правой поясничной области, и когда ей провели исследование, выявили, что при ушивании разрывов матки врачи случайно пришили мочеточник. Объясняя характер причиненных физических и нравственных страданий, гражданка Р. указала, что, будучи сама в тяжелом физическом состоянии и не имея никаких надежд, что состояние ребенка изменится, в течение двух лет жила только тем, что ухаживала за ним, фактически не выходя из депрессивного состояния. Сама же молодая мама столкнулась с тем, что проведенные исследования показали наличие многочисленных спаек, уплотнение в кишечнике, поэтому ей не рекомендовано впредь самой рожать ребенка.

Экспертизой подтверждается

Несмотря на то, что страдания, которые пережила мать, по сути, цены не имеют, а потеря ребенка и вовсе невозможна, решением Приморского районного суда Санкт-Петербурга иски требования гражданки Р. были удовлетворены частично. С ответчика в пользу истца взысканы расходы, вызванные повреждением здоровья, расходы на погребение и экспертизу и компенсация морального вреда в

общей сумме 15 млн. рублей. Но в апелляционной жалобе представитель ответчика просит это решение отменить, ссылаясь на неправильное установление судом обстоятельств, имеющих значение для рассмотрения спора, и нарушение норм материального и процессуального права. Впрочем, проверив материалы дела, обсудив доводы жалобы, выслушав объяснения лиц, участвующих в деле, заключение прокурора, судебная коллегия по гражданским делам городского суда Санкт-Петербурга приходит к выводу об обоснованности вынесенного решения



**ПРИ ВЕДЕНИИ ПОДОБНОГО РОДА РАЗБИРАТЕЛЬСТВ
ИСТЦЫ СТАЛКИВАЮТСЯ, ВО-ПЕРВЫХ, СО СЛОЖНОСТЯМИ
ПРИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ,
А ВО-ВТОРЫХ, ПРИ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА
СУДЫ ОБЫЧНО СНИЖАЮТ ЗАЯВЛЕННУЮ ИСТЦАМИ
СУММУ ВО МНОГО РАЗ.**

судом первой инстанции. В своем определении судебная коллегия основывалась на представленном гражданкой Р. экспертном заключении, согласно которому для оценки динамики родовой деятельности и решения вопроса о ее эффективности не было проведено инструментальных методов исследования, предусмотренных стандартом оказания медицинской помощи.

Попытка проведения операции методом вакуум-экстракции не была оправдана, поскольку данная операция привела к тяжелым последствиям как для плода, так и для роженицы, и потребовала проведения операции кесарева сечения. На фоне лечения и после массивной длительной антибактериальной терапии пациентке не были назначены или рекомендованы пробиотики, что увеличило риск развития дисбактериоза и микотических поражений. Социальная значимость наступивших последствий вызывает необходимость оценки ненадлежащего качества медицинской помощи VI класса. Состояние роженицы и плода в начале второго периода родов требовало срочного родоразрешения операцией кесарева сечения, а попытка проведения операции методом вакуум-экстракции привела к усугублению интранатального страдания плода.

Данные выводы подтверждаются и заключением по факту проверки на обращения гражданки Р., проведенной Управлением Роспотребнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, а также заключением экспертизы, проведенной комиссией экспертов Российского центра судебно-медицинской экспертизы. Экспертизой, в частности, установлено,



При определении размера компенсации морального вреда суду с учетом требований разумности и справедливости следует исходить из степени нравственных или физических страданий лица, которому причинен вред, степени вины нарушителя и иных заслуживающих внимания обстоятельств каждого дела

что в ходе ведения беременности и родоразрешения были допущены дефекты в оказании ей медицинской помощи, приведшие к необратимым для роженицы и плода последствиям. Таким образом, была установлена прямая причинно-следственная связь между действиями или бездействием медицинских работников и причиненным тяжким вредом здоровью пациентки. Также комиссия пришла к выводу, что между рождением ребенка в состоянии, указанном выше, и проведением врачами операций методом вакуум-экстракции и кесаревым сечением имеется прямая причинная связь. Тактика, выбранная врачами для непосредственного родоразрешения (окончания периода родов), была выбрана неверно, что и привело к развитию необратимых процессов в состоянии здоровья новорожденного и в конечном итоге к его смерти. При этом эксперты не установили наличие у ребенка инфекции и не выявили никаких нарушений в тактике ведения беременности гражданки Р.

Оценив по правилам статьи 67 Гражданского процессуального кодекса РФ доказательств, суд первой инстанции обоснованно пришел к выводу о том, что собранные по делу доказательства подтверждают факт причинения физических страданий истцу и ее ребенку, а также нравственных страданий молодой матери, что является основанием для взыскания

компенсации морального вреда. Причем в соответствии с пунктом 1 статьи 151 Гражданского кодекса РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда. Что и было сделано.

Сумма прецедента не имеет

Важно отметить, что по заявленной и присужденной сумме дело прецедента не имеет. В общем случае, согласно пункту 2 статьи 151 ГК РФ, при определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред. Так, в соответствии с пунктом 32 Постановления пленума Верховного суда Российской Федерации от 26.01.2010 года № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни

или здоровью гражданина» при определении размера компенсации морального вреда суду с учетом требований разумности и справедливости следует исходить из степени нравственных или физических страданий, связанных с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред, степени вины нарушителя и иных заслуживающих внимания обстоятельств каждого дела. Но при ведении подобного рода разбирательств истцы сталкиваются, во-первых, со сложностями при доказательстве врачебной ошибки, а во-вторых, при компенсации морального вреда суды обычно снижают заявленную истцами сумму во много раз.

Тем не менее аналогичные иски подаются регулярно. И удовлетворяются. Например, в 2008 году сумма в размере 3,5 млн рублей была присуждена пациенту за заражение СПИДом во время переливания крови, в июле 2010-го городской суд г. Санкт-Петербурга взыскал с СПб ГУЗ «Родильный дом № 18» 4 миллиона рублей за ошибки при оказании медицинской помощи матери и ее дочери, а в декабре 2012 года суд обязал Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. Снегирева В.Ф.» выплатить 5 миллионов рублей супругам за неправильную медицинскую помощь, в результате которой их ребенок остался инвалидом. И в данном случае решение Приморского районного суда г. Санкт-Петербурга создало судебный прецедент, который так или иначе будет использоваться судами разного уровня в будущем, и помимо размера присужденной к взысканию суммы будут обращать внимание и на факт наложения взыскания именно на государственное лечебное учреждение.

Решением суда

Решение по данному делу Приморского районного суда г. Санкт-Петербурга и определение городского суда г. Санкт-Петербурга было основано на следующих фактах.

1. Выводы судебно-медицинской экспертизы.

В соответствии с положениями статьи 79 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации при возникновении в процессе рассмотрения дела вопросов, требующих специальных знаний в различных областях науки, техники, искусства, ремесла, суд назначает экспертизу. Проведение экспертизы может быть поручено судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам. Согласно статьи 86 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации,

заключение эксперта должно содержать подробное описание проведенного исследования, сделанные в результате его выводы и ответы на поставленные судом вопросы. Заключение эксперта для суда необязательно и оценивается судом по правилам, установленным в статье 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации. Несогласие суда с заключением должно быть мотивировано в решении или определении суда. По смыслу положений статьи 86 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации экспертное заключение является одним из самых важных видов доказательств по делу, поскольку оно отличается использованием специальных познаний и научными методами исследования, тем не менее суд при наличии в материалах рассматриваемого дела заключения эксперта не может пренебрегать иными добытыми по делу доказательствами, в связи с чем законодателем в статье 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации закреплено правило о том, что ни одно доказательство не имеет для суда заранее установленной силы, а в положениях части 3 статьи 86 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации отмечено, что заключение эксперта для суда необязательно и оценивается наряду с другими доказательствами. Суд в данном случае не усмотрел оснований ставить под сомнение достоверность заключения экспертизы, представленной истцом в обоснование заявленных требований, а также заключения судебной экспертизы, поскольку они проведены компетентными экспертами, имеющими значительный стаж работы. Рассматриваемые экспертизы проведены в соответствии с требованиями Федерального закона от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

2. Наличие дефектов оказания медицинской помощи г-ке Р. медицинскими работниками ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова».

Факт наличия дефектов подтвержден заключением судебно-медицинской экспертизы и заключением проверки Управления Роспотребнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области на обращение г-ки Р.

3. Наличие причинно-следственной связи между действиями врачей ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» и последствиями причинения нравственных и физических страданий г-ке Р.

ВОПРОС — ОТВЕТ

Вопрос

Я врач. Работаю в медицинском центре в течение 10 лет. Никогда не имел дисциплинарных взысканий. Сейчас меня хотят уволить из-за неприязни со стороны главного врача, пытаюсь таким образом свести со мной счеты. Каковы мои шансы сохранить рабочее место и какие действия мне предпринимать?

На вопросы медика отвечает владелец компании «Альта Ви» Сергей Шумей:

Работник имеет право оспорить незаконное увольнение, обратившись в органы по защите трудовых прав. Следует подробно изложить обстоятельства расторжения трудового договора, приложить копии имеющихся документов и привести аргументы, подтверждающие неправомерность действий руководства компании.

Противостоять давлению начальства, если оно намеревается уволить сотрудника без законных оснований, вполне можно. Трудовое законодательство защищает интересы работников в подобных случаях.

Перечень оснований для увольнения по инициативе работодателя строго регламентирован законом и приведен в статье 81 ТК РФ. Согласно этой статье, трудовой договор может быть расторгнут при ликвидации компании или сокращении численности или штата работников. Также причиной может стать недостаточная квалификация работника, выявленная при проведении аттестации. Но чаще всего основанием для увольнения становится неоднократное неисполнение трудовых обязанностей или их однократное грубое нарушение — речь идет, в частности, о прогуле, появлении на рабочем месте в нетрезвом виде, пренебрежении требованиями безопасности, хищении материальных средств или растрате.

Если сотрудник отказывается расторгать трудовой договор добровольно и уволен по инициативе работодателя, прежде всего следует обратить внимание на запись в трудовой



ДАЖЕ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ РАБОТНИК БЫЛ УВОЛЕН НЕ ПО СТАТЬЕ, А ВЫНУЖДЕН БЫЛ НАПИСАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ (ПО П.3 Ч.1 СТ.77 ТРУДОВОГО КОДЕКСА РФ), ЕСТЬ ШАНСЫ ВОССТАНОВИТЬСЯ НА РАБОТЕ.



ЕСЛИ СОТРУДНИК ОТКАЗЫВАЕТСЯ РАСТОРГАТЬ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНО И УВОЛЕН ПО ИНИЦИАТИВЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА ЗАПИСЬ В ТРУДОВОЙ КНИЖКЕ И ПРИКАЗ ОБ УВОЛЬНЕНИИ. ОСНОВАНИЕ УВОЛЬНЕНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ ОДИНАКОВЫМ В ОБОИХ ДОКУМЕНТАХ — С УКАЗАНИЕМ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПУНКТА СТАТЬИ 81 И ЕГО «РАСШИФРОВКОЙ». ВЫ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОЗНАКОМЛЕНЫ С ПРИКАЗОМ ПОД ПОДПИСЬ.

книжке и приказ об увольнении. Основание увольнения должно быть одинаковым в обоих документах — с указанием соответствующего пункта статьи 81 и его «расшифровкой». Вы в обязательном порядке должны быть ознакомлены с приказом под подпись.

В медицине, как и во многих наукоемких сферах, квалифицированного специалиста могут уволить по итогам аттестации. К ее проведению установлены определенные требования. Чтобы она была признана состоявшейся, необходимо создать аттестационную комиссию, составить перечень профильных вопросов, не выходящих за рамки должностных

обязанностей работника, и ознакомить испытуемого с этим перечнем. В число членов комиссии обязательно должен быть включен представитель работников (либо их профсоюза).

В случаях, когда работнику приписывают пренебрежение трудовой дисциплиной, важно помнить, что одних только подозрений или записи с чужих слов здесь недостаточно. Документами, однозначно подтверждающими вину сотрудника, могут быть:

- акт об отсутствии на рабочем месте или докладная записка непосредственного руководителя;
- врачебное заключение об освидетельствовании на состояние опьянения;
- материалы служебного расследования, подтверждающие факт разглашения охраняемой законом тайны или нарушения требований охраны труда с соответствующими последствиями, оговоренными законом;
- решение суда или другого компетентного органа, вступившее в законную силу, которым подтверждается факт хищения имущества компании, его растраты или уничтожения.

Кроме того, обязательно должна быть соблюдена процедура и сроки увольнения по этому основанию: работодатель обязан затребовать от работника письменное объяснение и вынести решение об увольнении в срок, не

превышающий одного месяца со дня обнаружения проступка.

Важно помнить, что даже в том случае, если работник был уволен не по статье, а вынужден был написать заявление о расторжении трудового договора по собственному желанию (по п. 3 ч.1 ст.77 Трудового кодекса РФ), есть шансы восстановиться на работе. Защитой трудовых прав в России занимаются Федеральная служба по труду и занятости (Роструд), Комиссия по трудовым спорам, организуемая на предприятии, прокуратура, суды общей юрисдикции. Работник вправе обращаться в любую из них. Как показывает практика, граждане предпочитают судебный порядок разрешения споров. Необходимо помнить, что обращение в суд допускается в течение трех месяцев со дня, когда работник узнал или должен был узнать о нарушении своего права, а по спорам об увольнении — в течение одного месяца со дня вручения ему копии приказа об увольнении либо со дня выдачи трудовой книжки. Восстановить пропущенные сроки можно будет только по уважительным причинам, поэтому оперативное обращение к юристу крайне важно.

Сотрудник сможет не только вернуться на свое рабочее место, но и получить денежную компенсацию, связанную с вынужденным отсутствием на работе. Она складывается из ряда составляющих, и ее правильный расчет поможет осуществить судебный представитель. Не следует забывать и про моральный ущерб — его возмещение не представляет для грамотного юриста никаких затруднений.

СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ВОЗМОЖНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПУТИ

Согласно данным статистики, в Российской Федерации средний прирост числа женщин, больных раком шейки матки (РШМ), с 2003-го по 2013 год составляет 2,5% в год, распространенность 116 случаев на 100 000 населения, при этом на ранней стадии выявляется лишь 28% больных, а более 30% вновь выявленных случаев относятся к III-IV стадии заболевания*. При этом уже разработаны скрининговые методы ранней диагностики РШМ, применение которых могло бы существенно изменить ситуацию с выявляемостью этого заболевания.



Галина МИНКИНА,
профессор кафедры
акушерства и гинеко-
логии МГМСУ им.
А.И. Евдокимова, док-
тор медицинских наук

Введение

В настоящее время установлена связь возникновения РШМ, причем как плоскоклеточного, так и железистого, с вирусом папилломы человека (ВПЧ), который насчитывает более 100 типов, но способность к онкогенезу установлена лишь для четырнадцати из них, при этом 16-й и 18-й типы в совокупности связаны с более чем 70% опухолей (De Sanjose S., Quint W.G., Alemany L. et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol.* 2010; 11:1048–1056). Считается, что реализация онкогенной трансформации является протяженной во времени и носит стадийный характер («Информационная записка ВОЗ. Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним — здоровое будущее для девочек и женщин». Всемирная организация



Артем БОРБАТ,
врач-патологоанатом
патоморфологической
лаборатории, кандидат
медицинских наук

* «Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году» под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. 235 с.

здравоохранения. Женева, 2013). Поэтому для РШМ характерен длительный этап диспластических изменений, который характеризуется постепенной деформацией пласта эпителия от базального слоя к поверхности, приводя к последовательному возникновению состояний CIN1, CIN2, CIN3. Согласно рекомендациям ВОЗ, это соответствует плоскоклеточному интраэпителиальному поражению легкой и тяжелой степени (WHO Classification of Tumors of Female Reproductive Organs. Fourth edition. Lyon, 2014. 307 p.), которое в дальнейшем реализуется в карциному in situ и инвазивный рак. Длительность онкогенеза дает возможность опередить опухолевый процесс, сохранить орган и путем оперативного лечения достичь полной элиминации опухолевого пласта вместе с реализовавшим свой онкогенетический потенциал ВПЧ. Эти факторы позволяют добиться успехов в лечении РШМ на ранних стадиях (WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ: cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. WHO: Geneva, 2014).

Традиционный цитологический скрининг

Первой диагностической находкой, призванной решить проблему ранней диагностики, стал Пап-тест — цитологический мазок, выявляющий атипичные клетки. На протяжении 40 лет метод зарекомендовал себя надежным, безопасным и высокочувствительным, в связи с чем длительное время был основным для первичного скрининга РШМ (WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO: Geneva, 2013).

Однако развитие медицинских технологий и накопленный багаж знаний повышают требования к диагностической ценности и безопасности скрининговых методик. Основные замечания, предъявляемые специалистами к цитологическому скринингу, сводятся к следующим:

- субъективность в оценке цитологического материала, следовательно, низкая воспроизводимость результатов. Уровень расхождения при трактовке различными морфологами одного и того же материала варьирует от 22 до 57% (Stoler M.H., Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretation. Realistic estimates from the ASCUS-LSIL triage study. JAMA, 2001. 285(11):1500–1505);

- сложная система морфологической оценки и принятия решения клиницистом: рекомендации Американского общества

кольпоскопии и цервикальной патологии (ASCCP) содержат 12 различных алгоритмов, исходя из результатов только цитологии. В России сложилась практика, когда гинеколог самостоятельно выбирает тактику, исходя из собственной осведомленности и клинического опыта;

- поскольку для получения положительного результата скрининга измененные клетки уже должны присутствовать в пласте эпителия и в мазке, данный метод позволяет выявлять у женщин уже имеющуюся патологию, но не дает возможности определять риск ее развития в будущем;

- относительно низкая чувствительность метода. По данным различных авторов, она варьирует от 44 до 74% (Petry K.U., Menton S., Menton M. et al. Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. Br J Cancer. 2003;88:1570–7.; Ronco G., Segnan N., Giorgi-Rossi P. et al. Human papillomavirus testing and liquid-based cytology: results at recruitment from the new technologies for cervical cancer randomized controlled trial. J Natl Cancer Inst. 2006; 98 (11):765–74.), что приводит к высокой степени ложноотрицательных результатов, а значит, не позволяет оказать онкологическим больным адекватную помощь на ранних этапах заболевания.

В настоящее время, несмотря на рост заболеваемости РШМ, в России утрачена сеть централизованных региональных цитологических лабораторий, а цитологический скрининг зачастую



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В США И ЕВРОПЕ ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛИ БОЛЕЕ ВЫСОКУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВПЧ В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПЕРВИЧНОГО СКРИНИНГА РШМ ПО СРАВНЕНИЮ С ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ (ПАП-ТЕСТ).

проводится в кустарных условиях, что не может не отразиться на качестве диагностики. Проводящие цитологический скрининг специалисты (лаборанты-цитологи, врачи клинической лабораторной диагностики, биологи, врачи-патологоанатомы) обладают различным уровнем базовой и специализированной подготовки, что препятствует единству подходов. И, кроме того, отсутствует система внешнего контроля качества, что не позволяет оценить диагностическую значимость проводимых морфологических исследований. При этом в различных регионах России регулярно проводятся попытки реанимировать цитологический скрининг РШМ, проходят многочисленные междисциплинарные конференции, однако кадровый дефицит в отрасли и неадекватная подготовка специалистов-цитологов (Новик В.И. Скрининг рака шейки матки. Практическая онкология. 2010; Т. 11, № 2. С. 66–73.) на практике сводят результаты усилий к нулю. Является ли данный подход единственно возможным и адекватным в современных условиях?

Альтернативный подход

Предложения рассмотреть диагностику ВПЧ в качестве первичного метода скрининга РШМ уже не первый год звучат в литературе.

В 2012 году Американское раковое общество (ACS), Американское общество кольпоскопии и цервикальной патологии (ASCCP) и Американское общество клинической патологии (ASCP) в своих рекомендациях по скринингу подчеркнули обязательность дифференцированного определения ВПЧ именно 16 и 18 типов, как обладающих наибольшим риском развития РШМ (Saslow D., Solomon D., Lawson H.W. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. Journal of Lower Genital Tract Disease. V. 16. № 3. 2012).

В ходе ряда европейских исследований (Sweedescreeen, ROBASCAM, ATISTIC, NTCC), объектами которых явились в общей сложности более 100 тыс. женщин, было продемонстрировано, что определение ВПЧ с использованием тест-систем различных производителей может дать более точную информацию по сравнению с цитологическим методом (Ronco G., Dillner J., Elfstrom K.M. et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomized controlled trials. Lancet, 2014; 383:524–32.).

В опубликованных ВОЗ в 2013 году рекомендациях по скринингу РШМ эксперты не только предлагают метод диагностики ВПЧ как один из вариантов скринингового, но и отдают ему предпочтение по сравнению с альтернативными (рекомендации 2 и 3) (WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO: Geneva, 2013).

Основные выводы, к которым пришли авторы самого крупного исследования по вопросам скрининга РШМ ATHENA, сведены к следующим (Stoler M.H., Wright T.C., Sharma A. et al. High-risk human papillomavirus testing in women with ASC-US cytology. Results from the ATHENA HPV study. Am J Clin Pathol, 2011; 135:468–475.):

- исследование на ДНК ВПЧ обладало лучшей чувствительностью для определения состояний CIN3 и более;
- специфичность исследования на ДНК ВПЧ по крайней мере не уступает специфичности сочетанного использования ВПЧ и Пап-теста;
- положительная и отрицательная прогностическая роль (PPV, NPV) определения ДНК ВПЧ превосходит цитологический метод и сочетанное исследование (Пап-тест и исследование ВПЧ);



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, НЕСМОТРЯ НА РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РШМ, В РОССИИ УТРАЧЕНА СЕТЬ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ, А ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ЗАЧАСТУЮ ПРОВОДИТСЯ В КУСТАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ЧТО НЕ МОЖЕТ НЕ ОТРАЗИТЬСЯ НА КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИКИ.

■ использование теста на ДНК ВПЧ по сравнению с Пап-тестом или сочетанным скринингом (Пап-тест и исследование ВПЧ) облегчает выбор дальнейшей тактики ведения пациента.

Последним штрихом в формировании нового подхода к скринингу РШМ стало заседание комиссии FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США. — *Прим. ред.*) в 2014 году, в ходе которого экспертами были рассмотрены и приняты следующие основные положения (материалы с сайта www.fda.gov):

■ в настоящее время тест *cobas HPV* является единственным ВПЧ-тестом для самостоятельного использования при первичном скрининге РШМ, поскольку обладает, по крайней мере, не меньшей диагностической значимостью и большей безопасностью по сравнению с цитологическим методом;

■ изменение подхода к скринингу не повлияет на выявление других онкологических заболеваний женских половых органов, а также не окажет влияния на выявление инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем;

■ изменение подхода к скринингу не приведет к увеличению риска возникновения у женщин инвазивного рака или тяжелой дисплазии.

Таким образом, появился первый и, очевидно, не последний тест на ВПЧ, который признан достаточно эффективным и безопасным для первичного скрининга РШМ.

Профессиональное сообщество, сохраняя разумный консерватизм, не вносит изменений в рекомендации. Тем не менее в совместных рекомендациях ASCCP, ACS и ASCP 2012 года возможностям использования ВПЧ-тестирования в качестве первичного скрининга посвящен самостоятельный раздел (Saslow D., Solomon D., Lawson H.W. et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. V. 16. № 3. 2012), в котором, в частности, звучат следующие соображения:

■ ни одна из существующих ВПЧ-тест-систем не была одобрена FDA для первичного скрининга, поскольку не продемонстрированы убедительные данные достаточной безопасности метода;

■ тест-системы для определения ВПЧ, произведенные в лаборатории, не должны использоваться для целей скрининга, поскольку обладают низкой воспроизводимостью и уступают по чувствительности и специфичности другим методам;

■ ожидается, что последующие исследования могут дать дополнительные аргументы в пользу проведения ВПЧ-тестирования в качестве метода первичного скрининга.

Учитывая изложенные выше обстоятельства, следует ожидать, что, во-первых, в ближайшее время появятся другие тест-системы, которые получат одобрение FDA для первичного скрининга, и, во-вторых, рекомендации профессиональных обществ будут пересмотрены в сторону расширения роли ВПЧ-тестирования.

Давайте выберем лучшее

Результаты исследований в США и Европе продемонстрировали более высокую диагностическую значимость использования исследования ВПЧ в качестве метода первичного скрининга РШМ по сравнению с цитологическим методом (Пап-тест). Это позволило государственным контролирующим организациям в США и странах Евросоюза одобрить применение ДНК ВПЧ-тестирования для первичного скрининга рака шейки матки.

Учитывая сложившуюся в России практику цитологического скрининга РШМ с высокой степенью риска для пациентов, использование стандартизированных аппаратных ПЦР методик с доказанной клинической значимостью может позволить в короткие сроки, без существенных затрат на переподготовку и дополнительное обучение специалистов-цитологов, довести скрининг РШМ до передового международного уровня.

ОТ РЕДАКЦИИ

На момент сдачи журнала в печать редакции стало известно, что 8 января 2015 года два авторитетных профессиональных сообщества в США: Американское общество кольпоскопии и цервикальной патологии (ASCCP) и Общество онкогинекологов (SGO) выпустили обновления рекомендаций, где говорится о возможности использования ВПЧ-тестирования в качестве метода для первичного скрининга рака шейки матки. Подробнее с проблематикой можно ознакомиться в статье по ссылке: http://www.asccp.org/Portals/9/docs/News/HPV%20Guidance%20Doc%20Article_main.pdf

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Московская земская медицинская организация со второй половины 70-х годов позапрошлого века стала объединяющим и методическим центром, своеобразной экспериментальной базой для апробации форм и методов земской медико-санитарной деятельности. Неслучайно один из творцов московской системы организации земской медицины и санитарной статистики Е.А. Осипов называл Московскую губернию «колыбелью русского земского врачебно-санитарного дела и путеводительницей в нем».

ИРИНА ЕГОРЫШЕВА,

ведущий научный сотрудник
отдела истории здравоохранения и медицины
Национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко

По участковому принципу

На первом этапе строительства земской медицины в Московской губернии, как и в других, широкое распространение получила разъездная система, при которой врачи объезжали свои участки, не всегда успевая в течение месяца посетить все деревни, но в 1875 году Московское губернское собрание первым в России

признало целесообразность стационарной системы и рекомендовало ее уездным земским организациям. При стационарной системе организации медицинской помощи врачи должны были находиться на своих врачебных пунктах, вести амбулаторный прием, выезжая только к тяжелым больным. При участковых врачебных пунктах создавались также небольшие лечебницы

(4–15 коек) и родильные приюты — обычно на две койки. Стационарная помощь ранее всего утвердилась и получила наибольшее развитие именно в Московской губернии. Уезды здесь были разделены на врачебные участки с расстоянием от врачебного пункта в 15–17 верст. Эти требования легли в основу дальнейшей работы по созданию системы земской медицины по всей стране.

Московское губернское земство раньше других губернских земств приняло участие в строительстве сети участковых лечебниц, построив по специально разработанному плану (1878 год) первую — Глазовскую — лечебницу. А к 1910 году было построено уже 14 образцовых лечебниц. В то время в Московском земстве было 120 участков. Средний врачебный участок составлял 250 квадратных верст с населением 14 тысяч человек, в то время как в среднем по земским губерниям участок равнялся 930 квадратным верстам с населением 28 тысяч. В итоге, если в земской России на одну лечебницу в уездных земствах приходилось по 1,4 врача и 3,3 фельдшера, то в Московской губернии — соответственно 1,9 врача и 4,1 фельдшера, и на 100 тысяч сельского населения Московской губернии в среднем приходилось 11 врачей и 25 человек среднего медицинского персонала. Более того, с целью приблизить медицинскую помощь к населению московская земская организация в 80-е годы XIX века выступила с другой важной инициативой, касающейся устройства межуездных врачебных участков на границах уездов. В 1910 году в Московской губернии насчитывалось 14 таких участков.

Тесная взаимосвязь

Широкое развитие сети земских медицинских учреждений в Московской губернии объяснялось не только высоким экономическим развитием губернии,

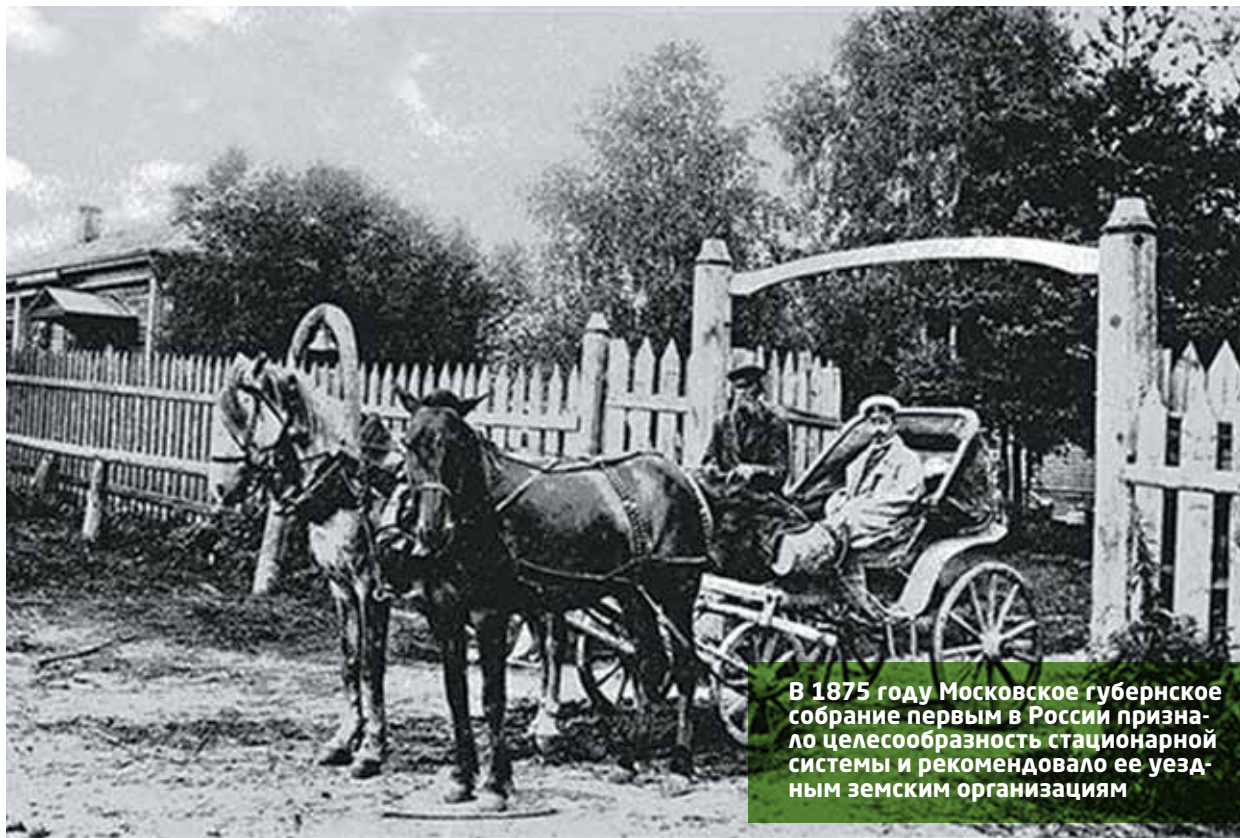
но и квалифицированным руководством земской медициной, которое взяла на себя московская санитарная организация во главе с Е.А. Осиповым. Тут надо добавить, что губернская комиссия Московского земства пришла к выводу, что



В 1886 Г. В МОСКОВСКОЙ ГУБЕРНИИ ВПЕРВЫЕ В РОССИИ БЫЛО СОЗДАНО САНИТАРНОЕ БЮРО (ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОРГАН САНИТАРНОЙ КОМИССИИ) И ВВЕДЕНЫ ДОЛЖНОСТИ УЕЗДНЫХ САНИТАРНЫХ ВРАЧЕЙ. КАК ПИСАЛ С.И. МИЦКЕВИЧ, МОСКОВСКОЕ САНИТАРНОЕ БЮРО «...БЫЛО СВОЕГО РОДА ЛАБОРАТОРИЕЙ МОСКОВСКОЙ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ И, ПОЖАЛУЙ, И ОБЩЕРОССИЙСКОЙ, ТАК КАК ПО ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОСКОВСКОЙ ГУБЕРНИИ СТАРАЛАСЬ РАВНЯТЬСЯ ВСЯ ЗЕМСКАЯ РОССИЯ». ЧТОБЫ ПОЗНАКОМИТЬСЯ С РАБОТОЙ МОСКОВСКОЙ САНИТАРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В СТОЛИЦУ ЧАСТО ПРИЕЗЖАЛИ ЗЕМСКИЕ ВРАЧИ ДРУГИХ ГУБЕРНИЙ.

«земская медицина должна иметь главным образом санитарное направление». Единство и тесная взаимосвязь лечебной и санитарной деятельности стали основополагающими принципами московской земской организации. Еще в 1873 году была учреждена губернская санитарная комиссия, однако фактическим началом ее деятельности является 1875 год, когда ее секретарем и был назначен Осипов, в течение 20 лет возглавлявший врачебно-санитарную часть губернского земства сначала в должности секретаря санитарной комиссии, а затем заведующего губернским санитарным бюро. Именно в этом году им была разработана «Программа санитарного исследования Московской губернии».

В соответствии с этой программой статистические исследования стали базироваться на постоянной текущей регистрации заболеваемости, производимой медицинским персоналом в процессе оказания медицинской помощи населению. Именно Московское земство выступило инициатором и пропагандистом карточного способа регистрации. Второй губернский съезд земских врачей в 1877 году поручил Е.А. Осипову и П.А. Пескову разработать и разослать по уездам специальные регистрационные карты, а с 1880 года карточная регистрация стала общей во всех земско-медицинских учреждениях губернии. В 1890 году Осипов опубликовал капитальное исследование «Статистика болезненности населения Московской губернии за 1878–1882 гг.», основанное на изучении 642 582 карт, отразивших число посещений земских лечебниц Московской губернии за 5 лет. Значительный шаг в развитии отечественной



В 1875 году Московское губернское собрание первым в России признало целесообразность стационарной системы и рекомендовало ее уездным земским организациям

санитарной статистики был сделан последователем Осипова П.И. Куркиным, с 1896 г. возглавлявшим медико-статистический отдел Московского губернского санитарного бюро. П.И. Куркин обосновал метод выборочного исследования отдельных населенных пунктов и групп населения (1908–1910), а в 1912 году создал замечательную по полноте и замыслу схему построения земской санитарной статистики. Исследования, выполнявшиеся под руководством Е.А. Осипова и П.И. Куркина, были высоко оценены не только в России, но и за рубежом. Видный немецкий гигиенист Е. Ресле, ознакомившись с 193 томами изданий санитарной комиссии Московского губернского земства, признал, что «Россия здесь идет впереди всех стран со своей поистине величавой организацией медицинской земской статистики и создала такие образцы постановки дела (имеется в виду индивидуальная посемейная регистрация), которые до недавнего времени в Германии считались утопией».

Важными направлениями работы московской санитарной организации были также борьба с эпидемиями, улучшение водоснабжения, распространение

гигиенических знаний среди населения (к 1910 году в 111 земских лечебницах Московской губернии имелись инфекционные отделения). В 1882 году Московским губернским земством был открыт оспенный телятник, бесплатно снабжавший оспенным детритом уезды. Еще через десять лет, в 1892 году, в задачи практической санитарии был включен вопрос об улучшении водоснабжения. С этой целью были разработаны правила по состоянию водоснабжения, охране питьевых вод и устройству колодцев.

Таким образом, земская санитарная организация Московской губернии стремительно развивалась и в годы, предшествовавшие Первой мировой войне, существовала в наиболее развернутом виде, включая губернский санитарный совет и санитарное бюро, являвшееся исполнительным органом совета и санитарным отделом губернской земской управы, постоянную эпидемическую организацию, 14 санитарных врачей, работавших в 13 уездах Московской губернии, а также уездные санитарные советы. В составе санитарного бюро был организован специальный гидротехнический отдел.

По пути специализации

С 80-х годов в Московской губернии начинается специализация земских врачей.

Ранее других отраслей в земской медицине выделилась хирургия, чему способствовало утверждение стационарной системы организаций помощи населению. Одной из основоположниц земской хирургии была А.Г. Архангельская, работавшая с 1883 г. в Петровской больнице. Врач делала до 700 операций в год, а созданная ею больница считалась образцовой.

Наряду с хирургией в земской медицине довольно рано выделилась акушерская помощь. Показательно, что к концу земского периода в Московской губернии акушерские койки составляли свыше 12%.

В области организации психиатрической помощи населению заслуживают внимания статистические исследования по изучению распространенности психических заболеваний в губернии, проведенные в 1893 году.

Заметный вклад Московское земство внесло и в борьбу с сифилисом. Уже на I съезде врачей Московской губернии сифилис был выделен из группы венерических заболеваний, а в 1885 году на VIII съезде разделен на отдельные формы. С 1883 года на всех врачебных пунктах Московской губернии регистрация сифилиса проходила по единой системе.

Кадры решали все

Интересно, что уже тогда подготовка медицинского персонала для работы в земских учреждениях была острой проблемой, в решении которой большую роль сыграл Московский университет. Преподаватели медицинского факультета старались привить студентам навыки общественной деятельности. Из стен университета вышли такие известные земские врачи и общественные деятели, как А.И. Шингарев, С.И. Мицкевич, З.П. Соловьев, Н.А. Семашко, И.В. Русаков, А.В. Мольков. С середины 80-х годов подготовка и усовершенствование земских врачей начали занимать видное место в деятельности московской клинической профессуры. Неслучайно акушер-гинеколог В.Ф. Снегирев посвятил свой труд «Маточные кровотечения» (1885) русским земским врачам. Под его руководством при Московском университете на средства предпринимателя П.Г. Шелапутина, чью жену вылечил В.Ф. Снегирев, в 1896 году был открыт институт усовершенствования врачей. При приеме в него преимущество отдавалось земским врачам.

Для повышения профессионального уровня земских врачей профессора-хирурги университета

ПОДРОБНОСТИ



У истоков профмедицины

Московской земской организации принадлежит заслуга организации первого в мире комплексного санитарно-статистического исследования условий жизни рабочих. В 1879 году Московское земство пригласило уже известного гигиениста Ф.Ф. Эрисмана для обследования фабрично-заводских учреждений Московской губернии, который вместе с санитарными врачами Е.М. Деметьевым и А.В. Погожевым обследовал 1080 предприятий с 114 тысячами рабочих (1879–1885). Исследование выполнялось по программе, разработанной санитарной комиссией Московского губернского земства под руководством Е.А. Осипова и принятой III съездом врачей Московской губернии в 1878 году. Результаты исследования были обобщены в 17 томах и 2 дополнительных выпусках «Сборника статистических сведений по санитарному исследованию фабрик и заводов Московской губернии за 1879-1885 гг.». Исследователи описали санитарное состояние фабрик и заводов, изучили условия труда и быта рабочих и их семей, провели антропологические обследования. В результате был сделан вывод о прямой зависимости плохого санитарного состояния фабричного населения от тяжелых социально-экономических условий. Капитальные исследования Ф.Ф. Эрисмана и его коллег оказали огромное влияние на постановку работы фабричной инспекции, созданной в России в 1882 г., а также на появление ряда законодательных актов (в 1882 г. — о работе малолетних, в 1885 г. — о ночных работах, в 1886 г. — о найме рабочих и др.).

П.И. Дьяконов, Н.В. Склифосовский, А.А. Бобров, невропатолог А.Я. Кожевников, окулист А.А. Маклаков охотно консультировали их, отводили рабочие места в своих клиниках. П.И. Дьяконов выезжал на врачебные земские участки. Большую помощь он оказал А.Г. Архангельской в организации образцовой Петровской земской больницы. Его клиника представляла своего рода институт усовершенствования для земских врачей.

Первые среди равных

В целом же значение активности Московской земской медицинской организации для развития российской системы оказания медпомощи сложно переоценить. Научные методические подходы к оценке общественного здоровья, разработанные Е.А. Осиповым и П.И. Куркиным, легли в основу программ изучения заболеваемости населения во многих губерниях и способствовали формированию общественной гигиены как научной дисциплины.



МОСКОВСКИЕ ЗЕМСКИЕ ВРАЧИ ВНЕСЛИ ОГРОМНЫЙ ВКЛАД В ИЗУЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, УСЛОВИЙ ТРУДА И БЫТА НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАЩАЕМОСТИ ЕГО ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, СОСТОЯНИЯ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Не стоит забывать и о том, что Москва стала местом проведения девяти Пироговских съездов, ставших трибуной земской медицины. Москва была избрана местом пребывания правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова и издания его журнала. Представители московской земской организации играли ведущую роль в работе секции общественной медицины Пироговских съездов и во всех наиболее важных начинаниях общества. Так, II Пироговский съезд в 1887 г. поручил Ф.Ф. Эрисману и Е.А. Осипову составить «Программу собирания сведений и составления свода по состоянию земской медицины в ее историческом ходе». Ее итогом стало издание

ПОДРОБНОСТИ



Земская инициатива

В начале 80-х годов земским врачом Н.Ф. Михайловым в Московской губернии был осуществлен опыт организации летних яслей-приютов для детей в возрасте от трех месяцев до двух лет, чьи матери были заняты на сельскохозяйственных работах. Как правило, в них под присмотром врачей бесплатно работали сельские учительницы, жены и дочери священников и местных помещиков. Врач написал для яслей-приютов и матерей наставления по уходу за детьми, получившие широкую известность в земских губерниях. Инициатива Московского земства была подхвачена земскими организациями других губерний, в частности Пермской, Симбирской, Орловской, Курской, Самарской, Екатеринославской, Полтавской.

«Земско-медицинского сборника», содержащего сведения по всем 369 уездам 34 губерний земской России. Составителем сборника был Д.Н. Жбанков, а редакторами — Ф.Ф. Эрисман и Е.А. Осипов. Продолжением и завершением земско-медицинского сборника был труд Е.А. Осипова, И.В. Попова и П.И. Куркина «Русская земская медицина» (1899), подготовленный к XII Международному съезду врачей в Москве. В издании наряду с обзором развития земской медицины в России содержался подробный очерк по земскому делу в Московской губернии.

Вся эта масштабная работа помогла в формировании основных принципов и подходов к организации земской медицины в России и в дальнейшем легла в основу развития национальной системы здравоохранения.



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**