

ТЕМА НОМЕРА

## ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

**1** ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**Алексей ХРИПУН:**

«Почему бы не сформулировать свои – московские стандарты»

**2** ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

О принципах организации системы лекарственного обеспечения москвичей рассказывает **Николай ПОТЕКАЕВ**

**3** СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

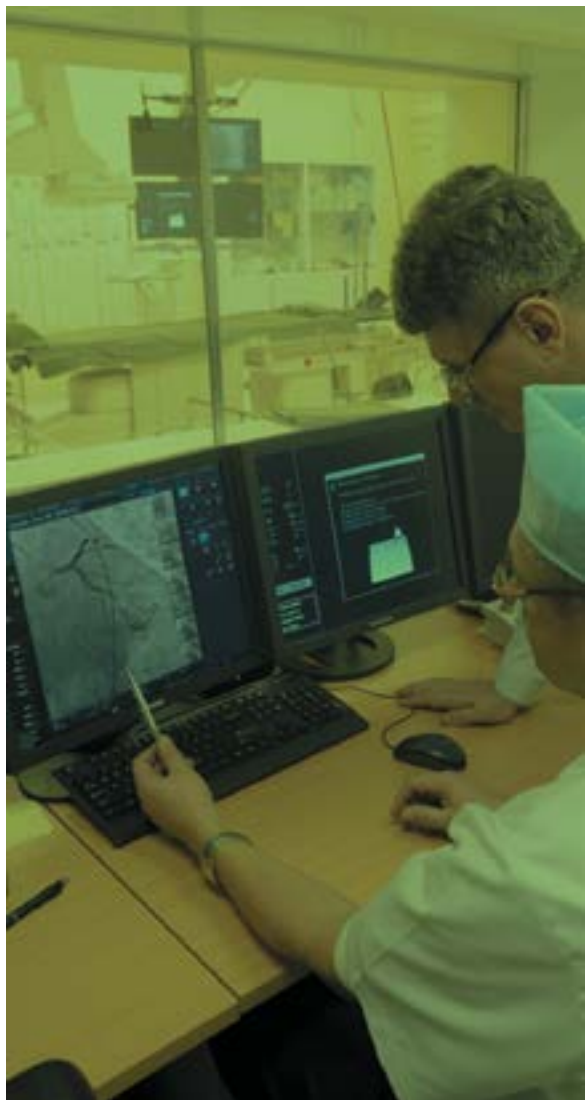
О подходах к оптимизации системы лекарственного обеспечения в Москве рассказывает **Марина ЖУРАВЛЕВА**

**4** КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы декабрьской клинико-анатомической конференции

**5** АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Нюансы обеспечения пациентов психотропными и наркотическими лекарственными препаратами



2



3



4



5

# 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

**Арутюнов Григорий Павлович**, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Москвы

**Бакулин Игорь Геннадьевич**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

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

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

**Гехт Алла Борисовна**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед 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

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

**Колтунов Игорь Ефимович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

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

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения Москвы

**Девяткин Андрей Викторович**, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург 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

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

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог 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

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Мелик-Гусейнов**

(e-mail: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru); тел.: +7 (495) 951-20-54)

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(8) 2016 журнала «Московская медицина» отпечатан 8 апреля 2016 года  
ИП Легкая Анна Александровна  
127566, Москва, Юрловский проезд, д. 14. корп. 1, кв. 94  
Тел.: 8 (919) 784-65-69, E-mail: [alegkaya@bk.ru](mailto:alegkaya@bk.ru)  
Тираж 10000 экз.  
Бесплатно

Уважаемые коллеги!

Позвольте обратиться к вам именно таким образом, ведь уже не первый год мы вместе работаем над решением важнейшей задачи: построения в столице современной, функциональной и отвечающей запросам москвичей системы здравоохранения. Ни для кого из вас не секрет, какие усилия прилагает правительство Москвы ради того, чтобы не только повысить качество и доступность медицинской помощи для миллионов жителей нашего любимого города, но и создать достойные условия труда для врачей. Вы лучше кого бы то ни было можете судить об успешности этой работы. Вы своими глазами видите десятки отремонтированных и построенных больниц и поликлиник, имеете возможность на практике оценить эффект от применения новейшего медицинского оборудования и технологий, постоянного повышения профессиональной квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Нам есть чем гордиться! Москва стала лидером по средней продолжительности жизни населения в России. В столице создана уникальная не только для нашей страны сеть сосудистых центров, позволившая спасти десятки тысяч жизней. Создана система многопрофильных больничных комплексов, заметно повысившая результативность оказания медицинской помощи пациентам...

Перечислять можно долго. Однако я искренне убежден, что успех этой работы во многом определялся не только решениями органов исполнительной власти, но и личным участием каждого представителя медицинского сообщества Москвы. Вот почему так важно использовать любые доступные нам площадки для информационного взаимодействия между врачами и руководством отрасли в лице правительства и Департамента здравоохранения города Москвы. На мой взгляд, журнал «Московская медицина» дает для этого прекрасную возможность, предоставляя свои страницы экспертам, рассказывая о лучших клинических и управленческих практиках, информируя читателей о наиболее актуальных вопросах московского здравоохранения.

В 2016 году нам вместе предстоит сделать очень многое. В числе безусловных приоритетов — дальнейшее совершенствование работы амбулаторно-поликлинического звена, которое сегодня является ключевым элементом в структуре московского здравоохранения. Именно поликлиника сегодня несет основную нагрузку по профилактике и своевременному выявлению большинства заболеваний, формированию здорового образа жизни, оказанию первичной медицинской помощи и реабилитации. Мы будем совместно решать вопросы, связанные с повышением квалификации и статуса врачей общей практики, развитием инфраструктуры амбулаторного звена, распространением передового опыта, материально-технического и ресурсного обеспечения медицинских учреждений.

В этой связи хотелось бы пожелать всем читателям журнала «Московская медицина» и их коллегам как можно более активно участвовать в дискуссиях и на страницах издания, и в своем профессиональном сообществе. Мы открыты для предложений с вашей стороны — ведь только при этом условии наша совместная работа будет по-настоящему результативной!



**Сергей СОБЯНИН,**  
мэр Москвы

<b>ОТ РЕДАКЦИИ</b>		<b>02</b>
Обращение к читателям мэра Москвы Сергея СОБЯНИНА		
<b>ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА</b>		<b>05</b>
<b>Алексей ХРИПУН: мы только в начале пути</b>	<b>1</b>	
<b>ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ</b>		
<b>Город – льготнику</b>		<b>11</b>
Ключевые принципы организации системы лекарственного обеспечения москвичей	<b>2</b>	
<b>Государственное дело</b>		<b>17</b>
О работе Центра лекарственного обеспечения		
<b>Юлия АНТИПОВА: централизация закупок позволяет экономить средства</b>		<b>21</b>
<b>От общего к частному...</b>		<b>24</b>
<b>ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>		
<b>Валерий ПАВЛОВ: главная задача – гарантировать финансово-экономическую стабильность работы отрасли</b>		<b>28</b>
<b>Оптимизация финансовых затрат при оказании медицинской помощи в стационаре</b>		<b>32</b>
<b>СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА</b>		<b>36</b>
<b>Рациональное применение лекарств – столичный опыт</b>	<b>3</b>	
<b>Михаил АНЦИФЕРОВ: нельзя допустить, чтобы эндокринолог превратился в медицинского завхоза</b>		<b>42</b>
<b>ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ</b>		<b>46</b>
<b>В конфликтных ситуациях</b>		

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

На обсуждение в рамках декабрьской клинико-анатомической конференции была представлена история болезни женщины в возрасте 69 лет, умершей по причине диагностированного только на вскрытии генерализованного милиарного туберкулеза

4

50

**ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА**

**Вера СИДОРОВА: врач не имеет права не выписать рецепт**

67

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО**

**О наградах**

69

**КАДРЫ**

**Аттестация руководителей**

71

**ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**

**Московская «инфарктная сеть»**

Опыт работы и перспективы развития

74

**АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА**

**Найти и обеспечить**

О нюансах организации обеспечения пациентов психотропными и наркотическими лекарственными препаратами беседуют Давид Мелик-Гусейнов, Диана Невзорова и Роман Черёмин

5

79

**Андрей ЯНОВСКИЙ: конкуренция необходима**

86

**Записки врача**

89

**ЮБИЛЕЙ**

**Параллельные прямые**

В год 10-летия работы сети «Мать и дитя» с лекцией перед сотрудниками клиники в Лапино выступил Леонид ПЕЧАТНИКОВ

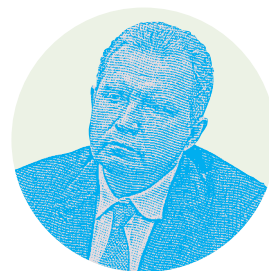
91

# АЛЕКСЕЙ ХРИПУН: МЫ ТОЛЬКО В НАЧАЛЕ ПУТИ

Планомерная работа над созданием в Москве компактной и высокоэффективной системы оказания медпомощи населению продолжается. О ключевых проблемах и путях их решения рассказывает руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей ХРИПУН.

**— Алексей Иванович, поскольку тема первого номера журнала этого года — лекарственное обеспечение, хотелось бы начать с вопроса про лекарства. Представители пациентских организаций часто жалуются на проблемы в получении пациентами необходимых лексредств. Есть ли таковые в Москве?**

— Я считаю, напряженной ситуации с доступностью лекарств в Москве нет, потому что этому направлению на регулярной основе уделяется большое внимание. Другое дело, что организовать эту работу именно в Москве гораздо сложнее, чем в каком-то другом регионе, по некоторым весьма простым причинам. Во-первых, это количество жителей вообще и количество льготников в частности. В городе живет на постоянной основе 12 миллионов человек, и из них полтора миллиона — льготники. Фактически каждый десятый. Еще один нюанс — Москва очень активно участвует в различного рода федеральных программах, направленных на удовлетворение потребностей пациентов лекарственными препаратами. Увеличивается с каждым годом и финансирование лекарственного обеспечения горожан. Только в этом году оно выросло на 600 миллионов рублей по сравнению с предыдущим. Общий консолидированный объем финансирования по льготному лекарственному обеспечению достиг почти 20 миллиардов рублей. При этом финансирование из московского бюджета в два раза больше федерального. Объем работы, проводимой городом в этой области, гигантский.



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

### — Как эта работа организована сегодня?

— Составляющие системы следующие. Поликлинические врачи, профильные и главные окружные специалисты, главные специалисты департамента формируют потребность в лекарственных средствах. Департамент здравоохранения города эту потребность реализует через систему государственных закупок. Далее закупленные лекарственные средства должны ритмично поставляться в город, где-то храниться и распределяться соответствующим образом. Помимо этого, необходимо осуществлять мониторинг работы системы для оперативного реагирования на изменения потребности того или иного учреждения в лекарственных средствах. Эту систему нужно не только поддерживать в рабочем состоянии, но и постоянно совершенствовать. Что мы и стараемся делать. Например, мы приобрели большую самостоятельность и самодостаточность в логистике, распределении, учете и выдаче препаратов: если раньше эти услуги покупали, то теперь всей логистикой занимается городской центр лекарственного обеспечения. Появился новый сервис в ЕМИАС — сервис лекарственного учета. Это аналитическая система, которая позволяет контролировать весь процесс. Она



**В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ПРАВИЛЬНО ПОЗИЦИОНИРОВАТЬ И ОБЕСПЕЧИТЬ РАБОТУ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ КРАЙНЕ ВАЖНО. ВЕДЬ ОЧЕВИДНО, ЧТО ТЕРАПЕВТ, ВЛАДЕЮЩИЙ ОСНОВНЫМИ НАВЫКАМИ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, СМОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО РЕШАТЬ МНОГИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ.**

требует доработки, привыкания, но это тот инструмент, без которого работать сегодня просто невозможно. В сочетании с электронным рецептом это делает систему принципиально более управляемой. Врач выписывает электронный рецепт, видя остатки в аптечном пункте. Пациент в результате того, что информация мгновенно передается в аптечный пункт, получает лекарство без задержек. Коллеги врача, который выписал препарат, видят его в назначении, и у нас нет полипрагмазии, дублирования назначений. Наконец решаются проблемы управления имеющимися запасами лекарственных средств: учитывается и наличие препарата, и темпы его расходования, и ритмичность поставок, и востребованность, и прогнозы по потребностям.

Одним словом, на всех направлениях этой непростой работы мы видим прогресс. У нас есть все основания смотреть в будущее с оптимизмом.

### — Несколько слов о первичном звене, если можно. Как развивается институт врачей общей практики в Москве?

— Мы говорили о том, что у нас на определенном этапе терапевт превратился в диспетчера, который иногда не хочет, а иногда и не может разобраться с какими-то медицинскими проблемами пациента на приеме, а только направляет его на дополнительные исследования и консультации. Сегодня ситуация уже меняется. Результаты опросов говорят, что отношение к терапевту в обществе меняется. Но мы только в начале пути. В современной медицине правильно позиционировать и обеспечить работу врача общей практики крайне важно. Ведь очевидно, что терапевт, владеющий основными навыками смежных специальностей, сможет самостоятельно решать многие клинические вопросы. Это хорошо для пациента, которого такой врач будет вести и знать все нюансы состояния его здоровья. Да и сам врач, зная досконально человека, сможет принимать более взвешенные клинические решения. Мне представляется, что самодостаточность и эффективность врача общей практики крайне востребована в современной системе оказания медпомощи. Другое дело, что таких врачей у нас до недавних пор

не было вообще. Обеспечить врачами общей практики население 12-миллионного города — непростая задача. Поэтому мы для начала, применяя специальные учебные методики, пытаемся расширить кругозор наших терапевтов, погрузить их в специальность «врач общей практики», надеясь, что потом специалисты будут самообразовываться и повышать свой профессиональный уровень. Уже более полутора тысяч терапевтов прошли обучение на ВОП. Завершить проект по формированию службы врачей общей практики мы планируем к концу 2017 года, но уже сегодня видим, что терапевты значительно реже направляют пациентов на консультации к врачам-специалистам.

**— А что нужно сделать, чтобы обученные врачи общей практики эту самую практику получили уже в новом качестве?**

— Модель оказания первичной медицинской помощи с участием врачей общей практики у нас отрабатывается в рамках проекта государственно-частного партнерства «Доктор рядом». Клиники этой сети должны иметь кабинеты ВОП. Реально работающие специалисты в городе уже есть. Но не надо забывать, что сегодня работает, и достаточно эффективно работает, механизм участково-терапевтической службы. Эта служба заточена под удовлетворение потребности населения в первичной медицинской помощи, и втиснуть все выполняемые ей функции в рамки кабинетов ВОП — задача нетривиальная. Мы не можем в одночасье ликвидировать участковую службу и открыть кабинеты врачей общей практики. Но сделать это планируем и будем действовать аккуратно и поэтапно.

**— Недавно Леонид Печатников сказал, что не знает, где брать грамотных управленцев для отрасли. У вас есть ответ на этот вопрос? Понятно, что есть самородки, но нужна же и система подготовки таких специалистов, выращивания их...**

— Я сам прошел путь от сотрудника кафедры на базе городской клинической больницы до руководителя департамента, побывав и на должности заместителя главврача клиники, и на должности руководителя клиники. Сам постигал азы финансово-хозяйственной деятельности, менеджмента, приобретал управленческие навыки. Сегодня я руковожу сотнями управленцев самого разного ранга, наблюдаю за их работой и, конечно, имею четкое представление о стандарте руководителя. Для меня очевидно, что работа на позиции руководителя московского поликлинического объединения, а тем более московской крупной больницы, — это сложнейшая работа. Такой человек должен разбираться во всем, знать обо всем, что происходит в клинике и с каждым пациентом от поступления до выписки, понимать потенциал каждого из своих сотрудников, его сильные и слабые стороны. И по моему глубокому убеждению, руководителем клиники должен быть медик, человек, хорошо понимающий нюансы и суть медицинской профессии. Одно время было принято считать, что управлять клиникой может просто менеджер, и будет делать это лучше. Но мне кажется, это неудачный подход. Мы имеем как раз другой опыт, когда опытные клиницисты, приобретая определенный управленческий опыт, становились полноценными руководителями и при этом продолжали вести клиническую работу на высоком уровне.

Понятно, конечно, что руководитель клиники должен обладать определенным набором знаний и умений немедицинского профиля, и этому надо учить. Но это



**ПО МОЕМУ ГЛУБОКОМУ УБЕЖДЕНИЮ,  
РУКОВОДИТЕЛЕМ КЛИНИКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ  
МЕДИК, ЧЕЛОВЕК, ХОРОШО ПОНИМАЮЩИЙ  
НЮАНСЫ И СУТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ**

работа не для всех. Ротация руководителей в столичном здравоохранении за последние пять лет впечатляет. Две трети точно тех, кто работает в поликлинике, а может, и три четверти за пять лет. Мы точно знаем, кто сейчас из руководителей слабоват, кто может подрасти, а у кого это не получится. И именно поэтому в первые настолько внимательно и энергично ведем работу по поиску потенциальных руководителей: встречаемся с заместителями главных врачей, заведующими отделениями, прислушиваемся к коллективам — формируем кадровый резерв в лучшем смысле этого слова. Уделяется пристальное внимание и повышению профессионализма уже работающих на руководящих должностях специалистов: они проходят обучение по специальным программам, ездят в зарубежные стажировки. Мы стараемся научить наших главных врачей правильному управлению.

**— Вы сказали, что у вас есть представление о некоем стандарте управления, а что такое «московский стандарт врача»?**

— Поскольку мы многое меняем в столичном здравоохранении, имея в виду самые высокие мировые стандарты этой работы, почему бы не сформулировать свои — московские стандарты. У нас уже есть «стандарт поликлиники», почему не быть стандарту московского врача. В городе, где есть пять медицинских вузов, огромная медицинская инфраструктура, где правительство уделяет здравоохранению большое внимание, и врач должен быть особенным, высокопрофессиональным. Над критериями такого стандарта мы думаем. Например, за рубежом специалист должен набрать определенное количество баллов, которые будут свидетельствовать о его профессиональном росте, возможно, мы пойдем по похожему пути. Есть хороший пример — Московская школа урологии. У урологов уже есть персональные карточки, на которые зачисляются определенные баллы в зависимости от того, чему человек научился, какие навыки и опыт он приобрел. Важно и восприятие специалиста коллегами и пациентом. Стандарт — некий собирательный образ лучшего московского врача.

**— Большая проблема — уровень подготовки в медвузах, которая обусловлена оторванностью современного российского медобразования от практики. Помочь преодолеть этот разрыв был призван проект по созданию так называемых университетских клиник. Как он развивается?**

— Я, как человек, воспитанный в московской городской клинической больнице, считаю неизбежным неформальное и конструктивное взаимодействие сотрудников больницы и кафедр или научных подразделений, расположенных на базе больницы. Такой симбиоз всегда приводил к отличным результатам. Мы со своей стороны всячески приветствуем оформление сотрудничества кафедрального и больничного сотрудника в виде гражданско-правового договора или совместительства в больнице. Университетская клиника — это не здание, а некий функциональный конструкт, который может иметь разную организационную форму, которым руководит наиболее компетентный специалист в данном направлении: завкафедрой какого-то учебного заведения, например. А с другой стороны, с ним сотрудничает заместитель главного врача клиники. В этой же конструкции взаимодействуют заведующие отделениями этой больницы и профессора, доценты.



**КАК ЧЕЛОВЕК, ВОСПИТАННЫЙ В МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ, СЧИТАЮ НЕИЗБЕЖНЫМ НЕФОРМАЛЬНОЕ И КОНСТРУКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОТРУДНИКОВ БОЛЬНИЦЫ И КАФЕДР ИЛИ НАУЧНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, РАСПОЛОЖЕННЫХ НА БАЗЕ БОЛЬНИЦЫ.**

В рамках такого объединения сотрудники кафедры могут вести полноценную лечебную работу на основе гражданско-правового договора. Иными словами, мы имеем разными способами организованное сотрудничество работников больницы и кафедры, которое позволяет лучше реализовать и ресурсный потенциал больницы, и интеллектуальный, образовательный потенциал кафедры.

**— Буквально пару слов о системе постдипломного непрерывного образования. Что происходит в этом направлении в Москве?**

— Мы все ждем определенных решений федерального министерства и других ведомств по введению системы аккредитации. Принцип тут простой: непрерывное самообразование, основанное на осознанной необходимости заниматься повышением своего профессионального уровня. Любой человек, зайдя в интернет, может реализовать этот принцип, но если это процесс управляемый, то он как раз будет соответствовать системе непрерывного медицинского образования. Как я уже сказал, пример реализации такого подхода у нас есть — Московская школа урологов.

**— Мы много говорим про врачей, но известно, что в отдельных регионах не хватает профессионального среднего медицинского персонала. Есть ли в Москве такая проблема?**

— Да, действительно среднему медперсоналу внимания уделяется не в пример мало, а ведь их работа не только не менее важна, а в некоторых ситуациях определяющая. Есть сестринские профессии, например, операционная или реанимационная сестра, которые требуют особых навыков, и не каждый состоявшийся врач способен выполнять такую работу. Я как хирург, который 20 с лишним лет простоял у операционного стола, привык уважать операционную сестру, я знаю, что от ее работы зависит во многом успех моей работы, и иногда жизнь больного. Если рядом с тобой профессиональная операционная сестра, можно ничего не говорить, а просто протянуть руку, и в ней окажется нужный инструмент в нужное время, иголка нужной кривизны, нить нужного диаметра. Средний медперсонал, безусловно, ключевое звено в системе оказания медпомощи. Мы прекрасно это понимаем и стараемся помогать медсестрам поддерживать свой профессиональный уровень. У нас есть пять очагов профильной образовательной активности для сестер и медбратьев, мы отправляем их на обучение в ведущие мировые клиники. Они возвращаются из таких поездок с принципиально другим мировоззрением и подходом к профессии. И учитывая, что все это люди энергичные, любящие свою профессию, такой опыт трудно переоценить. При этом я считаю, что мы недостаточно привлекаем наш средний медперсонал к анализу происходящего в отрасли, к проработке новых направлений, нам нужно больше внимание уделять медсестрам.

**— Скажите, Алексей Иванович, а что можно назвать объединяющей функцией всех преобразований в московском здравоохранении? Есть некая связующая нить, стержень, на который нанизываются принимаемые решения?**

— В профессиональной среде значение понятия «маршрутизация пациента» объяснять не нужно. Что такое «маршрут»? Путь, траектория между двумя точками. Не обязательно кратчайший. Когда говорят «маршрут», предполагают, что это оптимальный путь от некой отправной точки к достижению цели. В случае с оказанием медицинской помощи отправная точка — проблема пациента, цель — его выздоровление в идеальном случае. Путь между появлением симптомов и излечением должен быть оптимальным, то есть учитывать и характер проблемы, и имеющиеся возможности, ресурсы, существующую медицинскую

инфраструктуру. Маршрут пациента должен учитывать все: и местоположение тех или иных медицинских объектов, и наличие в этих объектах медтехники, специалистов соответствующего профиля, налаженное взаимодействие медорганизаций между собой. Взять, например, онкобольного, когда он со своими жалобами приходит иногда к терапевту, а тот, будучи профессионалом высокого уровня и видя какие-то симптомы, направляет его на диагностику. Если предположения врача, к которому обратился пациент, подтверждаются на этом элементарном скрининговом этапе, то тогда следуют более серьезные методы исследования. У нас сейчас в поликлиниках сосредоточен гигантский диагностический потенциал, несопоставимый с тем диагностическим ресурсом, который есть в онкодиспансерах. Поэтому одна из задач маршрутизации онкобольных: использовать это ресурс по максимуму, прежде чем перейти на стационарный уровень оказания медпомощи.

Оптимизации маршрутов пациентов с учетом и использованием всего имеющегося потенциала московской сети клиник — ключевая задача управления отраслью.

**— На чем будет сосредоточено внимание департамента в этом году и в ближайшей перспективе?**

— Главный приоритет — реализация комплексного подхода на пути выстраивания эффективно работающей системы московского здравоохранения. Мы проходили много разных этапов в отечественном здравоохранении: усиливали больницы, развивали моноцентры и прочее. Хотя наши зарубежные коллеги давно уже идут по пути создания сети многопрофильных медцентров.

Второе — поскольку самым важным, решающим является амбулаторный этап оказания медпомощи, то приоритетом, как и в прошлом году, будет улучшение работы московских поликлиник. В частности, работа с хроническими больными, формирование регистра хронических больных и пристальное внимание к ним. Именно эти пациенты, особенно страдающие болезнями системы кровообращения, онкозаболеваниями, дают большую летальность. С ними нужно работать очень внимательно на уровне поликлиник, так как наездами скорой помощи не решить эту проблему.

Как я уже говорил, мы имеем серьезное увеличение ресурсного потенциала нашей сети клиник и недостаточный уровень медобразования. Значит, образовательная деятельность — еще один приоритет.

Мы выстроили инфарктную сеть, на очереди онкобольные. Приоритетом будет решение их проблем. В частности, выстраивание системы оказания паллиативной помощи в Москве. В городе появился Центр паллиативной медицины, сейчас происходит реорганизация паллиативной службы через объединение всех хосписов, их восемь, интеграция службы в одно целое — структурно, функционально, идеологически, ресурсно.

Конечно, не забудем мы и о наращивании объемов оказания ВМП. Имея мощный технологический ресурс, нельзя не заниматься совершенствованием этого направления работы системы.

# ГОРОД — ЛЬГОТНИКУ

О ключевых принципах организации системы лекарственного обеспечения москвичей, имеющих право на льготы, рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Николай ПОТЕКАЕВ.

## Правовая основа

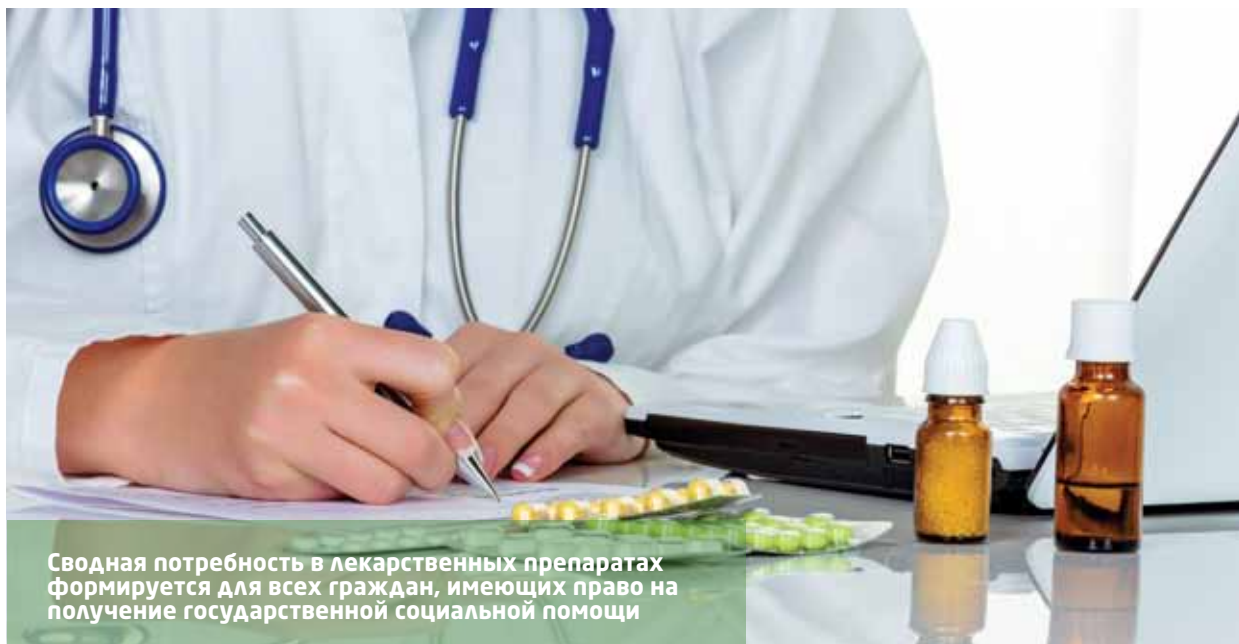
Выполнение обязательств по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, а также отдельных категорий жителей Москвы, имеющих право на социальную поддержку в части лекарственного обеспечения (далее по тексту — отдельные категории граждан), осуществляется правительством Москвы в полном объеме в рамках реализации федеральных и региональных нормативных правовых актов. Порядок предоставления заявки на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения (ИМН), необходимые для обеспечения отдельных категорий граждан, ежегодно утверждается департаментом здравоохранения столицы (на 2015 г. — распоряжение от 25.04.2014 № 515-р «О проведении заявочной кампании на закупку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в 2015 году», на 2016 г. — соответствующее распоряжение от 25.05.2015 г. №554-р).

## Утверждает комиссия

Сводная потребность в лекарственных препаратах формируется для всех граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в рамках



**Николай ПОТЕКАЕВ,**  
первый заместитель  
руководителя  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы



Сводная потребность в лекарственных препаратах формируется для всех граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи

выделенного финансирования (средства федерального и регионального бюджетов), и утверждается Комиссией по рассмотрению вопросов обеспечения лекарственными препаратами и ИМН медицинских организаций и населения города Москвы Департамента здравоохранения города Москвы.

Закупка лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках городского заказа для лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан осуществляется Департаментом здравоохранения города Москвы централизованно:

— на основании заявок ГКУ Дирекций (ГКУ ДКД МО ДЗМ и ГКУ Дирекции ТНАО) и главных внештатных профильных специалистов департамента, предоставленных и утвержденных в установленном в рамках заявочной кампании порядке;

— путем проведения торгов в соответствии с ФЗ от 05.04.2013г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;

— по международным непатентованным наименованиям (МНН).

### **Закуплены дополнительно**

Одновременно с этим по заявкам главных внештатных профильных специалистов городского департамента здравоохранения и медицинских организаций департаментом в 2015 году были закуплены дополнительные количества лекарственных препаратов и ИМН:

— в том числе для обеспечения вновь выявленных пациентов, а также пациентов, вернувших право на получение государственной социальной помощи в части лекарственного обеспечения и не включенных в основную заявку на 2015 год;

— для адресного обеспечения пациентов, которым по медицинским показаниям (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации требуются конкретные торговые наименования.

Согласно данным АП ЛЛО ЕМИАС Москвы, в период с 1 января по 31 декабря 2015 года (согласно предварительной базе) общая стоимость заключенных государственных контрактов по этому направлению составила 19,9 млрд рублей.

Данные сведения приведены с учетом закупок и поставок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С (в соответствии с ФЗ от 01.12.2014 г. № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (распределение в 2015 г. иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, по городу Москве составило 1 186,11 млн рублей), а также с учетом закупок и

поставок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, закупленных за счет средств регионального бюджета для обеспечения стационарных медицинских организаций и переданных для обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи). Объем товарных запасов в аптечных организациях и на складах фарморганизаций, осуществляющих логистические услуги, исходя из среднемесячного расхода, составил 3,02 месяца. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах, обеспечение которыми осуществляется за счет средств федерального и столичного бюджетов Москвы (доля обеспеченных рецептов, %), составляет 99,99%.

### **Система поставки**

Поставка лекарственных препаратов и ИМН в рамках заключенных госконтрактов осуществляется на аптечный склад ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы», откуда медикаменты отгружаются в аптечные организации центра и на аптечные склады фарморганизаций, осуществляющих логистические услуги в административных округах.

Перечень аптечных организаций, имеющих право на отпуск лекарственных препаратов отдельным категориям граждан, утвержден приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 26.12.2012 г. № 1511 «Об утверждении перечней аптечных организаций, имеющих право на отпуск лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания (для детей-инвалидов) отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи».

### **В ближайшей аптеке**

Отпуск неспецифических лекарственных препаратов и ИМН по выписанным рецептам осуществляется в аптечных пунктах, расположенных непосредственно в медорганизациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (по месту жительства), либо в аптечных организациях, наиболее приближенных к месту выписывания рецептов.

Обеспечение специфическими лекарственными препаратами (например, для лечения онкологических заболеваний, специальными средствами, используемыми при нарушениях функции выделения для обеспечения «стомированных» больных, дорогостоящими препаратами

определенного профиля, в частности, для обеспечения женщин в период беременности Иммуноглобулином человека антирезус Rho (D)) осуществляется через аптечные организации ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», расположенные непосредственно в медицинской организации, осуществляющей выписывание рецептов или в непосредственной близости от медицинской организации выписки. Отпуск наркотических средств, психотропных веществ и ядовитых веществ производится в аптеках ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», а также в коммерческих аптеках, имеющих соответствующие лицензии. Отпуск лекарственных препаратов экстремального изготовления по рецептам врачей осуществляется в



### **ВОПРОСЫ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ЕЖЕДНЕВНО ОБСУЖДАЮТСЯ НА ЗАСЕДАНИЯХ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ.**

аптеках ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», а также в коммерческих аптеках.

### **Набор социальных услуг**

В соответствии с ФЗ от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой осуществляется при наличии у гражданина права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (НСУ). В состав НСУ включено в том числе обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами и медизделиями по соответствующим рецептам, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В этом случае перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе препаратов, назначаемых по решению врачебных комиссий медорганизаций, перечни медизделий, специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов и порядка формирования таких перечней утверждает Правительство России.

## Перечень прирастает лекарствами

В 2016 г. обеспечение осуществляется:

— лекарственными препаратами для медицинского применения, в том числе препаратами, назначаемыми по решению врачебных комиссий медорганизаций по перечням, утвержденным распоряжениями Правительства РФ от 30.12.2014 г. № 2782-р (до 01.03.2016 г.) и от 26.12.2015 г. № 2724-р (с 01.03.2016 г.). В перечень лекарств для обеспечения отдельных категорий граждан на 2016 год дополнительно включены 15 препаратов (шесть из них — российского производства), а количество МНН препаратов этого перечня увеличено с 320 до 335;

— ИМН и специализированными продуктами лечебного питания детей-инвалидов по перечню, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 09.01.2007 г. №1 «Об утверждении Перечня изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи». При этом следует отметить, что в настоящее время распоряжением Правительства РФ от 14.10.2015 г. № 2052-р утвержден перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2016 год;

— медизделиями, отпускаемыми по рецептам при предоставлении набора социальных услуг по перечню, утвержденному распоряжением Правительства РФ от 29.12.2014 г. № 2762-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг».

## Меры социальной поддержки

В рамках реализации Постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (с учетом всех внесенных изменений) правительством столицы установлены меры социальной поддержки москвичей за счет средств бюджета города при наличии у пациента подобного права.

Деятельность в этой области регламентируется распоряжением правительства Москвы от 10.08.2005 г. № 1506-РП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой» (с учетом всех внесенных изменений).

Распоряжением утверждены:

— перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и ИМН отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой;

— перечень категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и ИМН отпускаются по рецептам врачей бесплатно. Обеспечение отдельных категорий граждан лекарствами, имеющих право на получение государственной социальной помощи, осуществляется в соответствии с перечнями лекарственных препаратов в рамках реализации московской территориальной программы госгарантий. Этот процесс регламентирован Постановлением правительства Москвы от 23.12.2014 г. № 811-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». Кроме того, распоряжением правительства Москвы от 10.08.2005 г. № 1506-РП предусмотрен отпуск ИМН по утвержденному Департаментом здравоохранения города Москвы перечню.



**УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН В НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОТОРЫМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО И СТОЛИЧНОГО БЮДЖЕТОВ, СОСТАВЛЯЕТ 99,99%.**

## По решению врачебной комиссии

Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов утвержден приказом Минздрава

России от 20.12.2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (с учетом всех внесенных изменений). В соответствии с этим документом назначение и выписывание лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное (или со скидкой) получение лекарств, при оказании им первичной медико-санитарной помощи осуществляется медработником по МНН, а при его отсутствии — по группировочному наименованию. При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) назначение и выписывание лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, а также по торговым наименованиям осуществляется по решению врачебной комиссии медорганизации. При этом данное решение фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

Приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1175н для лечения хронических заболеваний гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам предусмотрена возможность выписки рецептов на лекарственные препараты на курс лечения до 3-х месяцев.

Инвалидам и участникам Великой Отечественной войны выписка лекарств осуществляется единовременно на курс лечения до 3-х месяцев, в том числе на время их проживания за городом в летний период.

Во всех аптечных организациях, имеющих право на бесплатный или с 50% скидкой отпуск рецептурных лекарств и медизделий отдельным категориям граждан, сформированы резервы препаратов для инвалидов и участников Великой Отечественной войны, назначены лица, ответственные за поддержание указанного резерва. Пациентам с ограниченной мобильностью (ограничением двигательных функций) организована доставка лекарственных препаратов на дом.

За период с 1 января по 31 декабря 2015 года в рамках адресной доставки инвалидам и участникам Великой Отечественной войны, а также лицам, приравненным к ним по льготам, осуществлена доставка лекарственных препаратов на общую сумму 3 193,67 тыс. рублей. При этом были обслужены 495 пациентов, количество обслуженных рецептов — 2732 штук.

## Единый регистр

Выписка и отпуск лекарственных препаратов и ИМН отдельным категориям граждан (при наличии у них права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и (или) мер социальной поддержки) осуществляется в установленном порядке при включении пациента в Единый городской регистр.



**В 2015 г. в рамках программы обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами и ИМН стоимость затрат (по реализации) составила 18,46 млрд рублей.**

Порядок ведения регистра утвержден (совместным) приказом ДЗМ и ДИТ от 22.10.2014 г. № 914/64-16-421/14 «О порядке ведения Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве».

Ведение регистра осуществляется в медорганизациях, перечень которых утвержден приказом столичного департамента здравоохранения от 03.10.2014 г. №853 «Об утверждении перечня медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, осуществляющих ведение регистров отдельных категорий граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве».

## В амбулаторном звене

Выписывание рецептов осуществляется врачами медорганизаций, перечень которых утвержден приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 03.10.2014 г. № 852 «Об утверждении перечня медицинских организаций, по рецептам врачей (фельдшеров) которых лекарственные

препараты, медицинские изделия отпускаются отдельным категориям граждан бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве».

Согласно данным АП ЛЛО ЕМИАС Москвы, в период с 01.01.2015 г. по 31.12.2015 г. (сведения предоставлены по предварительной базе), в столице насчитывалось 615 медорганизаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачи которых имели право выписывания льготных рецептов, а фактически рецепты в 2015 году выписывали врачи 569 медорганизаций. При этом правом выписки льготных рецептов обладали 71 650 врачей, а фактически выписывали их — 24 835 человек. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, осуществлялось в 2015 году в 365 аптечных организациях (264 аптечных пунктах и 101 аптеке различных форм собственности). Общее количество аптечных организаций, осуществляющих сегодня отпуск лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения,

по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой — 377.

## По итогам года

В 2015 году в рамках программы обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами и ИМН стоимость затрат (по реализации) составила 18,46 млрд рублей, 7,08 млрд рублей из них составили средства федерального бюджета (обеспечены 425 864 пациента), 11,38 млрд руб. — средства регионального бюджета (обеспечены 549 574 пациента).

Всего в прошлом году было выписано 13 500 930 рецептов, обслужено — 13 500 127 рецептов. Доля рецептов, взятых на отсроченное обеспечение, по отношению ко всем выписанным составила 0,0059%. В случае временного отсутствия лекарственных препаратов и ИМН аптечная организация осуществляет его отсроченное обслуживание в установленный Минздравом России срок.




# IX

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

## СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО.

МОСКВА | ЦМТ | 24–25 МАЯ 2016



При поддержке  
Правительства  
Москвы  
**ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**  
  
НИИ организации  
здравоохранения и медицинского  
менеджмента Департамента  
здравоохранения города Москвы

[www.lab-med.pro](http://www.lab-med.pro)

### ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

- организация работы лабораторной службы города Москвы (централизация лабораторных исследований, логистика, материально-техническое и кадровое обеспечение деятельности лабораторий);
  - информационное обеспечение деятельности лабораторной службы;
  - внедрение новых методик в практику работы лабораторий (автоматизация различных видов лабораторных исследований, тест-систем, расходных материалов);
  - преимущества использования современных лабораторных технологий и методик в зависимости от профиля и задач лабораторий;
  - обеспечение качества лабораторных исследований: внутрилабораторный контроль качества, новые направления в работе ФСВОК, стандартизация лабораторий по ГОСТ Р ИСО 15189;
- организационные проблемы лабораторной службы: вопросы лицензирования, устройство помещений, использование средств и способов обеззараживания биологического материала, обеспечение безопасности работы и т.д.;
  - экономический подход в организации деятельности лабораторий (оптимизация использования автоматизированного оборудования, выбор экономически выгодных методик и т.д.);
  - новые диагностические возможности и роль лабораторной диагностики в профилактике и своевременном выявлении различных заболеваний;
  - взаимодействие лабораторной службы с прочими медицинскими специальностями при выявлении социально значимых и других заболеваний.

**Конгресс-оператор:**

**IKST** interforum  
ООО «КСТ Интерфорум»,  
г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 37  
Тел.: +7 (495) 722-64-20  
mail@interforum.pro

**Место проведения:**

Конгресс-центр ЦМТ  
(г. Москва, Краснопресненская наб., д.12, подъезд №4,  
метро «Улица 1905 года»).

# ГОСУДАРСТВЕННОЕ ДЕЛО

Отправляясь в аптеку и привычно приобретая необходимые лекарственные препараты, москвичи вряд ли задумываются о тех усилиях, которые были приложены для того, чтобы лекарства надлежаще хранились, бесперебойно доставлялись и присутствовали в достаточном количестве на аптечной полке. За эту работу в современной системе здравоохранения города отвечают специалисты государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ»).

## **Социальные обязательства**

История этого учреждения берет свое начало еще в 30-х годах прошлого века, о чем есть упоминание в архивных документах, как о московском аптечном складе. А некоторые аптеки появились еще в начале XIX века. Испытательная лаборатория была создана 4 августа 1941 года, переименовавшись в связи с началом Великой Отечественной войны и изменившимся характером и объемом работы, из Научно-исследовательской аптечной станции в Центральную контрольно-аналитическую лабораторию (ЦКАЛ). Развиваясь и укрупняясь, система просуществовала десятки лет, а в 2012 году, в целях совершенствования организации обеспечения населения города Москвы, в т.ч. льготных категорий граждан, необходимыми лекарственными средствами, появилось бюджетное учреждение, включающее в себя два склада, сеть аптек и испытательную лабораторию. Сегодня это ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ». В прошлом году аптечная сеть ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» «Аптеки Столицы» включала в себя 78 аптек (49 из них с

## 78

**аптек входит в состав аптечной сети ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ». В их числе: 49 – аптеки с рецептурно-производственным отделом; 13 – круглосуточные аптеки; 41 – аптеки, отпускающие наркотические и психотропные лекарственные препараты; 30 – аптеки, отпускающие препараты по родовым сертификатам.**

рецептурно-производственными отделами) и 36 аптечных пунктов, а с 1 января этого года к сети добавился еще 51 аптечный пункт.

Цель работы ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» — осуществление всего спектра социальных услуг в сфере лекарственного обеспечения населения города Москвы:

- розничная реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- мелкооптовый отпуск лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинские организации государственной и иной формы собственности;
- обеспечение декретированных категорий граждан лекарственными препаратами;
- изготовление лекарственных средств по индивидуальным прописям врачей;
- обеспечение медицинскими газами;
- организация лекарственного обеспечения по вопросам гражданской обороны и в условиях чрезвычайных ситуаций;
- предоставление базы для прохождения производственной практики при подготовке провизоров и фармацевтов.

Чтобы оценить работу по программе льготного лекарственного обеспечения, достаточно привести цифры: только в 2015 году количество рецептов, прошедших через ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», составило 13 млн 575 тыс. Реализовано было более 24 млн упаковок лекарственных препаратов.

### Расти и совершенствоваться

Одной из уникальных особенностей аптечной сети ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» заместитель директора по аптечной сети учреждения Ольга Мягкова считает наличие в большей части аптек рецептурно-производственных отделов. Хотя отдельные аптеки в Москве еще сохраняют у себя такие подразделения, но их осталось единицы. — Классически производственный отдел — сердце аптеки, вся фармация начиналась с этого. Не всегда то, что выпускает промышленность, может подойти больному с учетом индивидуальности дозировок, — говорит Ольга Мягкова. — Вопрос сохранения традиций изготовления лекарственных препаратов в условиях аптек очень актуален. Учитывая, что при аптечном изготовлении используются максимально натуральные ингредиенты, лекарственные препараты, изготовленные в условиях аптеки, не содержат консервантов и добавок. Те, кто следит за своим здоровьем, очень ценят это.

Если раньше, по словам Ольги Мягковой, значительная часть экстенпоральной рецептуры покрывала дефицит заводского фармацевтического производства, то в настоящее время ее ценность и значимость обусловлена изготовлением лекарственных средств с учетом особенностей пациента, что широко используется в педиатрии, геронтологии, кожной практике с учетом роста аллергических заболеваний из-за ухудшающейся экологии, а также при индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов заводского производства (красители, консерванты, наполнители и прочее).

— Мы тратим немало сил и средств для того, чтобы поддерживать и сохранять эти отделы. Социальная значимость их работы крайне велика, — подчеркивает заместитель директора.

Постоянно развивается и совершенствуется и работа других подразделений учреждения.

Лаборатория, входящая в состав «ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», осуществляет контроль качества лекарственных препаратов, проводит испытание лекарственных средств,

поступающих в оптовую и розничную торговлю, а также на фармацевтические производства для подтверждения соответствия их качества требованиям нормативной документации. Работает служба и на нужды ЛПУ.

В ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» разработана система качества, обеспечивающая многоуровневый контроль и позволяющая исключить попадание недоброкачественной продукции в реализацию.

Ежедневная проверка на предмет наличия фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных средств и медицинских изделий проводится во всех структурных подразделениях, как на складах, так и в аптечных подразделениях. В учреждении четко отлажена эффективная схема отзыва недоброкачественной продукции.

Качество лекарственных средств и медицинских изделий можно гарантировать только при строгом соблюдении условий транспортировки и хранения. Поэтому особое внимание уделяется системе «холодовой цепи», обеспечивающей сохранность качества иммунобиологических и термочувствительных лекарственных препаратов.

Автопарк ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» оборудован специализированными автомобилями-рефрижераторами. Объемы перевозок впечатляют. В прошлом году суммарная длина маршрутов автомобилей центра составила 535 920 км. Это в 1,4 раза больше, чем расстояние от Земли до Луны.

Аптечные склады ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» оборудованы холодильными камерами с температурным режимом хранения:

- +2 °С...+8 °С — 1037,6 кв. м;
- +8 °С...+15 °С — 387,7 кв. м;
- +15 °С...+25 °С — 6853,2 кв. м.

Все помещения оснащены кондиционерами, приборами для ежедневного учета показателей параметров воздуха (психрометрами, электронными терморегистрирующими устройствами).

Москвичи могут быть совершенно спокойны: те препараты, которые они получают в наших аптеках, прошли необходимый контроль качества, им было обеспечено правильное хранение и доставка.

## Быть в авангарде

В зоне особого внимания руководства города — лекарственное обеспечение жителей Новой Москвы. На момент присоединения территорий Новой Москвы сложилась непростая ситуация с лекарственным обеспечением отдельных категорий граждан, имеющих

## ПОДРОБНОСТИ



### Готовим смену

В нынешних реалиях учебным заведениям порой бывает сложно найти аптеки, готовые принять их студентов на практику. А ведь студентам институтов, фармацевтических колледжей и факультетов подобная практика так же необходима, как студентам-медикам — практика в больницах. Сеть «Аптеки столицы» — основная база для прохождения производственной практики при подготовке провизоров и фармацевтов. В среднем в ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» в год проходят производственную практику около тысячи студентов московских учебных заведений по специальности «фармация» с 1 по 5 курс. Студенты знакомятся с общими принципами работы аптеки, работы отделов: отдел готовых лекарственных форм, отдел безрецептурного отпуска, рецептурно-производственный отдел, лечебный отдел.

По словам Ольги Мягковой, кадровый потенциал предприятия и профессиональный уровень работников весьма высок.

— «Аптеки столицы» — правильный выбор для начинающего специалиста, — говорит она. — Так как наша сеть практически единственная имеет рецептурно-производственные отделы, ни в одной аптеке они такую практику пройти не смогут. Мы помогаем готовить не просто продавца лекарств, а профессионала — провизора/фармацевта. Иногда люди воспринимают аптеку как торговую точку. С обывательской точки зрения: пришел человек, дал деньги, рецепт, получил лекарство — ничего сложного. Порой трудно представить, что на той стороне прилавка, за первым столом стоит человек с высшим фармацевтическим образованием. Но надо понимать, что работа аптеки — это не просто торговля, а высококвалифицированная лекарственная помощь!

## ПОДРОБНОСТИ

**В режиме on-line**

С 2014 года все аптечные организации ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» подключены к ЕМИАС и осуществляют отпуск льготных лекарственных препаратов по электронным рецептам. А с 1 января прошлого года начала функционировать Аналитическая подсистема льготного лекарственного обеспечения (АП ЛЛО), интегрированная с ЕМИАС. Основными задачами АП ЛЛО являются сбор, хранение и обработка информации о поступлении и реализации льготных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Система представляет информационно-аналитические данные участникам системы ОНЛП, в том числе в вышестоящие организации: Департамент здравоохранения города Москвы, Управление фармации ДЗМ, Росздравнадзор, Минздрав. ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», используя сервисы ЕМИАС, осуществляет организационно-методическое сопровождение процессов ведения Регистра льготников, имеющих право на получение льготных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения бесплатно или с 50-процентной скидкой, включая пациентов, больных семью высокозатратными нозологиями (7 ВЗН), и Реестра врачей в медицинских организациях города Москвы (МО).  
Переход на электронную форму ведения учета лекарственных средств в системе ЕМИАС позволяет в режиме online получать данные о ситуации с льготным лекарственным обеспечением (в разрезе препаратов, профилей заболеваний, категорий льготников и так далее) для всех участников ОНЛП.

право на получение государственной социальной помощи на данных территориях: низкая плотность населения, большой разброс сельских поселений при значительных территориях при полном отсутствии социальной составляющей в лекарственном обеспечении населения. С 2012 года ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» занимается созданием системы лекарственного обеспечения населения новых территорий, соответствующей современным требованиям. В 2013 году в городе Троицке открыта аптека с отпускаем спецпрепаратов для лечения инкурабельных больных. Планируется открытие аптеки в поселке Московский.

В настоящий момент на территории ТиНАО функционирует уже 16 аптечных пунктов и 1 аптека с отпускаем льготных лекарственных препаратов.

**Подконтрольны правительству**

Лекарственное обеспечение остается одним из важнейших факторов стратегической безопасности государства, подчеркивает Ольга Мягкова. Аптек разных форматов и форм собственности в Москве более чем достаточно. Частный предприниматель сегодня может открыть аптеку, получить лицензию, определиться с ассортиментом и запустить работу... А затем, решив, что бизнес нерентабелен, переключиться на другой проект. Однако в таких условиях столь огромный город, как Москва, не смог бы обеспечивать стабильность лекарственного обеспечения. Это прекрасно понимают в ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ».

— Мы, являясь учреждением, подведомственным Департаменту здравоохранения города Москвы, планируем свою работу, исходя из тех задач, которые ставит перед Департаментом здравоохранения правительство города Москвы, — говорит Ольга Мягкова. — Определяя ассортимент, мы исходим не из того, что нам хочется, а из того, что нужно больным, населению. Коммерсант решает такие вопросы, исходя из собственной выгоды. У нас так вопрос не стоит, мы выполняем госзадание по лекарственному обеспечению граждан. С каждым годом на нас дополнительно возлагаются новые функции, и наше дело — выполнять поставленные задачи. Ведь мы являемся государственным бюджетным учреждением, базовым предприятием, созданным для того, чтобы город, независимо ни от чего, 24 часа в сутки полностью обеспечивал своих жителей лекарственными препаратами.

# ЮЛИЯ АНТИПОВА: ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЗАКУПОК ПОЗВОЛЯЕТ ЭКОНОМИТЬ СРЕДСТВА

Лечит пациента врач, но если пациенту не будут доступны необходимые ему лекарственные средства, терапия вряд ли будет высокоэффективной. О нюансах работы городской системы государственных закупок лекарственных средств рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Юлия АНТИПОВА.

**— Юлия Олеговна, каковы сегодня ключевые нюансы работы системы государственных закупок лекарственных средств на региональном уровне?**

— Ключевые нюансы в принципе известны. Первое — закупки препаратов по МНН — норма, определенная законом №44-ФЗ. Исключений практически нет: только в случае закупок лекарственных средств, выписанных по заключению врачебной комиссии для конкретного пациента на конкретный срок. В этом случае можно закупать определенное врачебной комиссией торговое наименование. Собственно, это существенный момент, хоть такие случаи и редки. Дело в том, что каждое торговое наименование закупается отдельно: если есть пять пациентов которым необходимо одно и тоже торговое наименование, то должно быть проведено пять отдельных конкурсных процедур. Более того, по каждому такому случаю фактически проводятся две конкурсные процедуры: сначала мы покупаем у единственного поставщика на месяц, чтобы потом провести запрос предложений на остаток периода.



**Юлия АНТИПОВА,**  
заместитель  
руководителя  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

**— Это, наверное, увеличивает нагрузку на специалистов департамента?**

— Да, конечно. Заключить один контракт на 1000 упаковок или 2000 контрактов на ту же тысячу упаковок — большая разница. Формирование конкурсной документации кропотливейшая работа, небольшая ошибка — поменял два знака местами в сумме — и это уже административное правонарушение. На один день пропустил регламентированный законом срок публикации протокола торгов, например, немного что-то изменилось в документации — административное нарушение. Это большой труд и большая личная ответственность. Но закон есть закон, надо работать, и работать внимательно.



**МЫ СТАРАЕМСЯ РАБОТАТЬ С ДОГОВОРАМИ МАКСИМАЛЬНО БЫСТРО, И, КОНЕЧНО, ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОБРАБОТКИ ЗАЯВОК НА ЛЕКПРЕПАРАТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ТОРГОВ, БОЛЬНОЙ НЕ ОСТАЕТСЯ БЕЗ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

**— Закупки лекарств происходят сегодня исключительно на электронных аукционах?**

— На сегодняшний день все лексредства, закупаемые по МНН, торгуются на электронных площадках. Примечательно, что фасовки в конкурсной документации мы уже не указываем, так как поставщик имеет право выставить на торги ту фасовку которая у него имеется в наличии. Условно, если мы просим 1 упаковку по 20 таблеток, поставщик имеет полное право предоставить нам в рамках контракта 2 упаковки по 10 таблеток. В случае с твердыми формами лексредств в этом нет ничего страшного, другое дело, например, вакцины. Здесь фасовка имеет более принципиальное значение.

**— Врачи и главврачи знают все эти нюансы, не бывает недопонимания с их стороны?**

— Надеюсь, что знают и понимают, поскольку регулярно в рамках совещаний до них доводятся все нововведения и нюансы законодательства о закупках. В обязательном порядке рассылает информационные письма. Может быть, они не очень удобны для восприятия и написаны сухим языком, но ключевые моменты, которые должен знать человек, отвечающий в клинике за лекобеспечение, в них прописаны четко.

Есть возможность и подучиться у таких специалистов. Сейчас достаточно учебных курсов, семинаров на тему закупок. Тем более, что специалисты обязаны проходить сертификацию на знание нормативно-правовой базы раз в три года. Правда, преимущественно такие программы нацелены на закупщиков в целом, вне зависимости от сферы работы специалиста. Но, так или иначе, возможности для того, чтобы быть в курсе всех особенностей подготовки и проведения торгов, сегодня есть для всех, у кого есть желание и необходимость это знать.

**— Сказывается ли как-то на пациенте такой большой объем работы, проводимой в рамках осуществления госзакупок лекарственных средств?**

— Мы стараемся работать с договорами максимально быстро и, конечно, вне зависимости от сроков обработки заявок на лекпрепараты и проведения торгов, больной не остается без медицинской помощи, в том числе и без необходимых ему лекарственных средств. При этом, не очень понимаю, почему нельзя добавить в закон строчку о том, что в случае, если, например, десять человек по решению врачебной комиссии получают один и тот же препарат, мы можем закупить этот препарат одним аукционом, приложив соответствующие документы? Всем от этого было бы легче.

**— Насколько сегодня централизованы закупки лексредств в Москве?**

— В рамках той работы, которая проводится в Москве по централизации и стандартизации закупок, с прошлого года мы делаем совместные с клиниками торги на ЖНВЛП. Мы собираем потребности клиник, готовим процедуру, проводим аукцион. Это облегчает жизнь клиникам, у них нет необходимости держать в штате людей, которые бы специально занимались только сопровождением закупок. Напомню, это очень кропотливая работа. Такая централизация позволяет и экономить средства, ведь понятно, что чем крупнее лот, тем дешевле лекарственное средство обходится. Также для стационаров мы осуществляем централизованные закупки лексредств по трем направлениям: онкология, ревматология и неонатология. По этим профилям город взял на себя дополнительные расходы по лекобеспечению.

Ну и, конечно, централизованы все закупки препаратов в рамках программы льготного лекарственного обеспечения.

**— Этот процесс как-то автоматизирован?**

— Да, с 2012 года существует специализированный портал Департамента здравоохранения Москвы, который

автоматизирует сбор и обработку заявок. Больницам многие вещи не нужно делать самим. Не надо ничего печатать в экселевских табличках: выбираешь препарат, пишешь дозировку, какое количество нужно, и программа на основе реестра зарегистрированных отпускных цен выдает стоимость закупки. Жить с этим порталом проще больницам — легче формировать, а нам проще контролировать процесс. В электронном виде — это не на бумаге, всегда можно посмотреть, что у больницы в совместных торгах, а что они самостоятельно нам на рабочую группу подали и в каких объемах.

### **— Эта система привязана к ЕМИАС?**

— Нет, в этом нет смысла. С прошлого года к ЕМИАС привязана заявочная кампания на лекарственные препараты для льготных категорий граждан. Кроме того, в 2015-м мы сделали электронный рецепт по лекарственным препаратам. Это, безусловно, облегчит жизнь поликлиникам. Сейчас совершенствуем эти сервисы.

### **— Во многих регионах представители пациентских организаций жалуются на перебои с лекарственным обеспечением. Как с этим дело обстоит в Москве?**

— В Москве мы стараемся заявочные кампании проводить заранее. Заранее выясняем потребности, готовим конкурсные процедуры. Заявочные кампании на следующий год начинаются в апреле текущего. В этом году немного изменили заявочную кампанию по неспецифическим лекарственным препаратам: определили сколько в среднем стоит один рецепт на льготника в Москве, умножили на количество льготников, обратившихся в конкретную поликлинику или филиал, получили определенную сумму и довели эту информацию до поликлиник, а они уже, исходя из этого, формировали заявку на лекарственное обеспечение льготников под конкретного пациента. Это позволяет планировать и закрывать потребность в лекарствах намного эффективней, а главное, встроить в процесс планирования сами поликлиники, чтобы у них не возникало проблем. В прошлом году торги по льготным лекарственным средствами мы провели уже в ноябре — декабре, контракты заключены, поставка была предусмотрена в 20-х числах декабря.

Не могу сравнить Москву с другими регионами, но часто в кругу коллег слышу мнение, что Москва — один из регионов, у которого самые прозрачные закупки, в определенном смысле пример для подражания.

### **— Можете вы выделить какие-то проблемные места в работе системы?**

— Есть нюансы законодательства, которые несколько осложняют практику реализации закупок. Мой любимый

пример — очень сложно купить кислород, а закись азота вообще невозможно. Нюанс в том, что при проведении торгов мы не можем учесть стоимость необходимого для хранения и транспортировки закиси азота оборудования. В итоге, нет производителей, желающих фактически за свой счет покрывать эти расходы, так как платим мы только за сам препарат. Эти дополнительные расходы ложатся на плечи системы здравоохранения города.

Есть и определенные сложности с понятием терапевтический эквивалент. Оно не зафиксировано в законе, но прописано в рекомендациях и разъяснениях ФАС. Теперь, если нам нужны таблетки, а производитель, выигравший торги, может поставить только порошок, мы обязаны его взять. Или мы просим раствор, а получаем порошок без растворителя. Также согласно позиции ФАС условно 1 таблетка и 6 могут быть эквивалентны, если содержат одинаковое количество активного действующего вещества. Но ведь существуют ситуации в клинической практике, когда это далеко не так. Больному с раком гортани и одну таблетку принять проблематично.

Конечно, ограничение конкуренции недопустимо. Но разве допустимо ограничение прав потребителя? Нужно искать компромисс.

### **— Что бы вам хотелось донести до лечащих врачей, исходя из того, что вы рассказали о нюансах работы системы госзакупок лекарственных средств?**

— К сожалению, врачи не всегда разъясняют пациентам, что в рамках одного МНН существуют препараты с разными названиями, но совершенно идентичные по лечебному эффекту. Хотелось бы обратиться к специалистам стационаров, от которых пациенты уходят в поликлиники с вполне конкретными рекомендациями по лекарственной терапии. Если в такой рекомендации прописан конкретный препарат, врачу в поликлинике потом очень сложно убедить пациента в том, что есть не худший аналог.

А главных врачей я бы хотела попросить максимально внимательно относиться к процессу госзакупок, помня о его специфике. Все мы вместе занимаемся важным делом — лечением пациентов, и без лекарств, оборудования, расходных материалов врач сегодня вряд ли сможет им помочь. Пожалуйста, больше внимания уделяйте процессу планирования потребностей своего учреждения и реализации закупок. Не всегда то, что кажется простым и логичным на практике, можно легко и быстро реализовать в существующей системе госзакупок.

# ОТ ОБЩЕГО К ЧАСТНОМУ...

Некоторые вопросы лекарственного обеспечения вызывают сегодня непонимание среди населения. Сложной задачей является их решение и для регуляторов отрасли, пытающихся в непростых экономических условиях сделать медицинскую помощь более эффективной.



**Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ,**

директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

## **Законодательная неоднозначность**

Существует несколько трактовок понятия «медицинская помощь». В чем-то они даже противоречат друг другу. Например, З.В. Каменева определяет медицинскую помощь как «деятельность медицинского учреждения (медицинского работника) по оказанию услуг в целях сохранения, укрепления, предупреждения, лечения либо восстановления физического и психического здоровья человека». А по мнению заведующей кафедрой общественного здоровья МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Н.Б. Найговзиной, «медицинская помощь — осуществляемая медицинскими работниками медицинская деятельность, направленная на сохранение и укрепление здоровья граждан». Федеральный закон определяет понятие «медицинской помощи» несколько иначе: «это совокупность правоотношений, т.е. общественных отношений, урегулированных нормами права (ст. 32 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Несмотря на видимые различия формулировок, общее в них – комплексность подхода. При этом среди важных составляющих медицинской помощи неотъемлемым компонентом является и лекарственное обеспечение.



В этой связи возникает вопрос: почему обеспечение лекарственными препаратами — неотъемлемый элемент медицинской помощи — выведено в отдельный вид государственных гарантий? Этот казус, на мой взгляд, чреват возникновением множества противоречий, которые могут конвертироваться в проблемы населения при получении необходимых лекарств, а государственным ведомствам затрудняют ведение лекарственной политики.

Обратимся к документам федерального уровня. В настоящее время у нас в стране действует «Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года», принятая приказом Минздрава России. Существует также «Фарма 2020» (Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 г.) — отраслевой документ, принятый Минпромторгом РФ и определяющий ключевые векторы развития лекарственной промышленности. Есть и много других документов — законов, постановлений и прочих нормативно-правовых актов. Можно ли в этом многообразии понять, куда же стратегически движется система лекарственного обеспечения как часть медицинской помощи? На этот вопрос пока нет однозначного ответа.

### **Готово ли общество?**

Понятно, что государству важно принимать меры по защите и поддержке отечественных фармпроизводств. Но давайте задумаемся, не окажется ли эта поддержка «медвежьей услугой»? Может быть, создаваемые нами тепличные условия, которые отсутствуют на реальном рынке, нанесут производителям больше вреда, чем пользы...

Всем понятно, что лекарства должны быть качественными и эффективными. Но более чем за 20 лет в стране так и не была построена надлежащая система фармаконадзора, при которой любая побочная реакция становится предметом расследования со стороны надзорных органов.

Представляется очевидным, что фарминдустрия не должна влиять на параметры выписки и назначений лекарственных препаратов через инструменты маркетинга и медицинских представителей. Но отечественная система медобразования и повышения квалификации врачей не способна сегодня оперативно отслеживать бурно меняющуюся конъюнктуру рынка и все прорывные технологии в фармакологии. Как врачу быть в курсе новейших разработок фармакологов?

Вышеперечисленные противоречия — не претензия тем или иным ведомствам. Это — вопросы нашему

обществу. За какие решения наше общество готово заплатить? К примеру, «раскрутив вентиль» в политике обеспечения всеми инновационными препаратами (как это раньше было в США), очевидно, что мы получим многократное увеличение бюджета на лекарственные средства. Готовы ли российские налогоплательщики или даже просто физические лица оплачивать эти расходы? Ответ будет скорее отрицательным.

Эти и другие системообразующие вопросы будут решаться долго и противоречиво. Общество пока не пришло к консенсусу. Но одновременно идут тактические преобразования системы лекарственного обеспечения. Кто-то, возможно, спросит: зачем за-



**ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ОЧЕВИДНЫМ, ЧТО  
ФАРМИНДУСТРИЯ НЕ ДОЛЖНА ВЛИЯТЬ  
НА ПАРАМЕТРЫ ВЫПИСКИ И НАЗНАЧЕНИЙ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЧЕРЕЗ  
ИНСТРУМЕНТЫ МАРКЕТИНГА И МЕДИЦИНСКИХ  
ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ.**

ниматься тактикой, не решив вопросы стратегии? Это замечание справедливо лишь отчасти. Людям надо лечиться здесь и сейчас. Невозможно дожидаться системных изменений, приостановив решение текущих тактических вопросов, ведь в таком случае будут поставлены под угрозу гарантии оказания помощи. А строить параллельно старой новую систему — накладно и экономически невыгодно.

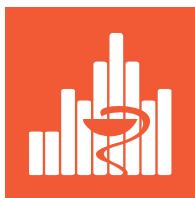
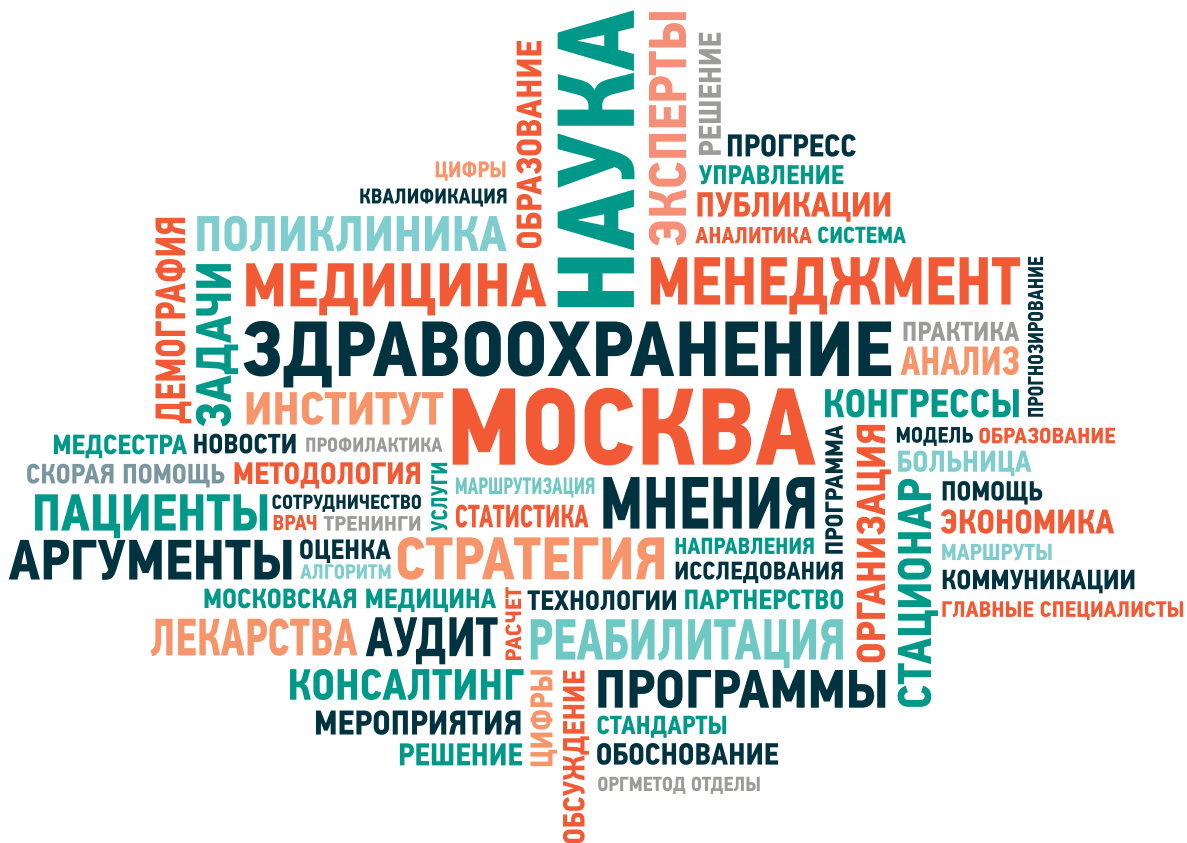
Мы видим, какое внимание государства сегодня обращено на Перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Во всех регионах Перечень становится базовым элементом системы обеспечения лекарствами. Однако основная роль этого Перечня — регулирование цен и наценок. По медицинским показаниям должен

быть назначен тот препарат, который действительно поможет. И даже формальный статус регистрации препарата в России все больше перестает значить в этом плане. Уже имеется большая судебная практика, когда региональные ведомства обязывали закупать препараты, даже не зарегистрированные у нас в стране.

Такие перекосы сказываются на качестве лекарственного обеспечения широких слоев населения. Пообещав в рамках государственных гарантий бесплатную медицинскую помощь, система обрекает себя на дефицитность. Разрешить данный парадокс помогает внедрение системы оценки медицинских технологий (Health Technology Assessment — HTA), основным элементом которой является практическая фармакоэкономика, а также введение условного порога готовности платить. К введению порога готовности платить наше общество пока не готово (хотя подобный подход уже давно исповедуют самые продвинутые в лекарственной политике страны Запада). Однако вопросами имплементации фармакоэкономики в систему принятия решений необходимо озаботиться уже сейчас. Так как не всегда более дорогое средство принесет наибольший эффект в сравнении с более дешевым препаратом. Но не всегда выгоден и более дешевый препарат, если принять во внимание общие затраты времени и средств на лечение. Именно поэтому НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ пытается сформировать систему принятия решений на основе фармакоэкономических данных.

В ближайшем будущем нам предстоит пережить запуск программ лекарственного возмещения. Минздрав России настоятельно рекомендует регионам озаботиться решением этого вопроса. Население должно иметь возможность лечиться не только в стационаре, но и амбулаторно. При этом не обязательно становиться инвалидом, чтобы иметь доступ к бесплатным лекарствам. Нас ждет референтное ценообразование и изменение системы наценок товаропроводящей цепочки на тарифы. Очевидно, будет решен вопрос и с фармаконадзором, госзакупками, гарантиями, инфраструктурой...

Главное в решении этих вопросов — посоветоваться с врачом и пациентом...



**НИИ**  
**ОРГАНИЗАЦИИ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**И МЕДИЦИНСКОГО**  
**МЕНЕДЖМЕНТА**

+7 (495) 951-20-54  
 niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва,  
 Большая Татарская, 30  
 www.niiozmm.org

# ВАЛЕРИЙ ПАВЛОВ: ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА — ГАРАНТИРОВАТЬ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ РАБОТЫ ОТРАСЛИ

Финансы всегда были камнем преткновения на пути развития системы оказания медпомощи в стране. Столица на общем фоне выглядела в этом плане более-менее благополучно, но и при наличии денег их нужно уметь считать. В Москве это научились делать. О принципах рационального подхода к решению финансовых проблем отрасли рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Валерий ПАВЛОВ.



**Валерий ПАВЛОВ,**  
первый заместитель  
руководителя  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

**— Валерий Валентинович, каков на сегодняшний день бюджет московского здравоохранения?**

— Департамент здравоохранения города оперирует бюджетом в 184,5 миллиарда рублей. С учетом средств ОМС и расходов других департаментов на здравоохранение сумма составляет 317,4 миллиарда.

**— Можно ли сказать, что все эти средства используются максимально эффективно?**

— В целом да. Хотя всегда есть над чем работать в этом направлении. На повышение эффективности использования средств направлены мероприятия в рамках осуществления финансового контроля за расходованием бюджетных средств. По итогам 2015 года нами было возвращено в городской бюджет 95,7 миллиона рублей, использованных не по назначению. При этом должен отметить: финансовая дисциплина столичных медицинских учреждений неизменно улучшается, что отмечает в своих документах Главконтроль Москвы.

Со своей стороны, мы делаем акцент в работе на профилактику различных нарушений. Например, для контроля эффективности расходов медицинских



**Валерий ПАВЛОВ: «Для повышения качества оказания медицинской помощи москвичам город нашел средства и возможности поддержать медицинские организации»**

организаций, подведомственных департаменту, создана и постоянно действует рабочая группа. Она контролирует закупку товарно-материальных ценностей, в том числе лекарственных препаратов, расходных материалов, мебели (кровати, тумбочки, перевозки для маломобильных пациентов) и необходимых лечебным учреждениям услуг (ремонт, уборка, стирка белья и т.п.). Большинство закупок проводится централизованно департаментом или на совместных с лечебным учреждением торгах. Принципиально важно, что закупки медицинского назначения в абсолютном приоритете. Рабочая группа Департамента здравоохранения Москвы рассматривает все поступающие предложения по закупкам от лечебных учреждений на предмет их эффективности и необходимости.

**— Много дискуссий ведется в последнее время вокруг вопроса об эффективности работы системы ОМС, в том числе и финансовой эффективности. Что вы думаете по этому поводу?**

— Сегодня страховые принципы в финансировании оказания медпомощи используются во многих странах с развитой системой здравоохранения. Отличие такой модели состоит в более ответственном и эффективном отношении к вопросам оказания медицинской помощи.

Например, медицинским организациям такая система дает определенную самостоятельность в выборе приоритетов и способов развития. Если при сметно-бюджетном финансировании учреждения могли использовать средства в пределах доведенных объемов и только на цели, на которые они доводились, то при переходе на финансовое обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования медицинские организации получили возможность получать средства за фактически оказанные медицинские услуги в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медпомощи. Это дает большую свободу для финансового маневра на уровне клиники, повышает мотивацию руководства медучреждения и медперсонала. Задействуются механизмы конкуренции клиник за пациента, а значит, будет расти и качество оказываемой медпомощи. Руководству медицинских организаций пришлось пройти через своеобразную мировоззренческую «перезагрузку», поскольку результативность работы сегодня зависит не от административных возможностей того или иного главного врача, а базируется на совершенно четких показателях, связанных с объемами и качеством медицинской помощи. И каждый руководитель может и должен «считать» эффективность работы медорганизации и каждого отдельного сотрудника.

Конечно, особняком стоит вопрос повышения эффективности работы страховых медицинских организаций. К сожалению, не всегда страховые компании заинтересованы в объективной проверке качества оказания медицинской помощи. Бывают случаи, когда собственные интересы идут вразрез с интересами отраслевого развития, интересами пациента. В связи с этим в экспертной среде даже обсуждаются возможности перехода на систему страхования с единым страховщиком. Так или иначе, слова главы государства — значимый сигнал, и Министерство здравоохранения России заявило о готовности совершенствовать работу в этом направлении.

**— Много претензий к тарифам ОМС, в том числе и у самих медиков, у руководителей клиник. Что планирует предпринять в связи с этим руководство департамента?**

— В прошедшем году мы активно сотрудничали в этом направлении с МГФОМС. С другой стороны, совместно с главными врачами городских стационаров и поликлиник проведен анализ и тщательно проработан вопрос тарифов на медицинские услуги по таким направлениям, как болезни хирургического профиля, болезни системы кровообращения, травматология и ортопедия, онкология, в том числе оказываемые в детских стационарах. В итоге мы совместно пришли к выводу, что тарифы требуют корректировки. Для повышения качества оказания медицинской помощи москвичам город нашел средства и возможности поддержать медицинские организации. Было принято решение об увеличении с 1 июля 2015 года тарифов по 80 медицинским услугам. Дополнительные поступления стационарным учреждениям при оказании медицинских услуг за каждый страховой случай составили: при легочных заболеваниях — 19–30 тысяч рублей (в 1,7–2,0 раза), при хронических заболеваниях (гепатит, цирроз, колит) — 30–55 тысяч рублей (в 1,9–2,3 раза), при гнойных и воспалительных заболеваниях — 7–47 тысяч рублей (в 1,3–1,9 раза) и др. Значительно выросли поступления лечебным учреждениям при проведении хирургического лечения раковых заболеваний (рак пищевода, желудка, поджелудочной железы) от 80 до 130 тысяч рублей (в 2–2,5 раза).

В 2,8 раза, почти на 300 тысяч рублей, вырос тариф на оказание медицинской помощи в случае тяжелых распространенных глубоких ожогов и обморожений. Не остались без внимания и детские стационары. Так, дополнительные поступления за оказанные медицинские услуги при лечении глазных болезней

составили — 58–100 тысяч рублей (в 2,2–3,1 раза), при переломах, травмах — от 35 до 113 тысяч рублей (в 1,3–2,1 раза) и др.

Одновременно было принято решение о повышении подушевого норматива финансирования для городских поликлиник в среднем на 14%, что открыло дополнительные возможности для улучшения деятельности лечебных учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению. Повышенные тарифы пролонгированы и на 2016 год. Кроме того, для совершенствования политики применения тарифов ОМС в настоящее время Департаментом здравоохранения Москвы совместно с МГФОМС прорабатывается вопрос о переходе в



**В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ БУДЕТ ПЕРЕХОД НА СИСТЕМУ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП В СТАЦИОНАРАХ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИК ПРИ ПОДУШЕВОМ ФИНАНСИРОВАНИИ.**

стационарах на оплату по клинико-статистическим группам заболеваний. В Москве в 2016 году будет реализовываться пилотный проект в отдельных учреждениях (прошедших отбор) по применению клинико-статистических групп, внедрение которых запланировано в 2017 году.

**— С какими сложностями пришлось столкнуться руководству департамента в связи с быстро меняющейся экономической ситуацией в стране?**

— Происходящие изменения в экономике страны, отражающиеся на колебании валют, конечно же, неблагоприятно сказываются на организации закупок, например лекарственных препаратов и расходных материалов импортного производства. Но мы это постарались учесть при формировании бюджета города Москвы на 2016 год и плановый период 2017 и 2018 годов, в котором заложена индексация на закупку лекарственных препаратов и медицинского расходного материала. Проведена индексация расходов бюджета и по другим видам расходов, таким

как питание, проведение скрининговых исследований, приобретение оборудования.

Показательный пример — финансовое обеспечение оказания отдельных затратных видов медпомощи. Например, в прошлом году из средств бюджета города Москвы на приобретение дорогостоящих лекарственных препаратов, имеющих наибольший положительный эффект и минимальное побочное действие, в том числе для лечения онкологических заболеваний, было направлено 1331,4 миллиона рублей. В 2016 году на указанные цели в бюджете города Москвы предусмотрены средства в сумме — 1945,2 миллиона рублей (рост в 1,47 раза).

### **— Какова сегодня мера участия коллектива клиники в определении зарплаты ее штатных сотрудников?**

— Как известно, сегодня в соответствии с Трудовым кодексом система оплаты труда работников медицинских организаций и ее порядок, условия и размеры выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, которые согласуются с профсоюзом. В рамках эффективного контракта стимулирующие выплаты, в том числе премии и надбавки за эффективность, устанавливаются в соответствии с положениями об оплате труда работников медицинских организаций с учетом выполнения определенных показателей и конкретизированы в трудовых договорах работников. Дифференцируется величина оплаты труда медицинских работников и в зависимости от сложности, качества выполняемых работ, а также эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям. При этом каждая медицинская организация самостоятельно разрабатывает показатели эффективности деятельности работников исходя из различных критериев: удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи, отсутствием обоснованных жалоб, соблюдением трудовой дисциплины и профессиональной этики и других. Все это существенно расширяет возможности клиники влиять на уровень оплаты труда своих сотрудников и эффективно перераспределять средства фонда заработной платы внутри организации.

### **— На чем сосредоточите внимание в наступившем году?**

— Наша главная задача — гарантировать финансово-экономическую стабильность работы отрасли и наших медицинских и обеспечивающих организаций. Считаю, что заложенные объемы финансирования позволяют гарантировать ее реализацию. В части же совершенствования системы оплаты медпомощи в фокусе внимания будет переход на систему

клинико-статистических групп в стационарах и создание системы мотивации к повышению качества работы поликлиник при подушевом финансировании. В частности, разрабатывается для внедрения в практику система рейтингования лечебных учреждений городской системы здравоохранения. Мэром Москвы Департаменту здравоохранения города было поручено пересмотреть показатели эффективности работы главных врачей медицинских организаций. До сих пор подобная оценка была, с одной стороны, достаточно формальной, с другой — опиралась на трудно проверяемые критерии самооценки. Теперь ситуация изменится.

Сегодня мы работаем над созданием экономического паспорта поликлиники, который содержит ключевые данные по ее финансово-экономическому положению. В числе базовых показателей оценки эффективности работы главного врача поликлиники значатся вполне конкретные критерии доступности медицинской помощи, например, время ожидания пациентом приема терапевта и специалистов первого и второго уровня. Качество оказываемой помощи оценивается исходя из анализа доли вызовов скорой помощи (в первую очередь неоднократных) и внеплановых госпитализаций по хроническим заболеваниям. Отдельный блок — удовлетворенность пациентов. Мы учитываем отзывы о работе медицинской организации и ее специалистов, а также долю жалоб, которые признаны обоснованными. Оценивается и финансовая эффективность работы: анализируются доля немедицинских расходов в бюджете медицинской организации, эффективность загрузки персонала и аналогичные параметры. Параметры оценки стационаров в определенной степени похожи, но есть и различия конечно. В частности, важными показателями работы больниц являются частота повторных госпитализаций и параметры хирургической активности.

Понятно, что показатели рейтинга лягут в основу управленческих и административных решений. Но важно то, что это будет не наказание или поощрение персонала, а работа по совершенствованию всей системы. «Отстающим» клиникам будет предложено формировать индивидуальные планы развития, к работе над которыми будут активно подключаться специалисты Департамента здравоохранения. Успешное же выполнение базовых показателей гарантирует для клиник наличие всех необходимых ресурсов для успешной работы и стимулирования сотрудников. Важно нам будет и учесть опыт лучших, чтобы помочь остальным.

# ОПТИМИЗАЦИЯ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

Острая задержка мочеиспускания является одной из самых частых причин экстренной госпитализации пациента в урологический стационар и самым частым осложнением такого распространенного заболевания у мужчин, как гиперплазия предстательной железы.



**Дмитрий ПУШКАРЬ**,  
главный внештатный  
специалист уролог  
Департамента здраво-  
охранения Москвы и  
Минздрава России,  
заведующий кафедрой  
урологии МГМСУ  
с соавторами\*

## Анкетирование

По данным современной литературы, около 10% мужчин старше 70 и около трети мужчин старше 80 лет имеют риск столкнуться с этой проблемой (Natural history and clinical predictors of clinical progression in benign prostatic hyperplasia. AU Fong YK, Milani S., Djavan B SOCurr Opin Urol. 2005;15(1):35. Department of Urology, University of Vienna, Vienna, Austria; Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. AU Jacobsen S.J., Jacobson D.J., Girman C.J., Roberts R.O., Rhodes T., Guess H.A., Lieber M.M. SO J Urol. 1997;158(2):481. Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota 55905, USA; Contemporary Urology. Urology Times 2005 Fact Book. Advanstar Medical Economics Healthcare Communications Secondary Research Services 2005.). При этом у женщин ОЗМ наблюдается в 13 раз реже (The management of female urinary retention. Ramsey S, Palmer M Int Urol Nephrol. 2006;38(3-4):533. Department of Urology, Gartnavel General Hospital, 1053 Great Western Rd, G12 0YN, Glasgow, UK.) с частотой 3 случая в год на 100 тысяч населения (Acute urinary retention in women: a prospective study of 18 consecutive cases. Klarskov P., Andersen J.T., Asmussen C.F., Brenøe J., Jensen S.K., Jensen I.L., Lund P., Schultz A., Vedel T Scand J Urol Nephrol. 1987;21(1):29).

Таблица 1. Подушевое финансирование, млн руб.

По скорой	391	72,9%
По направлению	98	18,3%
Самотек	47	8,8%

Для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ) и перерасчета соответствующего стандарта нами был проведен анализ оказания медицинской помощи данной категории пациентов в Москве. Во все урологические стационары города, находящиеся в ведении столичного Департамента здравоохранения были разосланы более 1 тыс. анкет. По согласованию с заведующими урологических отделений на каждый случай госпитализации оформлялась одна анкета. По результатам анкетирования, проведенного с февраля по май 2015 года, выполнен анализ демографических показателей, а также методов лечения больных с ОЗМ, поступавших в этот период в московские стационары. Критериями исключения из исследования были наличие цистостомического дренажа и уретрального катетера, т.е. пациенты, у которых госпитализация была обусловлена неадекватным функционированием последних, участия в исследовании не принимали. В ходе исследования было получено и подвергнуто статистической обработке 536 анкет, присланных из 21 урологического отделения. Подавляющее большинство пациентов 531 (99,1%) с ОЗМ были мужского пола. Средний возраст больных составил 69,5 года, из всех зарегистрированных 419 (78,2%) пациентов на момент госпитализации не работали. Наибольшее число пациентов доставлялись в стационар бригадой

Рисунок №1. Причины острой задержки мочи



Таблица 2. Характеристика ранее проводившегося оперативного лечения

Не проводилось	461	86,0%
Аденомэктомия	7	1,3%
ТУР простаты	30	5,6%
Лазерная вапоризация простаты	1	0,2%
Лазерная энуклеация простаты	1	0,2%
Брахитерапия	2	0,4%
Другое	34	6,3%

скорой медицинской помощи, при этом у 144 (26,9%) пациентов ранее уже были госпитализации по поводу ОЗМ (таб. 1).

Основной причиной ОЗМ у подавляющего большинства пациентов явилась гиперплазия предстательной железы (рис. 1). Средний объем простаты составил 69,5 см<sup>3</sup>. В ходе ультразвукового обследования «средняя доля» была выявлена у 166 (31%) пациентов, ретенционные изменения верхних мочевыводящих путей — у 106 (20%), а признаки почечной недостаточности (повышение нормального уровня креатинина и/или мочевины крови) — у 88 (16,4%). Средний показатель уровня ПСА составил 6,5 нг/мл. Повышение уровня ПСА явилось основанием к выполнению трансректальной мультифокальной биопсии простаты под контролем ультразвука у 99 пациентов (18,5%).

Рак предстательной железы был диагностирован у 24 (24,2%) пациентов. Доля пациентов моложе 65 лет составила 39,0% (n=207), а средний уровень ПСА в этой группе составил 5,2 нг/мл.

Подавляющему большинству пациентов 461 (86,0%) до госпитализации не проводилось никакого оперативного

Таблица 3. Сопутствующие заболевания

Гипертоническая болезнь	364	67,9%
Ишемическая болезнь	300	56,0%
Сахарный диабет	74	13,8%
Инфаркт	52	9,9%
Инсульт	36	6,7%
Бронхиальная астма	14	2,6%
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	36	6,7%
Онкологические заболевания	35	6,5%

Таблица 4. Медикаментозная терапия, на фоне которой развилась ОЗМ

Тамсулозин	123	71,5%
Доксазозин	20	11,6%
Гомеопатические препараты	17	9,9%
Альфузозин	11	6,4%
Фитопрепараты	10	5,8%
Дутастерид	9	5,2%
Другие ингибиторы 5-альфа редуктазы	5	2,9%
Другие альфа1-адреноблокаторы	3	1,7%
Силодозин	2	1,2%
Теразозин	0	0%
Финастерид	0	0%

лечения. Самым частым оперативным пособием, выполнявшимся до госпитализации, была трансуретральная резекция простаты (5,6%) пациентов (таб. 2). Среди сопутствующих заболеваний у исследуемых пациентов наиболее часто регистрировались артериальная

Таблица 5. Оперативные пособия, выполненные пациентам, у которых не восстановилось произвольное мочеиспускание

Троакарная цистостомия	201	87%
Эндоскопически ассистированная катетеризация мочевого пузыря	1	0,5%
Открытая эпицистостомия	3	1,3%
Другое	25	11%

гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. У 10% больных в анамнезе был острый инфаркт миокарда (таб. 3).

По поводу гиперплазии предстательной железы, ставшей основной причиной ОЗМ, урологом наблюдались лишь 244 (45,5%) пациента. Более половины пациентов — 364 (67,9%) — никакого лечения до момента развития ОЗМ не получали. Среди пациентов, получавших медикаментозное лечение до момента развития ОЗМ, а это 172 (32%) человека, 159 (92,4%) принимали различные препараты из группы альфа1-адреноблокаторов. Самым популярным препаратом из этой группы оказался тамсулозин. Только 14 (8,1%) пациентов получали ингибиторы 5-альфа редуктазы, а 27 (15,7%) принимали гомеопатические или растительные препараты (таб. 4).

В ходе стационарного лечения ОЗМ разрешилась консервативными методами у 306 (57%) пациентов, 230 (43%) пациентам были выполнены различные оперативные пособия. В стационаре медикаментозная терапия проводилась 321 (59,9%) больному. Наиболее часто назначаемым

Рисунок 2. Лекарственная терапия ОЗМ, проводившаяся в стационаре



в стационаре препаратом также оказался тамсулозин. После поступления в отделение он назначался 31,9% пациентов (рис. 2).

Среди оперативных вмешательств наиболее популярным оказалась троакарная цистостомия. Это вмешательство было выполнено 87% пациентов (таб. 5).

Осложнения оперативного лечения зафиксированы у 17 (7,3%) пациентов. Мочевая инфекция МВП имела место у 7 больных (3%), флегмона передней брюшной стенки — у одного (0,4%), кровотечение — у двоих (0,9%), макрогематурия — у 6 (2,6%), ранение сигмовидной кишки — у одного пациента (0,4%).

## Заключение

Анализ данных, полученных в ходе исследования, продемонстрировал, что большинство пациентов с ОЗМ, доставленных бригадами СМП в урологические стационары города Москвы, являются неработающими мужчинами старше 65 лет, страдающими гиперплазией предстательной железы и не наблюдавшимися ранее урологами. Средний объем железы у пациентов на момент госпитализации составляет приблизительно 70 см<sup>3</sup>, а у трети пациентов в ходе обследования выявляется особенность роста простаты, называемая «средней долей». Известно, что у этих пациентов любые варианты медикаментозного лечения оказываются заведомо низкокэффективными.

На момент поступления у 20% пациентов диагностировались ретенционные изменения со стороны верхних мочевыводящих путей, у 16% на момент госпитализации имелись признаки почечной недостаточности различной тяжести. Данная статистика свидетельствует о высоком проценте запущенных случаев заболевания.

Примечательно, что только 45% пациентов наблюдались у уролога по поводу имеющегося заболевания и 67% не получали никакой специальной терапии. Можно предположить, что адекватное медикаментозное лечение у большинства больных данной группы позволило бы предотвратить развитие ОЗМ и избежать госпитализации в стационар.

При анализе характера назначаемой медикаментозной терапии обращает на себя внимание крайне низкая степень назначения урологами ингибиторов 5-альфа редуктазы. Показательна на этом фоне высокая доля пациентов, получавших гомеопатические или различные фитопрепараты. Несмотря на то, что количество пациентов моложе 65 лет от общего числа составило всего 39% (n=207), средний уровень ПСА в данной подгруппе оказался довольно высоким — 5,2 нг/мл. Это свидетельствует о недостаточном внимании к вопросу ранней диагностики рака простаты врачей амбулаторной практики. Биопсия простаты выполнялась только у 99 пациентов, что составило 18,6%.

## Рекомендации

Данный анализ выявил недостаточный уровень курации пациентов с гиперплазией предстательной железы урологами амбулаторно-поликлинического звена, что, по всей видимости, обуславливает неадекватность проводимой медикаментозной терапии. Обращает на себя внимание недостаточно активное выполнение урологами биопсии предстательной железы пациентам с повышенным уровнем ПСА в сыворотке крови. Нельзя исключить, что это может быть связано с низкой обращаемостью пациентов за медицинской помощью. Необходимо предпринять меры, которые будут направлены на более активное выявление пациентов с гиперплазией предстательной железы и их вовлечение в процесс динамического наблюдения. Отечественные стандарты назначения медикаментозной терапии у данной категории пациентов следует привести в соответствие с мировыми.

Более активное выявление пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и вовлечение их в процесс динамического наблюдения и лечения позволит сократить количество пациентов, у которых развивается ОЗМ, выявлять рак предстательной железы на более ранних стадиях, проводить своевременное лечение указанных заболеваний и, как следствие, сократить расходы на стационарное лечение.

Проведенный анализ позволит получить актуальные данные для приведения в соответствие ряда параметров и перерасчета стоимости стандарта специализированной медицинской помощи при задержке мочи (Приказ Минздрава России №745н от 9 ноября 2012 г. «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при задержке мочи»).

На основании полученных данных возможна коррекция усредненного показателя частоты предоставления услуг в разделе «Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния» — увеличение исследований уровня ПСА в крови с 0,1 до 0,5. Учитывая средний возраст больных (69,5 лет) и характер сопутствующих заболеваний, усредненный показатель частоты приема (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный должен быть увеличен с 0,3 до 0,7.

---

\* Малхасян В.А., Ходырева Л.А., Раснер П.И., Куприянов Ю.А., Дударева А.А., Семенякин И.В., Кан Я.Д., Борисов А.А., Буланников В.Н., Варфоломеев В.А., Васильев А.А., Волохов В.В., Воронин В.П., Гусев А.В., Енгай В.А., Зингеренко М.Б., Зинухов А.Ф., Мамаев И.Э., Ответчиков И.Н., Редькович В.И., Сулейманов С.И., Султанов С.И., Тахирзаде Т.Б., Тедеев В.В., Трушкин Р.Н., Цыганов С.В., Ширков В.А.

# РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ — СТОЛИЧНЫЙ ОПЫТ

Лекарственное обеспечение сегодня является одним из важнейших элементов стратегии национальной безопасности государства. Об опыте столичного здравоохранения при решении вопросов оптимизации данного процесса путем организации системы рационального применения лекарств рассказывает главный внештатный специалист клинический фармаколог Департамента здравоохранения Москвы Марина ЖУРАВЛЕВА.



**МАРИНА  
ЖУРАВЛЕВА,**  
главный внештатный  
специалист клини-  
ческий фармаколог  
Департамента здраво-  
охранения Москвы

## На законодательном уровне

Нормативно-правовое регулирование лекарственного обеспечения жителей столицы закреплено нормативными документами Правительства РФ, Минздрава России и правительства Москвы. Основными для исполнения являются: Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 № 2782-р, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.01.2007 № 1 «Об утверждении перечня изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (в ред.



**В соответствии с региональной программой госгарантий определен порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, лечебным питанием**

приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.03.2008 № 104н), приказа МЗ и СР РФ от 12 февраля 2007 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

В марте 2015 года, в соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 26.12.2015 № 2724-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», вступил в силу обновленный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

В перечень вошли более 500 наименований ЛС, обновления проведены с учетом предыдущего перечня от 2011 года. В Перечень ЖНВЛП 2015 года дополнительно включены 50 лекарственных препаратов, ряд новых лекарственных форм ЛС. Это в том числе антибактериальные препараты, гормональные, ферментные ЛП, препараты для лечения онкологических заболеваний, сахарного диабета (СД) и др. Следует отметить, что обновленный перечень формировался с учетом положений доказательной медицины и данных фармакоэкономического анализа.

Важнейшие положения для лечения пациентов 7 высокочатотных нозологий (7ВЗН) определены

Постановлением Правительства РФ от 28 августа 2014 г. № 871 «Об утверждении правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Настоящие Правила устанавливают порядок формирования: перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей (далее — перечень дорогостоящих лекарственных препаратов). В настоящее время в законодательстве термин «дорогостоящие лекарственные препараты» упоминается для обозначения препаратов из перечня для лечения «7 высокочатотных нозологий».

В некоторых регионах (Кемеровская, Оренбургская, Нижегородская, Волгоградская области и др.) утверждены «перечни дорогостоящих препаратов», которые включают ЛП для лечения больных 7ВЗН (часто дублируют утвержденный перечень), пациентов, страдающих СД, онкологических больных вместе с порядком обеспечения.

Федеральная программа предусматривает дополнительную бесплатную медицинскую помощь льготным категориям граждан (так называемым федеральным льготникам), в том числе обеспечение по рецептам

врача или фельдшера необходимыми лекарственными препаратами по программе ОНЛП, и финансируется за счет средств федерального бюджета. Программы ОНЛП осуществляются по принципу социального страхования, при этом потребность в лекарствах обеспечивается в связи с наличием заболевания.

Обязательства в области льготного лекарственного обеспечения определены для субъектов РФ. К данным категориям отнесено лекарственное обеспечение пациентов для лечения жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, обеспечение ЛП в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врача бесплатно, с 50% скидкой. Граждане, имеющие право на региональную льготу, имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение независимо от наличия группы инвалидности. Часто пациенты с заболеваниями, которые входят в программу «7ВЗН», являются инвалидами и автоматически подпадают под действие программы ОНЛП как федеральные льготники.

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи и создания единого механизма для реализации государственных гарантий на охрану здоровья, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» правительство Москвы утвердило Постановление от 24 декабря 2015 г. № 949-ПП (О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год». В соответствии с данной программой, определен порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания по назначению врача, а также донорской кровью и (или) ее компонентами по медицинским показаниям в соответствии

со стандартами медицинской помощи с учетом видов, форм и условий оказания медицинской помощи (приложение 3 к Территориальной программе).

Также в рамках этой программы утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, а также перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по назначению врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются бесплатно или

с пятидесятипроцентной скидкой по назначению врачей. Территориальная программа сформирована с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости москвичей, основанных на данных медицинской статистики. При формировании данной программы учитывался баланс объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Необходимо отметить, что в настоящее время Департаментом здравоохранения столицы созданы условия для обеспечения всех нуждающихся москвичей современными, высокоэффективными лекарственными средствами. Это стало возможным в том числе благодаря усилиям Правительства РФ по импортозамещению. В частности, в рамках реализации Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации до 2020 года, включающей перечень из 601 лекарственного средства, подлежащего импортозамещению. Конечная цель данной программы заключается в повышении доли стратегически значимых лекарственных средств отечественного производства до 90%.



**ВОПРОСЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
ЛЕКАРСТВ ВКЛЮЧАЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ  
ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И КАЧЕСТВА  
НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО «ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА»:  
ОТ ПРЕДРЕГИСТРАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И  
ПРОЦЕДУРЫ РЕГИСТРАЦИИ ДО ВЫХОДА В ШИРОКУЮ  
КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ И ДАЛЬНЕЙШЕГО  
ПРЕБЫВАНИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ.**



Важнейшей задачей оптимизации лекарственного обеспечения является рациональное применение лекарственных средств

## По основным направлениям

К основным направлениям лекарственного обеспечения, осуществляемого Департаментом здравоохранения Москвы, относятся:

- лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи и(или) мер социальной поддержки;
- лекарственное обеспечение жителей Москвы в стационарных медицинских организациях;
- обеспечение в аптечных организациях, осуществляющих розничный отпуск лекарственных препаратов.

В соответствии с федеральными и региональными нормативными актами (ФЗ №178 от 17.07.1999 г., распоряжением правительства Москвы от 10.08.2005 г. № 1506—РП и др.) Департаментом здравоохранения столицы в полном объеме выполняются обязательства по лекарственному обеспечению граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами. Всего по состоянию на октябрь 2015 года в Москве зарегистрировано 1686 тыс. льготников. Доля использования отечественных препаратов в рамках реализации программы ОНЛП, по данным на октябрь 2015 года составила 60% (по количеству упаковок), или 16% (в стоимостном выражении), что подтвердило возможность оптимизации затрат на лекарственное обеспечение в рамках программы импортозамещения.

Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, а также отдельных категорий жителей столицы, имеющих право на получение мер социальной поддержки в части лекарственного обеспечения, продолжается правительством Москвы и в 2016 году. Важное значение имеет решение Департамента по осуществлению лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан и медицинских организаций по отдельным профилям централизованно (в том числе для детей-инвалидов), заключение государственных контрактов на поставку ЛП на год по фиксированной цене, определенной в рублях.

## Главенствует принцип рациональности

Важнейшей задачей оптимизации лекарственного обеспечения является рациональное применение лекарственных средств, основанное на принципах доказательной медицины. В последние годы в лечебных учреждениях Российской Федерации активно формируется служба клинической фармакологии, основным направлением деятельности которой является оптимизация использования лекарственных препаратов. В соответствии с квалификационной характеристикой, представленной в приказе МЗ РФ 1997 г. № 131, клинический фармаколог при выполнении своих функциональных обязанностей

должен обеспечить в лечебном учреждении рациональное использование лекарственных средств. В приказе МЗ РФ № 494 представлено «Положение об организации деятельности врача — клинического фармаколога», которое включает в себя его участие в организации конференций и семинаров по вопросам применения лекарственных средств, подготовке лекарственного формуляра, проведении экспертной оценки качества фармакотерапии, фармакоэкономического анализа. В соответствии с требованиями приказа МЗ РФ № 494 от 22.10.2003 г., врач — клинический фармаколог должен проводить консультации больных с целью оптимизации фармакотерапии:

- при назначении антиконвульсантов, препаратов железа для внутривенного введения, антибиотиков II ряда (резерва), комбинаций лекарственных средств, усиливающих частоту нежелательных явлений;
- при заболеваниях, протекающих с нарушением функции почек, печени, изменяющих фармакокинетику лекарственных средств;
- при наличии фармакогенетических особенностей у пациента.

Развитие службы клинической фармакологии связано с утверждением «Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “клиническая фармакология”» (приказ МЗ РФ от 22 ноября 2010 г. № 1022). Созданная при столичном Департаменте здравоохранения в 2011 году служба клинической фармакологии в настоящее время активно развивается. Основные функции подразделения клинической фармакологии включают консультативное сопровождение фармакотерапии, контроль неблагоприятных побочных реакций лекарственных препаратов, внедрение формулярной системы, анализ рациональности объемов потребления ЛС в соответствии с профилем медицинской организации.

Большой арсенал ЛС, наличие полиморбидной и коморбидной патологии у значительного числа пациентов, увеличение доли пациентов пожилого и старческого возраста, особенности применения ЛП в педиатрической практике требуют от практикующего врача специальных знаний по многим аспектам клинической фармакологии. Ему необходимо обладать компетенцией в вопросах взаимодействия лекарственных средств; изменения параметров фармакокинетики препаратов при различной патологии в зависимости от путей метаболизма, состояния органов элиминации; прогнозируемых и непрогнозируемых побочных действий лекарственных средств; знать пути предупреждения и коррекции побочных

действий лекарственных средств; возрастные аспекты клинической фармакологии у беременных, плода, новорожденных детей, лиц пожилого и старческого возраста; разбираться в методах оценки эффективности применения основных групп лекарств; уметь решать вопросы организации выявления и регистрации побочных эффектов и организовывать мероприятия по их купированию; понимать общие принципы фармакотерапии, выбора лекарственных средств, дозы, режима дозирования; владеть основами работы с формулярной системой, стандартами диагностики и лечения заболеваний; владеть знаниями в области фармакогенетики и персонализированной медицины. Согласно данным специальной литературы, 17–23% назначаемых врачами комбинаций ЛС являются потенциально опасными, т.е. могут повысить риск неблагоприятных побочных реакций (НПР). Медикаментозная терапия пациентов пожилого и старческого возраста имеет ряд особенностей. Полиморбидность, характерная для больных старших возрастных групп, диктует необходимость одновременного назначения нескольких лекарственных препаратов с разными механизмами фармакологического влияния. Все они действуют на фоне возрастных морфологических и функциональных изменений в органах и тканях, которые в свою очередь оказывают влияние на фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств. Нарушение функции органов элиминации приводит к накоплению метаболитов лекарственных препаратов в организме пожилого человека, что чревато увеличением частоты развития токсических и побочных эффектов их действия.

По нашим данным, в условиях многопрофильного стационара среди пациентов, получающих более 5 препаратов одновременно, в 57% случаев назначались потенциально опасные комбинации. Наиболее значимым фактором риска развития НПР является количество принимаемых лекарств: чем больше препаратов принимал пациент, тем чаще развивались у него НПР. В ходе одного из исследований, проводимого среди 167 пациентов пожилого возраста, получавших не менее 5 лекарственных препаратов (в среднем 8 препаратов на одного больного), у 35% зафиксирована по меньшей мере одна НПР, причем 25% этих пациентов были госпитализированы в отделения неотложной терапии. Результаты исследования показали, что при использовании в терапии одного пациента 5 и менее препаратов частота НПР составляет менее 5%, при применении 6 и более лекарственных средств она резко увеличивается до 25%. Наиболее часто нежелательные

взаимодействия развиваются при применении следующих групп лекарственных препаратов:

- пероральные антикоагулянты;
- сердечные гликозиды;
- пероральные гипогликемические лекарственные средства;
- теofilлин / эуфиллин;
- противосудорожные;
- цитостатики;
- антидепрессанты;
- нейролептики.

Для проведения рациональной фармакотерапии, борьбы с полипрагмазией, оптимизации лекарственной терапии необходимо привлечение врача клинического фармаколога как на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи, так и в условиях многопрофильных стационаров.

## Коллегиальное решение

Распоряжением Правительства России №2724 от 26.12.15

«Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» утвержден перечень лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций.

Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 31.12.2015 №1452-р «Об утверждении порядка индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи лекарственными препаратами при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в стандарты медицинской помощи; по торговым наименованиям, а также изделиям медицинского назначения» утвержден порядок проведения врачебной комиссии медицинской организации для принятия решения о назначении ЛП с привлечением при необходимости клинического фармаколога, внештатных специалистов округов. В основном участие комиссии требуется при решении вопросов, связанных с взаимозаменяемостью

лекарств, неэффективностью ЛП, развитием неблагоприятных побочных реакций, оценкой обоснованности применения ЛП, не входящих в утвержденные перечни. Трудности при проведении лекарственной терапии нередко возникают и из-за отсутствия преемственности тактики назначения ЛП между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном. Часто это бывает связано с лечением пациентов в ЛПУ федерального уровня подчинения. Кроме того, не всегда обоснованно трактуется термин «по жизненным

показаниям», часто нет убедительных данных по развитию НПР, когда требуется замена ЛП в рамках одного международного непатентованного наименования (мнн), но с разными торговыми наименованиями. В сложных случаях без консультации врача — клинического фармаколога невозможно прогнозировать эффективность и, что не менее важно, безопасность применяемых ЛП. Это особенно необходимо,

если требуются назначение ЛП вне инструкции по медицинскому применению, в том числе пациентам онкологического и онкогематологического профиля, пациентам с СД, в педиатрической практике, больным с редкими (орфанными) заболеваниями.

## В оптимальном режиме

Резюмируя, можно с уверенностью утверждать, что столичным Департаментом здравоохранения проведена большая работа по оптимизации лекарственного обеспечения и рациональному использованию ЛС. В частности, столичным здравоохранением накоплен положительный опыт создания и ведения Регистров пациентов с учетом стратегии лечения и индивидуальной оценки эффективности проводимой терапии. Эту работу необходимо продолжить по всем основным социально значимым заболеваниям.

В целом же для оптимального выстраивания системы лекарственного обеспечения необходимо и впредь заниматься внедрением самых оптимальных, научно обоснованных подходов, помогающих с наибольшей пользой и наименьшими затратами проводить рациональную, эффективную и безопасную фармакотерапию.



**НА ДОЛЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СЕГОДНЯ ПРИХОДИТСЯ ДО 90% ВСЕХ ЛЕЧЕБНЫХ СТРАТЕГИЙ, А ЧИСЛО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОБРАЩЕНИИ В РОССИИ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРЕВЫСИЛО 30 ТЫСЯЧ.**

# МИХАИЛ АНЦИФЕРОВ: НЕЛЬЗЯ ДОПУСТИТЬ, ЧТОБЫ ЭНДОКРИНОЛОГ ПРЕВРАТИЛСЯ В МЕДИЦИНСКОГО ЗАВХОЗА

По оценкам экспертов, в современных условиях число пациентов с сахарным диабетом возрастает на 5-6% в год. О том, каким образом будет решаться проблема обеспечения всех этих больных лекарственными препаратами, рассказывает главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Эндокринологического диспансера Михаил АНЦИФЕРОВ.



**Михаил АНЦИФЕРОВ,**  
главный внештатный  
специалист эндокри-  
нолог Департамента  
здравоохранения  
Москвы

## — В чем состоят особенности терапии больных с сахарным диабетом?

— Самым распространенным и наиболее затратным по стоимости среди всех эндокринных заболеваний является сахарный диабет. Специфика терапии больных диабетом заключается в пожизненном характере лечения и невозможности достижения полного излечения. В отличие, например, от пациента с острой пневмонией, которому оказали необходимую медицинскую помощь в стационаре или амбулаторно, вылечили, после чего он в терапии и препаратах не нуждается. В отношении пациентов с сахарным диабетом такой подход не работает. Диабет — это заболевание, которое в основном лечится амбулаторно. В стационар человек попадает обычно уже с декомпенсацией заболевания, когда в амбулаторных условиях невозможно должным образом контролировать состояние пациента.

Одна из особенностей лечения сахарного диабета заключается в необходимости многокомпонентной терапии.

Речь идет не только о назначении пероральных сахароснижающих препаратов или инсулина, но и об обеспечении пациентов тест-полосками для глюкометра, одноразовыми шприцами или шприц-ручками для введения инсулина.

### **— Много ли подобных пациентов в столице и на каких принципах строится их лекарственное обеспечение?**

— По данным Городского бюро статистики, на 01.01.2015 года в Москве было зарегистрировано 715 тысяч больных с различными эндокринными заболеваниями, из них 334 тысячи пациентов с сахарным диабетом. По сути, более 47% всех больных с эндокринной патологией — это больные сахарным диабетом. На начало этого года их количество, по нашим оценкам, возрастет до 350 тысяч человек. То есть каждый год у нас прибавляется 15–20 тысяч новых пациентов, соответственно возрастают и расходы на лекарственное обеспечение данной категории пациентов.

Пациенты с эндокринной патологией имеют право на льготное лекарственное обеспечение при наличии инвалидности или принадлежности к декретированным группам населения. В этом случае все они относятся к категории федеральных льготников. Пациент с диагнозом «сахарный диабет» имеет право на льготное лекарственное обеспечение уже по факту наличия этого заболевания. При этом он уже относится к категории региональных льготников. Даже если такой пациент отказывается от социального пакета в пользу получения денежной компенсации, он продолжает получать лекарственные препараты в качестве регионального льготника. Таким образом, все пациенты с сахарным диабетом согласно законодательству имеют право на льготное обеспечение антидиабетическими препаратами и изделиями медицинского назначения.

### **— Велики ли эти расходы?**

— В настоящее время расходы Департамента здравоохранения на приобретение лекарственных препаратов по профилю «Эндокринология» в системе ОНЛП (ДЛО) стоят на втором месте после расходов на онкологические препараты. Не надо забывать при этом, что «эндокринных больных» в несколько раз больше. Следует также отметить, что, например, для сахарного диабета 2-го типа характерна естественная эволюция заболевания, которая требует соответствующей интенсификации терапии: увеличения дозы препарата, добавления второго, затем третьего или инсулина. То есть больному требуется больше препаратов, а

следовательно, стоимость лечения возрастет. Таким образом, с одной стороны, имеется ежегодный рост абсолютного числа больных, а с другой — увеличение расходов на лечение каждого конкретного пациента с течением времени. Кроме того, надо также учитывать дополнительные расходы на лечение специфических диабетических осложнений: диабетической нефропатии, диабетической нейропатии, синдрома диабетической стопы и так далее. Конечно, все это достаточно большая нагрузка на бюджет, но мы пытаемся с этим справиться.



**СЕЙЧАС В МИРЕ НАСЧИТЫВАЕТСЯ ОКОЛО 400 МИЛЛИОНОВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, А ЧЕРЕЗ 10–15 ЛЕТ, ПО ЭКСПЕРТНЫМ ОЦЕНКАМ, ОЖИДАЕТСЯ, ЧТО ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ БУДЕТ ОКОЛО 600 МИЛЛИОНОВ.**

К сожалению, прогнозы по дальнейшему росту распространенности сахарного диабета достаточно неутешительны. Сейчас в мире насчитывается около 400 миллионов больных сахарным диабетом, а всего через 10–15 лет, по экспертным оценкам, ожидается уже около 600 миллионов пациентов. В связи с этим расходы на лечение диабета выходят на одно из первых мест в списке затрат на здравоохранение. В ряде стран на их долю приходится 8–12% от суммы бюджета, выделяемого на здравоохранение.

### **— Городской бюджет справляется с такой нагрузкой? Насколько помогают экономить средства возможности импортозамещения в этой области?**

— Безусловно, мы учитываем 5–6% ежегодный прирост пациентов при планировании закупок лекарственных препаратов для больных эндокринными заболеваниями. В настоящее время на эти цели город выделяет более трех миллиардов рублей в год. Примерно 90% этих средств идут на препараты для лечения сахарного диабета. И только 10% от этой суммы — на медикаментозное лечение других эндокринных патологий. Из этих 90% более половины составляют расходы на препараты инсулина и их аналоги. Надо

отметить, что в инсулинотерапии на долю традиционных инсулинов приходится 40% от всего объема потребления. Очень важно подчеркнуть, что все препараты этой подгруппы закупаются только у отечественных (80%) или локализованных производителей (20%). И это при том, что еще два года назад на долю импортных традиционных инсулинов у нас приходилась примерно треть закупок. В настоящее время ряд иностранных компаний локализовали производство инсулиновых препаратов в России. Оставшиеся 60% составляют инсулиновые препараты с улучшенными свойствами — аналоги инсулинов. Пока отечественные компании еще не освоили их производство. Поэтому они закупаются у иностранных производителей, часть из которых, как я уже сказал, успешно локализовали свое производство. Мы надеемся, что в течение ближайших лет ситуация в этой сфере тоже изменится.



**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ — СЛОЖНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ,  
В ЛЕЧЕНИИ КОТОРОГО ДОЛЖЕН ДЕЙСТВОВАТЬ  
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ  
ПОДХОД.**

Важным условием эффективности терапии сахарного диабета является использование средств самоконтроля (тест-полосок) для определения уровня сахара крови в амбулаторных условиях. Сейчас примерно 60% всех закупаемых тест-полосок являются отечественными, 20% — выпускаются на локализованном производстве, остальные 20% — импортные. Это позволяет нам дополнительно экономить весьма существенные средства, так как отечественные тест-полоски примерно в полтора-два раза дешевле импортных.

**— Какие нюансы сегодня приходится учитывать при закупках медикаментов для нужд эндокринологической службы? Не возникает ли какого-то недопонимания и сложностей у врачей службы в общении с пациентом при назначениях лекарственной терапии?**

— Все закупки льготных лекарственных препаратов проводятся по международным непатентованным

наименованиям (МНН) в строгом соответствии с федеральным законом 44 ФЗ. Не всегда это встречает понимание у наших пациентов. Например, в разные годы они могут получать лекарственные препараты из группы метформина (по МНН) под различными торговыми названиями в зависимости от того, кто из производителей выиграл аукцион на поставку данного препарата. Поэтому потребовалось определенное время и разъяснительная работа, чтобы пациенты привыкли и выработали нормальное отношение к этой ситуации.

Несколько сложнее обстоят дела с традиционными инсулинами, которые пусть и в мелочах, но могут различаться. Пациенты с диабетом 1-го типа относятся достаточно настороженно к любым заменам. Больные с этим типом заболевания, как правило, получают аналоги инсулина. Для пациентов с диабетом 2-го типа это не так принципиально в силу специфики данной формы заболевания. В случае, когда у пациента выявляется индивидуальная непереносимость какого-нибудь лекарственного препарата, по решению врачебной комиссии поликлиники для него можно индивидуально закупить препарат по необходимому торговому наименованию.

Как я уже говорил, особенностью лекарственной терапии больных сахарным диабетом является широкое использование комбинации различных по механизму действия сахароснижающих препаратов, иногда уже на старте терапии. Эффективность монотерапии в течение первых лет существенно снижается, и для поддержания целевого уровня гликемии пациентам требуется уже два или три пероральных препарата. Только на этом фоне удается достигнуть хорошего контроля диабета, который оценивается по величине гликированного гемоглобина HbA1c. Если данный показатель выше целевого уровня, установленного врачом, это означает, что контроль заболевания не достигнут и необходимо интенсифицировать проводимую терапию. Но здесь есть свои нюансы. Достаточно сложно учесть все эти изменения при планировании закупок на следующий год. Поэтому случается, что при обращении пациента с рецептом в аптечный пункт он может не получить выписанный препарат в тот же день. Система имеет определенную степень инерции, и в этом случае приходится немного подождать: необходимый препарат будет заказан и доставлен со склада в аптечный пункт в течение нескольких дней.

**— Расскажите, пожалуйста, о системе подготовки и защиты заявок на лекарственные препараты для больных сахарным диабетом.**

— Подготовка и защита заявок — достаточно сложный процесс, который имеет разные уровни контроля и экспертной оценки. Первоначально главные специалисты административных округов собирают информацию из амбулаторно-поликлинических центров. На основе этих данных формируются проекты заявок административных округов, которые направляются в управление фармации Департамента здравоохранения. После их обобщения формируется сводная городская заявка, которая поступает на экспертизу в НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента и главному внештатному профильному специалисту. Оцениваются не только количественные параметры, но и соответствие заявки современным стандартам терапии. После проведения всестороннего анализа могут быть даны рекомендации по коррекции документа. Например, по соотношению между аналогами и традиционными инсулинами. Есть регионы, где доля аналогов составляет 80%. В Москве на их долю приходится 60%. Конечно, и нам хотелось бы повысить этот процент, но нельзя не учитывать и цену вопроса: аналоги дороже традиционных инсулиновых препаратов. Поэтому, скорее всего, мы пока какое-то время останемся на достигнутом уровне, учитывая непростую экономическую ситуацию.

То же самое касается и других классов современных противодиабетических препаратов, которых в настоящее время достаточно много. Все они в той или иной степени представлены в заявке, включая инновационные препараты, которые обладают высокой эффективностью и безопасностью. Но эти препараты существенно дороже традиционных. Поэтому в первую очередь ими обеспечиваются по медицинским показаниям те пациенты, которым они особенно необходимы, например пожилые люди.

Всегда остро стоит вопрос об обеспечении пациентов тест-полосками к глюкометрам для контроля уровня сахара крови. Сегодня число пользователей глюкометров уже достигло 300 тысяч и продолжает расти. И здесь приходится рассчитывать на понимание со стороны пациентов: если мы будем использовать все ресурсы только на обеспечение тест-полосками, то на инсулины денег уже просто не хватит. Поэтому мы наращиваем объемы закупок средств самоконтроля диабета постепенно.

**— О каких аспектах работы должен постоянно помнить врач, имеющий дело с пациентами, страдающими сахарным диабетом?**

— Прежде всего следует помнить, что сахарный диабет — это сложное заболевание, в лечении

которого должен действовать мультидисциплинарный комплексный подход. Наряду с эндокринологом в наблюдении и лечении пациента с диабетом принимают участие и другие специалисты: кардиологи, нефрологи, окулисты, неврологи, акушеры-гинекологи, сосудистые хирурги, специалисты по диабетической стопе.

Нельзя допустить, чтобы эндокринолог превратился в медицинского завхоза, который только выписывает рецепты на льготные препараты и делает соответствующие отметки в амбулаторной карте. Лишь одно обеспечение пациента препаратами, даже самыми современными, проблему компенсации диабета не решит. Лекарственная терапия только часть сложного многогранного процесса. Чрезвычайно важно организовать в амбулаторных центрах обучение больных



### **НАЛИЧИЕ ИНСУЛИНА И ТЕСТ-ПОЛОСОК ОЧЕНЬ ВАЖНОЕ, НО НЕ ЕДИНСТВЕННОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА.**

принципам самоконтроля и правилам жизни с диабетом. Нужен регулярный контроль, 1 раз в 3–6 месяцев, уровня гликированного гемоглобина для решения вопроса о необходимости интенсификации проводимой терапии. Если этого не делать, то немалые деньги, израсходованные на самые современные противодиабетические препараты, будут потрачены напрасно. Расплатой за неэффективное лечение является развитие диабетических осложнений, приводящих к ранней инвалидизации и частым госпитализациям. Сейчас имеется возможность выписки препаратов на срок до трех месяцев. Но эту возможность лучше использовать в отношении не всех больных, а лишь пациентов со стабильным течением и хорошим контролем заболевания. Поэтому хочу еще раз напомнить, что наличие инсулина и тест-полосок очень важно, но не единственное условие эффективного лечения сахарного диабета.

Подготовила **Татьяна БЕСКАРАВАЙНАЯ**

# В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Спектр решаемых врачебной комиссией вопросов достаточно широк. Один из них касается назначений лекарственных препаратов. Об организации работы комиссии в этой области рассказывает заместитель главного врача по медицинской части Городской поликлиники № 3 Департамента здравоохранения города Москвы Андрей ФЕДОРУК.

**Андрей ФЕДОРУК,**  
заместитель главного  
врача по медицинской  
части, заместитель  
председателя  
центральной  
врачебной комиссии  
Городской  
поликлиники № 3

## **В соответствии с законодательством**

Наш амбулаторный центр состоит из головного учреждения — это городская поликлиника № 3 и три филиала. Филиалы располагаются на Пушкинской, Арбате и Новослободской. В головном учреждении создана центральная врачебная комиссия и две подкомиссии: по льготному лекарственному обеспечению и по экспертизе нетрудоспособности. Центральная врачебная комиссия — вершина пирамиды, ее председателем является главный врач. Кроме того, соответствующие подкомиссии есть в наших филиалах. Работа построена в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и внутренним приказом по медучреждению.

Основные функции центральной врачебной комиссии:

■ принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных случаях;

- определение трудоспособности граждан в наиболее сложных, конфликтных случаях;
- продление листов нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством РФ, в конфликтных случаях и в случаях, требующих комиссионного рассмотрения на центральной врачебной комиссии;
- принятие решений по вопросам направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;
- оценка качества обоснованности эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначение лекарственных препаратов;
- оценка соблюдения установленного порядка ведения медицинской документации внутри медицинской организации;
- разработка мероприятий по устранению, предупреждению нарушений в процессе диагностики, лечения пациентов;
- проведение отбора пациентов, формирование направления комплекта документов в комиссию органов исполнительной власти в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной помощи в соответствии с приказом Минздрава, приказом Департамента здравоохранения Москвы по оказанию высокотехнологичной помощи;
- решение вопроса о выдаче заключения о необходимости обеспечения ветерана протезно-ортопедическими изделиями и инвалидов средствами технической реабилитации.

Кроме того, на центральной врачебной комиссии принимаются решения о выдаче справок об отсутствии противопоказаний для работы на государственной службе. Одно из основных направлений — контроль внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Все обращения граждан мы рассматриваем на центральной врачебной комиссии. Решения комиссии фиксируются в виде протокола.

В рамках работы подкомиссии по лекарственному обеспечению нами ведутся соответствующие журналы. По форме одного из них фиксируются препараты, выписываемые по назначению врачебных подкомиссий по льготному лекарственному обеспечению. Как известно, сегодня все препараты выписываются по МНН, но есть пациенты с индивидуальной

непереносимостью того или иного лекарственного средства, с тяжелыми заболеваниями, которым по жизненным показаниям главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения Москвы рекомендуют выписывать препараты именно по торговому наименованию.

В таком случае мы проводим заседание врачебной комиссии, составляем протокол и направляем документы для закупки лекарственного препарата по торговому наименованию, при этом также ведется журнал. Имеется журнал, который заполняется при назначении пациенту пяти и более препаратов в день, в том числе с целью исключения полипрагматии.

Таким образом, во всех особых случаях, установленных законодательством, с врачами, осуществляющими назначение и выписку лекарственных препаратов работает врачебная комиссия, проверяя и фиксируя обоснованность выписки того или иного лекарственного средства.

При необходимости рассматриваем на врачебной комиссии и выписки, заключения, рекомендации, выданные нашим пациентам сторонними организациями, но решение по итоговому назначению принимается нами.

## **Внутренний контроль**

Подробно хотелось бы остановиться на реализованной у нас в поликлинике системе контроля качества оказания медпомощи. Подчеркну, что осуществление такого рода контрольной деятельности регламентировано соответствующим приказом Департамента здравоохранения Москвы, она должна вестись во всех медучреждениях. В рамках этой работы мы ведем карты контроля качества и безопасности медицинской деятельности. У нас выстроена трехуровневая система контроля.

На первом уровне ведение амбулаторной карты и работу лечащего врача контролирует заведующий отделением. Он ежемесячно проверяет медицинскую документацию, амбулаторно-медицинские карты, заполняет карты внутреннего контроля качества. В этой карте указываются общие данные пациента, диагноз, время, когда была осуществлена проверка. Контроль осуществляется, конечно, не по каждому больному, а выборочно.

Заведующий отделением оценивает по пунктам различные аспекты работы с пациентом и выставляет баллы. Например, объективный осмотр больного: 0,5 балла — не в полном объеме, 1,0 балл — в

полном объеме. Та же градация при оценке описания жалоб и анамнеза, диагностических мероприятий, оформления диагноза, лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации, оперативного лечения, реанимационных мероприятий, если они проводились; медицинской экспертизы, сроков оказания медпомощи, преемственности лечения и этапности оказания медпомощи. Наконец, оценивается результат лечения: если достигнуто выздоровление, то заведующий отделением выставит 1,0 балл, если выздоровление неполное или состояние без изменений — 0,5 балла, если улучшения состояния не наблюдалось или зафиксировано ухудшение, убран текст 0 баллов. Помимо этого, оценивается и оформление медицинской документации: грамотность, правильность, аккуратность ведения. Свои оценки заведующий отделением представляет на второй уровень контроля — заместителю главного врача по медицинской части и клинико-экспертной работе.

Заместитель главного врача анализирует историю ведения пациента и выставляет свои собственные оценки по всем пунктам анкеты. При этом они могут быть отличны от оценок заведующего отделением. После подсчета совместных оценок получается итоговая таблица коэффициентов. Происходит обсуждение результатов и, в случае необходимости, принимается решение о вынесении случая на третий уровень контроля — в центральную врачебную комиссию.

### Разъяснительная работа

Работа по лекарственному обеспечению — это кропотливый труд. Надо знать досконально все нюансы нормативно-правовой документации, процесса организации закупок, правила назначения лекарственных препаратов. Как известно, мы работаем и с федеральными, и с региональными льготниками. Здесь есть свои нюансы. Например, федеральные льготники имеют право на получение лекарств вне зависимости от места своего проживания. Если человек прописан в каком-то регионе, но имеет федеральную льготу, то при переезде в другой город, его данные вносятся в регистр в поликлинике по месту проживания и уже по новому месту жительства он получает необходимые лекарственные средства. А на региональные льготы в Москве может рассчитывать только житель города — человек, имеющий постоянную регистрацию по месту проживания. Например, пациенты с сахарным диабетом получают препарат только по диабету, но есть оговорка:

если имеются осложнения, вызванные диабетом, то пациенты получают дополнительные лекарственные препараты для их лечения.

При этом пациенты далеко не всегда понимают эти нюансы и не знают на что они могут рассчитывать. Мы в обязательном порядке проводим разъяснительную работу.

Главная задача состоит в том, чтобы пациент не имел проблем с получением необходимых препаратов. Для этого каждый год составляется заявка на следующий год для закупки необходимых лекарственных препаратов. Заявка составляется на основании регистра прикрепленного населения, исходя из реализованной в предыдущие периоды потребности. Но эти потребности не определяются только регистром. Могут появиться новые пациенты, может измениться течение заболевания. Возможно, через два месяца пациенту понадобится меньшая доза лекарственного препарата. Все эти нюансы нужно учитывать.

Важен контроль за этим процессом на каждой стадии и вовлеченность каждого лечащего врача. У нас с годовой заявкой по льготному лекарственному обеспечению ознакомлены все, начиная с участковых терапевтов. Заявка у них как настольная книга. Более того, заявка разделена по месяцам, и участковый терапевт знает по каждому пациенту, что и когда будет выписывать, и ведет свою таблицу по учтенным и выписанным препаратам. Заведующие отделениями, со своей стороны, координируют работу по выписке лекарственных препаратов, чтобы понимать динамику движения препаратов. Мы постоянно взаимодействуем с аптеками ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы». Система нестатична, а при сложных конфликтных ситуациях, когда что-то необходимо скорректировать, нам на помощь приходит центральная врачебная комиссия.

### Особый случай

Особое внимание уделяется работе с наркотическими и психотропными препаратами.

Как известно, вступили в силу дополнения к Федеральному закону, введены новые правила в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ.

Врач любой специальности сейчас имеет право по показаниям выписывать сильные обезболивающие средства, причем, имеет право это делать единолично, срок действия рецептов удлинён, выписка трансдермальных обезболивающих систем упрощена.

Однако врач должен понимать, назначается ли наркотический или психотропный препарат впервые. Если препарат получает доверенное лицо пациента, в амбулаторной карте должна быть расписка этого лица о том, что он ознакомлен с правилами получения, хранения и сдачи неиспользованных препаратов. Согласно новым правилам медицинская организация имеет право принимать только неиспользованные ампулы и трансдермальные системы. В обязательном порядке врач должен вести лист учета выписанных препаратов, а в медицинской карте должны быть записи об остатках на дому неиспользованных наркотических или психотропных веществ. И, конечно, пациента должны осматривать каждые 10 дней.

Для осуществления контроля за остатками в амбулаторной карте обязательно прописывается разовая доза, наименование препарата, курс, длительность, кратность приема, способ введения.

Врач при выписывании рецепта не должен превышать предельно допустимой концентрации наркотических и психотропных веществ.

## Все начинается с осмотра

В заключение хотелось бы остановиться на роли врача во всей этой системе. Она ключевая. Именно с лечащего врача начинается движение лекарственного средства в системе. Врач должен начинать с внимательного и тщательного осмотра пациента. Он не должен об этом забывать. Когда пациент только входит в кабинет, уже можно поставить предварительный диагноз. А дальше проводится опрос, сбор анамнеза. Анамнез — уже 30% правильного диагноза, а значит, и правильного лечения, адекватной и эффективной лекарственной терапии. Тем более сегодня внедрены различные сервисы ЕМИАС, которые существенно облегчают работу врача. Система позволяет посмотреть хронологию заболеваний больного, к кому он обращался, какие препараты ему выписывались.

В нашей поликлинике шаг-сетки приема участкового врача-терапевта составляет 15 минут, врача-специалиста — 20 минут, и этого времени вполне достаточно, чтобы внимательно опросить, осмотреть пациента, записать в ЕМИАС на лабораторные или инструментальные исследования, скорректировать лечение, выписать электронный рецепт. Однако наши врачи не забывают: они должны принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учетом каждого конкретного случая.

## Контролируем комплаенс

Важным моментом в подборе эффективной лекарственной терапии является контроль состояния пациента. Нельзя назначить лекарственное средство один раз и навсегда. Для того, чтобы осуществлять при необходимости корректировку назначений, врач должен осматривать пациента не менее чем раз в 30 дней. Пациенты, получающие сильнодействующие препараты, наркотические, психотропные вещества осматриваются не реже, чем раз в 10 дней.

Пациентам со стабильным течением хронических заболеваний лекарственные препараты выписываются сроком на 90 дней. При этом такие пациенты должны представить на сестринский пост или лечащему врачу дневник мониторинга своего состояния. Врач, помимо клинической базы и клинических исследований, опирается на дневниковые записи пациента. Это важная часть процесса лечения. Таким образом, врач контролирует комплаенс.

На дому пациентов патронирует средний медицинский персонал. Бывает такое, что пациент не принимает лекарственные препараты, в таком случае необходимо проводить с пациентом разъяснительную работу.

## Оригинал — не панацея

Оригинальное лекарственное средство не всегда лучшее в конкретном случае. Пациент может заблуждаться на этот счет, но он не специалист. В обязательном порядке нужно объяснять пациенту, что назначение оригинального препарата — не панацея. Надо рассказывать пациенту, что дженерики 1, 2 ряда нередко более эффективны, чем оригинальный препарат. Иногда доказательная база по дженерику более убедительна.

Как правило, дженерики по своей эффективности не отличаются от «оригинальных» препаратов, однако значительно дешевле их. Поддержка производства дженериков, их использования в медицинской практике и замещение ими «оригинальных» брендованных препаратов является одной из стратегических целей Всемирной организации здравоохранения при обеспечении доступа к медицинской помощи.

# ЗАГАДОЧНАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 9 декабря 2015 года, обсуждалась история болезни женщины в возрасте 69 лет, умершей по причине диагностированного только на вскрытии генерализованного милиарного туберкулеза.

## 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.

### Под ошибочным предлогом

Рассказ об истории болезни пациентки начала исполняя обязанность заместителя главного врача Городской поликлиники № 191 ДЗМ Татьяна Жильцова:

— Больная, инвалид 2 группы, наблюдалась у нас с 2012 года по 3 июня 2015 года с выставленными в разное время диагнозами: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 стадии, компенсированный сахарный диабет 1-го типа (СД I) (которым больная страдала около 50 лет), гипотиреоз медикаментозно компенсированный, дорсопатия шейно-грудного отдела позвоночника, начальная стадия катаракты, пресбиопия, хроническая сенсоневральная тугоухость. В течение этого времени пациентка ежегодно проходила флюорографическое обследование, в последний раз в мае 2015 года. Патологии со стороны органов дыхания не было выявлено.

Татьяна Жильцова уточнила, что по поводу артериальной гипертензии пациентка принимала ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, индапамид. Цифры АД колебались в пределах 120/80 — 140/90 мм рт. ст. Женщина регулярно осматривалась эндокринологом. Получала инсулины короткого и пролонгированного действия, эутирокс. Уровень гликемии сохранялся в пределах 7–8 ммоль/л.

Последнее обращение пациентки к врачу-терапевту состоялось 03 июня 2015 года. По результатам приема была скорректирована гипотензивная терапия и назначены общий анализ крови, мочи и ЭКГ. Однако на назначенное обследование пациентка не пришла и больше в поликлинику не обращалась.

— Уже на основании информации из службы СМП мы узнали, что с середины июля состояние пациентки ухудшилось, появились ознобы и сильная лихорадка, — уточнила Татьяна Жильцова.

18 июля 2015 года пациентка вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в Инфекционную клиническую больницу № 2 ДЗМ.

— В нашем стационаре пациентка находилась всего около одного часа, — подчеркнула заместитель главного врача по медицинской части Светлана Сметанина. — Пациентка поступила в приемное отделение по линии СМП с диагнозом ОРВИ и с жалобами на лихорадку до 39 °С,

сильную слабость. Со слов больной, с 15 июля у нее повысилась температура, появились озноб, головная боль, одышка, кашель, была однократная рвота. При поступлении состояние оценивалось как тяжелое, что было обусловлено интоксикационным синдромом, а также явлениями анемии и лейкопении, которые были выявлены при исследовании периферической крови в приемном покое.

—Учитывая результаты осмотра и исследования крови, в приемное отделение был вызван ответственный врач по больнице, — продолжила Светлана Сметанина. — По итогам проведенного консилиума было сделано заключение: у больной имеют место внебольничная пневмония и лейкопения неуточненной этиологии. Но так как данных в пользу инфекционного заболевания не было, то нет и показаний для госпитализации в ИКБ № 2.

### **Состояние при поступлении**

Пациентка пониженного питания, рост — 163 см, вес — 60 кг.

Температура 37,6 °С (врачами СМП было в/м введено 2,0–50% раствора анальгина).

Кожа бледная, сыпи нет, периферические лимфоузлы не увеличены.

Слизистая ротоглотки не гиперемирована, бледная, миндалины не увеличены, налетов нет.

В легких дыхание ослаблено, больше справа; хрипы не выслушиваются, ЧДД — 20 в минуту.

Сердечные тоны приглушены, систолический шум на верхушке сердца, ЧСС — 92 ударов в минуту, АД 160/90 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Периферических отеков нет.

Менингеальных знаков нет. Больная в сознании, контактна. Частично дезориентирована во времени.

Общий клинический анализ крови:

- гемоглобин — 70 г/л;
- эритроциты  $2,05 \times 10^{12}$ /л;
- гематокрит — 20%;
- лейкоциты —  $0,7 \times 10^9$ /л;
- тромбоциты —  $123 \times 10^9$ /л;
- глюкоза крови — 8,7 ммоль/л.

После этого больной был рекомендован перевод в многопрофильный стационар, на который она дала согласие. Через отдел госпитализации СМП было получено место на перевод в ГКБ № 40 ДЗМ, и в 23:20 пациентка была направлена туда с диагнозом: «пневмония, лейкопения неуточненной этиологии».

— Почему вы решили, что у нее пневмония? — спросил Леонид Печатников.

— Врачи приемного отделения обнаружили ослабление дыхания, — уточнила Светлана Сметанина.

— Рентгеновский аппарат у вас не работает? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Он в порядке, — ответила Светлана Сметанина. — Снимок мы, конечно, сделать могли, но аппарат находится на одном из этажей нашего здания, там же, где расположены несколько отделений. Мы решили, что было бы неправильно отправлять пациентку с выраженной лейкопенией в отделение к инфекционным больным.

— Больная поступила в хорошо оснащенную инфекционную больницу, и неправильно как раз то, что в ее приемном отделении нельзя провести необходимые диагностические исследования, — заметил на это Леонид Печатников. — И ведь у Е.Р. обнаружилась не просто лейкопения, а панцитопения. Вас это не смутило?

— Доктора приемного покоя, конечно, насторожились, увидев лейкоциты на критическом уровне  $0,7 \times 10^9$ /л, но литературные данные свидетельствуют, что нет ни одного инфекционного заболевания с таким уровнем лейкоцитов, — ответила Светлана Сметанина.

— А формулу крови вы не посмотрели? — задал еще один уточняющий вопрос Леонид Печатников.

— Но пациентка была переведена в 40-ю больницу сразу после консилиума, — последовал ответ.

— Словом, вы, видимо, так насторожились, что под предлогом отсутствия у пациентки инфекционного заболевания решили, образно говоря, «умыть руки». И самое печальное, что этот предлог, как потом оказалось, был ошибочным, — резюмировал Леонид Печатников.

### Диагноз не ясен

В ГKB № 40 пациентка лечилась с 19 июля по 15 августа 2015 года.

— При поступлении пациентка жаловалась на лихорадку до 39 °С, слабость и озноб, — продолжил знакомить собравшихся с течением болезни пациентки заместитель главного врача по медицинской части ГKB № 40 Рафик Шабуров. — Состояние ее при поступлении было тяжелое. Больная стала очень вялая, пассивная, были выражены когнитивные нарушения, признаки дезориентации в пространстве.

В приемном покое ГKB № 40 пациентке была выполнена рентгенография. Структурной патологии органов в грудной клетке выявлено не было, и пациентка была госпитализирована в гематологическое отделение.

Рисунок 1. Рентгенография 19 июля 2015



Остановив докладчика, Леонид Печатников попросил его прокомментировать представленный снимок с результатом рентгенографии, сделанной в приемном отделении:

— Здесь патологии нет? Ясно виден тяж, который идет от верхушки легкого к корню. Хорошо заметно, что верхушка легкого как бы обрезана.

— Обсуждая снимок, можно поспорить, но в целом я согласен с нашим рентгенологом, который не нашел здесь грубых нарушений, — ответил Рафик Шабуров. — Понимая сложность этого случая, мы позже провели целый комплекс обследований пациентки. И, в частности, КТ. По намеченному плану обследований 22 и 29 июля пациентке выполнялась спинальная пункция костного мозга, при которой были выявлены гипоклеточность костного мозга и выраженная гипоплазия кровяной ткани. Иммунофенотипирование не выявило ПНГ-клонов среди эритроцитов, гранулоцитов и моноцитов.

— Напомню, что пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) — это приобретенное заболевание, характеризующееся хронической гемолитической анемией,

### **Клинический анализ крови:**

- лейкоциты —  $0,80 \times 10^9 / \text{л}$ ;
- эритроциты —  $2,11 \times 10^{12} / \text{л}$ ;
- Нь 68 г/л;
- средний объем эритроцита — 96,7 фл;
- тромбоциты —  $68,0 \times 10^9 / \text{л}$ ;
- палочкоядерные нейтрофилы — 6,0%;
- сегментоядерные нейтрофилы — 13,0%, эозинофилы — 0%, базофилы — 0%, лимфоциты — 15,0%, моноциты — 1,0%;
- СОЭ — 65 мм/час.

### **Биохимический анализ крови:**

- общий белок — 56,0 г/л, альбумин 20,3 г/л;
- креатинин крови — 72 мкм/л;
- мочевины 3,9 ммоль/л;
- АЛТ — 68 Ед/л;
- АСТ — 101 Ед/л;
- калий — 3,20 ммоль/л;
- билирубин общий — 6,3 мкм/л;
- ЛДГ — 615 Ед/л;
- фосфатаза щелочная — 134 Ед/л;
- глюкоза 7,7 ммоль/л.

явлениями тромбоза и цитопенией периферической крови, — уточнил Рафик Шабуров.

В рамках онкопоиска было выполнено УЗИ органов брюшной полости, почек пациентки. Патологий выявлено не было.

Рентгенограмма костей скелета также не выявила серьезных нарушений.

УЗИ сердца обнаружило незначительную концентрическую гипертрофию левого желудочка и расширение левого предсердия.

— В течение всей недели, пока выполнялись обследования, у пациентки сохранялась лихорадка до  $39^\circ\text{C}$  и слабость. 25 июля была повторно сделана рентгенограмма легких с теми же заключениями.

— Как гематологи оценили результаты анализов крови и костного мозга? — задал вопрос Леонид Печатников.

— По их мнению, панцитопения носила вторичный характер. Скорее всего, ее причиной было инфекционное заболевание, — ответил Рафик Шабуров.

### **Предварительный диагноз**

*Основной:* «панцитопенический синдром».

*Дифференциальный диагноз* между острым лейкозом, миелодиспластическим синдромом, метастазами в костный мозг, реактивными изменениями в крови.

*Осложнения:* фебрильная нейтропения.

*Сопутствующий диагноз:* «сахарный диабет 1-го типа».

### **План обследования и лечения:**

цитологические и гистологическое исследование костного мозга, онкопоиск, бактериологические исследования, антибактериальная, заместительная трансфузионная, инсулинотерапия.

**Посев крови:**

- *Staphylococcus haemolyticus* — слабый рост;
- *Streptococcus anhaemolyticus* — умеренный рост;
- чувствительность к ванкомицину, меропенему, цiproфлоксацину;
- прокальцитонинный тест 24.07.2015 < 0,5 (отрицательный).

**Микроскопия мокроты:**

- бесцветная, слизистая, вязкая;
- плоский эпителий — умеренное количество, цилиндрический—единичные;
- альвеолярные макрофаги — единичные;
- лейкоциты 10–15 в препарате;
- микобактерии туберкулеза не обнаружены.

**Люмбальная пункция: ликворограмма без патологии.**

— Вы, надеюсь, понимали в ходе вашего диагностического поиска, как важно было это загадочное инфекционное заболевание распознать? — уточнил Леонид Печатников.

— Безусловно. Специально с этой целью с 28 июля по 04 августа мы провели три бактериологических исследования, — последовал ответ.

Учитывая результаты посева крови и сильную лихорадку, пациентке назначили ванкомицин и меропенем. Однако температура тела пациентки не снижалась.

— 29 июля пациентке было выполнено КТ-исследование органов грудной клетки. Однако, к сожалению, заключение по этому обследованию, так же, как и проведенные ранее бактериологические исследования, не приблизили нас к диагностированию инфекционного заболевания, — подвел промежуточный итог Рафик Шабуров.

Помимо этого, за время пребывания в отделении у пациентки дважды отмечались транзиторные эпизоды неврологического дефицита. В ходе выполненных КТ- и МРТ-исследований мозга зон ишемии не обнаружилось. Учитывая отсутствие каких-либо более серьезных клинических данных в пользу острого нарушения мозгового кровообращения, эпизод неврологического дефицита был оценен неврологом, консультировавшим пациентку, как декомпенсация энцефалопатии.

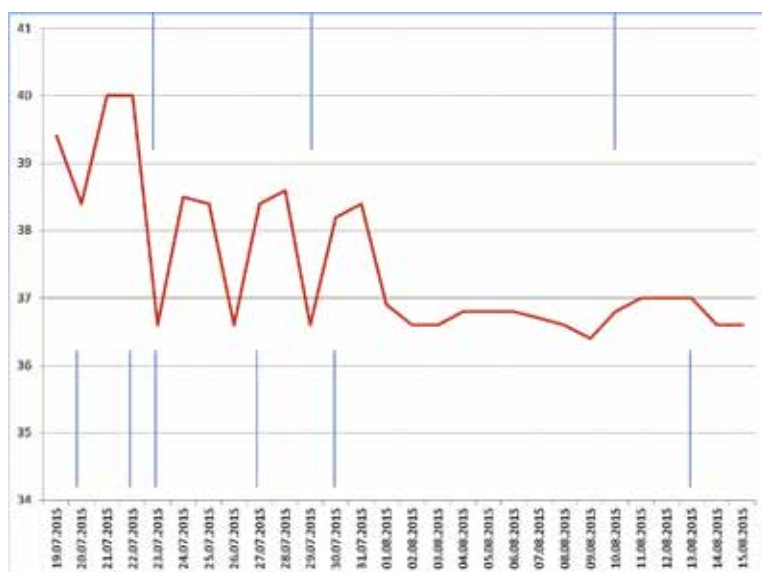
— Несмотря на выявленную чувствительность микрофлоры к двум названным мной антибиотикам, лихорадка у пациентки сохранялась до 31 июля, а затем температура нормализовалась, и выраженной гипертермии уже не было до выписки, — обратил внимание собравшихся Рафик Шабуров. — Этот позитивный сдвиг в состоянии пациентки мы связали с тем, что 30 июля ей был назначен моксифлоксацин — противомикробное средство из группы фторхинолонов IV поколения.

**Результаты КТ от 29.07.2015 г.**

В средней доле правого легкого (IV м/р, спереди) субплевральное уплотнение легочной паренхимы клиновидной формы 23x19x30 мм. В других отделах легких очаговых и инфильтративных изменений нет. Легочный рисунок усилен за счет полнокровия сосудов. Просветы трахеи и крупных бронхов прослеживаются, долевыми и сегментарными бронхами в области правого корня сужены за счет наличия мягкотканого конгломерата (лимфоузлы?) 28x33x29 мм. В обеих плевральных полостях жидкость (справа 18 мм, слева 13 мм). Сердце расширено за счет увеличения полостей (кардиоторакальный индекс 0,51). Лимфоузлы: бифуркационные до 25 мм, бронхопульмональные слева до 15 мм.

Заключение: зона уплотнения легочного рисунка в средней доле справа. Усиление легочного рисунка. Двухсторонний небольшой гидроторакс, асцит. Внутригрудная лимфоаденопатия. Увеличение сердца.

Рисунок 2. График температуры пациентки с 19.07 по 15.08.2015



10 августа пациентке было повторно проведено КТ-исследование грудной клетки. Согласно заключению, уплотнение легочного рисунка в средней доле несколько уменьшилось. Мягкотканый конгломерат в корне правого легкого сократился до 17x20x15 мм. Количество жидкости в плевральных полостях уменьшилось справа до 14 мм, слева — до 11 мм.

— Наш специалист констатировал положительную динамику, — уточнил Рафик Шабуров.

Накануне выписки пациентке был выполнен общий клинический анализ крови.

— Мы пришли к выводу, что у пациентки на фоне декомпенсированного СД возникли осложнения инфекционного характера, — резюмировал Рафик Шабуров. — Причем нельзя было исключить и туберкулез, поскольку при КТ обнаружился очаг в легком, лимфоаденопатия корня легкого. Гипоплазия кроветворения, по нашему мнению, носила вторичный характер. 14 августа была взята проба крови на квантифероновый тест с целью диагностики латентного туберкулеза. На следующий день пациентка была выписана. Ей было рекомендовано наблюдаться у терапевта и эндокринолога по месту жительства, получить результаты квантиферонового теста, а также продолжить инсулинотерапию.

— Было бы правильнее и справедливее, если бы вы написали при выписке: «диагноз не ясен». Иначе говоря, вы выписали ее без диагноза, — прокомментировал Леонид Печатников.

### От госпитализации отказалась

О работе бригад СМП в период ведения пациентки рассказал заместитель главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ Георгий Введенский:

— Первый раз после выписки из стационара наши врачи приехали к пациентке через 8 дней после того, как она вернулась из больницы — 23 августа. Бригаду СМП пациентка вызвала в связи выявленными домашним глюкометром высокими цифрами сахара в крови. Ее состояние было расценено как средней тяжести. В то же время АД, частота пульса, его ритмичность и наполнение, температура тела были в норме. Дыхание жесткое, аускультативно ослаблено в нижних отделах, перкуторно притупление в нижних отделах с 2-х сторон, ЧДД — 16 в минуту. Глюкометрия: 20,6 ммоль/л. Диагноз: «СД 1-го типа, гипергликемическое состояние». Был введен раствор натрия хлорида 0,9% — 500 мл, внутривенно, капельно. Сахар крови снизился только до 17,3 ммоль/л.

**Клинический анализ крови 14 августа**

- лейкоциты —  $2,80 \times 10^9$ /л;
- эритроциты —  $3,23 \times 10^{12}$ /л;
- Нь — 95 г/л;
- тромбоциты —  $78,0 \times 10^9$ /л;
- лимфоциты — 33,8%;
- гранулоциты 66,2%.

Георгий Введенский подчеркнул, что врачи СМП объяснили пациентке, что ей срочно необходима госпитализация, но пациентка от нее отказалась.

— Женщина была оставлена под наблюдение службы неотложной помощи поликлиники, — уточнил докладчик. — У нас налажен механизм мониторинга, который позволяет видеть выполнение наших рекомендаций. Врач поликлиники приходил к пациентке, но оставил ее дома. Однако через 4 дня, 27 августа, от пациентки пришел еще один вызов.

— Активных жалоб пациентка не предъявляла, была заторможена, отвечала односложно, — продолжил рассказ Георгий Введенский. — Сиделка сообщила, что у нее все эти дни была фебрильная лихорадка. В момент вызова бригады СМП температура тела составляла  $38,6$  °С, уровень гликемии —  $10,0$  ммоль/л. Пациентке был введен раствор анальгина 50% — 2 мл внутримышечно, температура снизилась до  $37,0$  °С. Диагноз: «панцитопенический синдром, фебрильная нейтропения на стадии декомпенсации; очаговые поражения голов-

**Диагноз при выписке**

Основное заболевание: панцитопенический синдром (анемия III ст., тромбоцитопения III ст., нейтропения IV ст.). Очаговое поражение правого легкого, лимфоаденопатия корня правого легкого.

Осложнения: Фебрильная нейтропения.

Сопутствующие заболевания: СД 1-го типа, декомпенсация. Гипотиреоз, декомпенсация. Энцефалопатия смешанного генеза.

ного мозга и легких, дисциркуляторная энцефалопатия, гидроцефалия». И снова больная отказалась от предложенной госпитализации. Врачами бригады СМП «актив» был передан в Городскую поликлинику № 191.

Через три недели, 16 сентября, был получен новый вызов к пациентке. Жалобы: слабость, лихорадка.

— В течение последних 9 дней ее состояние ухудшилось, слабость и лихорадка усилились, температура поднималась до  $39,0$  °С, — уточнил докладчик. — Все это время она наблюдалась участковым терапевтом, постоянно принимала препараты, назначенные им: амоксициллин, инсулины, л-тироксин, тромбоАСС. При аускультации дыхание везикулярное, в нижних отделах справа — притупление перкуторного звука и крепитация. Показатель SpO<sub>2</sub> составил 95%. АД, сахар крови, характеристики пульса оказались в норме. Диагноз был изменен: «внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония, дыхательная недостаточность I стадии, тромбоцитопения». Но опять пациентка отказалась от госпитализации, врачи СМП передали в поликлинику очередной «актив». Нам известно, что из поликлиники к пациентке приезжал врач, ее обследовали, но не госпитализировали.

Четвертый вызов от родственников пациентки, обеспокоенных низким артериальным давлением после измерения домашним тонометром, поступил 11 октября. Пациентка жаловалась на шум в ушах и слабость. Измерения АД, пульса, температуры тела, регистрация ЭКГ, аускультация, проведенные врачами бригады СМП, не выявили грубых нарушений. Исключение — уровень гликемии:  $13,2$  ммоль/л.

— Сознание пациентки было ясным, она четко ориентировалась в пространстве и во времени, — добавил Георгий Введенский. — Диагноз: «цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия головного мозга», назначены таблетки глицина сублингвально. Больная была оставлена дома с «активом» в поликлинику.

13 октября в 00:52 поводом для вызова бригады СМП к пациентке стали боль в грудной клетке справа, приступ удушья, слабость. Среди результатов обследования обращают на себя внимание снижение АД до 90/60 мм рт. ст., учащение пульса до 96 ударов в минуту. Диагноз: «образование правого легкого».

— Пациентке было введено в/м 1,0 мл раствора кеторала, боль уменьшилась, — продолжил Георгий Введенский. — Пациентка должна была остаться под динамическим наблюдением поликлиники, но в этот раз «актив» не передавался. Дело в том, что в тот же день 13 октября в 6:40 поступил повторный вызов к пациентке, и прибывшая бригада СМП констатировала ее смерть. Диагноз: «неуточненные причины смерти».

— Создалось впечатление, — заметил Леонид Печатников, — что состояние пациентки становилось все хуже и хуже, она фактически умирала. Приезжали вы, приходили врачи из поликлиники — всего раз 10 или около того. И что в итоге?

— Наша вина есть, — признал Георгий Введенский, — но надо принять во внимание упорное несогласие пациентки и ее родственников на госпитализацию.

### **Патологоанатомическое заключение**

По словам заведующего патологоанатомическим отделением ГКБ № 5 Департамента здравоохранения Москвы Андрея Добрякова, на вскрытии прежде всего были отмечены характерные для милиарного туберкулеза множественные очаги диаметром 0,2–0,3 см во всех отделах легких.

Рисунок 3. Макроскопическая картина легких пациентки, видны множественные милиарные очаги



— Речь идет о классическом субплевральном внутрилегочном милиарном туберкулезе, — заключил выступающий. — Такие же милиарные субкапсулярные очаги мы нашли в печени, селезенке, обеих почках. Прикорневые лимфоузлы легких с обеих сторон были увеличены до 2 см. В плевральных полостях обнаружилось до 200 мл прозрачной желтоватой жидкости и около 4 л аналогичной жидкости в брюшной полости. Со стороны сердца: эксцентрическая гипертрофия миокарда. Обнаружены признаки дисциркуляторной энцефалопатии, гидроцефалии, атрофии коры больших полушарий мозга.

При гистологическом исследовании с использованием дополнительных окрасок на микробактерии туберкулеза была обнаружена гематогенная диссеминация в легких, для которой было характерно отсутствие гигантских многоядерных клеток Пирогова—Лангханса. Капсулы гранулем отсутствовали.

— Все это говорит о небольшой давности процесса в легких и массивной гематогенной диссеминации, — продолжил специалист. — Применив дополнительную окраску по Цилю—Нильсену, мы нашли очаги кислотоустойчивых микробактерий (КУМ) в легких, печени, селезенке и почках. Повсюду встречались не зрелые, а только формирующиеся гранулы. Сформированные же гранулемы с наличием классических гигантских многоядерных клеток были обнаружены лишь в прикорневых лимфоузлах легких. По морфологическим данным ясно, что наиболее «старый» туберкулезный процесс развивался в прикорневых лимфоузлах. Здесь он начался, а затем развивалась гематогенная диссеминация по различным органам.

Патологоанатомами были дополнительно проведены специальные окраски срезов на микробактерии, выполнена ПЦР-диагностика, при которой были обнаружены ДНК микробактерий туберкулеза. Случай разбирался совместно с фтизиатрами. Заведующая патологоанатомическим отделением МНПЦ борьбы с туберкулезом Юлия Зюзя подтвердила заключение патологоанатомов ГKB № 5 о развитии у пациентки генерализованного туберкулеза в фазе прогрессирования с поражением легких, почек, печени, селезенки, лимфатических узлов и причине смерти в результате прогрессирования туберкулеза.

В заключение выступления Андрей Добряков представил патологоанатомический диагноз: — Основное заболевание — генерализованный туберкулез, двусторонний милиарный туберкулез легких, милиарная диссеминация в почках, печени, селезенке. Фоновое заболевание — СД I, липоматоз и атрофия поджелудочной железы. Осложнения: отек легких и головного мозга, хроническое общее венозное полнокровие, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация селезенки, двусторонний гидроторакс, асцит. Сопутствующие заболевания: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий, гипертоническая болезнь, артериолосклеротический нефросклероз, атеросклероз аорты, дисциркуляторная энцефалопатия, внутренняя гидроцефалия, атрофия коры полушарий мозга. Непосредственной причиной смерти мы считаем прогрессирование туберкулеза и констатируем расхождение диагнозов 2 категории по причине недостаточного обследования. Выступавший чуть позже в качестве одного из рецензентов главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы Олег Орехов в целом согласился с поставленным диагнозом. Представленный им патологоанатомический диагноз выглядит так:

— «основное заболевание: генерализованный туберкулез — двусторонний милиарный туберкулез легких, милиарная диссеминация в почках, печени, селезенке»;

— фоновое заболевание: «СД I типа: липоматоз и атрофия поджелудочной железы»;

— осложнения: отек легких, отек головного мозга, хроническое общее венозное полнокровие: мускатный фиброз печени, цианотическая индурация селезенки, двусторонний гидроторакс (по 200 мл), асцит (4000 мл);

— сопутствующие заболевания: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; атеросклероз коронарных артерий сердца с преимущественным поражением передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (фиброзные бляшки, стеноз до 50%); гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,6 см); артериолосклеротический нефросклероз; атеросклероз аорты (фиброзные бляшки); дисциркуляторная энцефалопатия: наружная и внутренняя гидроцефалия, атрофия коры больших полушарий головного мозга; атеросклероз артерий основания головного мозга с преимущественным поражением средних мозговых артерий (фиброзные бляшки, стеноз до 20%).

## Выступления рецензентов

Первой из рецензентов выступила главный внештатный специалист фтизиатр ДЗМ Елена Богородская:

— Врач нашей службы проверила результаты флюорографических обследований пациентки, в том числе и самого последнего — от 12 мая 2015 года. Отклонений от нормы обнаружено не

было. Однако в ходе опроса сына пациентки выяснилось, что уже с зимы 2015 года больная отмечала нарастающую слабость.

Хотя, по словам рецензента, отрицательные результаты флюорографии или другого лучевого исследования, выполненного за 1–2 месяца до обследования, показавшего подозрительные на туберкулез клинические проявления, не могут являться гарантией отсутствия данного заболевания. Можно только констатировать факт, что в момент проведения тех лучевых обследований проявлений туберкулеза в легких не было.

Елена Богородская также отметила, что отрицательными оказались и результаты квантиферонового теста, полученные 21 августа.

— Мы поняли, что это был сложный случай туберкулеза, — подтвердил Леонид Печатников, — но давайте ответим на вопрос: что должны были сделать врачи, чтобы разобраться в нем, но не сделали?

— Ответ на этот вопрос сформулирован в Приказе Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 932н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом», — подчеркнула Елена Богородская. — В документе указано, что обследованию на туберкулез подлежат пациенты, у которых обнаруживаются очаговые образования в различных органах и выпоты неясной этиологии в плевральной полости (именно их и обнаружили у пациентки обе компьютерные томографии), лица с продолжающимися 2 недели и более симптомами общей интоксикации: лихорадка, потливость, потеря массы тела и аппетита, быстрая утомляемость (у пациентки все это наблюдалось), наконец, лица, при проведении диагностических исследований которых возникают сомнения в правильности установленного диагноза туберкулеза, или те, которым однозначный диагноз установить не удастся. От себя добавлю лишь, что к таким пациентам нужно относиться крайне внимательно и проводить обследования максимально тщательно.

В ходе дальнейшего выступления специалист фтизиатр еще раз подчеркнула, что согласно положений порядка для проведения дополнительных обследований с целью определения дальнейшей тактики лечения в противотуберкулезный диспансер в трехдневный срок направляются больные, у которых при обследовании выявлены следующие симптомы: при проведении лучевой диагностики органов грудной клетки — очаговые тени, ограниченные затенения легочной ткани или участки инфильтрации, округлые и полостные образования, диссеминация, расширение тени средостения и корней легких, плевральный выпот, распространенный и ограниченный фиброз и другие изменения.

При подозрении на туберкулез органов дыхания в ЛПУ проводятся следующие обследования: трехкратное исследование мокроты методами световой микроскопии на КУМ с окраской по Цилю—Нильсену или микроскопия с окраской люминесцентными красителями; обзорная рентгенография органов грудной клетки, диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении. При получении положительного результата исследования мокроты на КУМ больной должен быть изолирован, проконсультирован фтизиатром и направлен санитарным транспортом в специализированную противотуберкулезную медицинскую организацию.

При получении отрицательного результата микроскопического исследования мокроты проводится молекулярно-генетическое исследование на наличие маркеров ДНК микобактерий.

— Часто подобные случаи встречаются в практике вашей службы?— попросил уточнить Леонид Печатников.

— С 2010 по 2014 год на 12,5 миллиона человек, проживающих в Москве, было зафиксировано соответственно 63, 43, 42, 42, и 40 случаев, когда туберкулез устанавливали только по смертно по результатам секционного исследования, — ответила рецензент. — Большинство этих больных относились к социально неблагополучным слоям населения, не обращающимся за медицинской помощью. Но рассматриваемый случай не просто редкий, а уникальный тем, что пациентка не только обращалась за помощью, но каждый год проходила флюорографические обследования и диспансеризацию, а за два месяца до летального исхода находилась

на обследовании и лечении в течение 27 дней в гематологическом отделении ГКБ № 40, поступив туда из ИКБ № 2.

По мнению Елены Богородской, уникальность данного случая прежде всего в том, что имели место объективные сложности, обусловленные индивидуальным патогенезом туберкулезного процесса, при котором перестали работать и микробиологические, и иммунологические методы диагностики. У пожилой пациентки, в течение 50 лет страдавшей инсулинозависимым СД, стремительно развился генерализованный гематогенно-диссеминированный туберкулез с милиарным поражением легких, почек, печени, селезенки, о чем свидетельствует посмертное гистологическое исследование: стертая эпителиоидная и гигантоклеточная реакция, множественные казеозные очажки, выраженная перифокальная экссудативная реакция, периваскулит.

— А как вы объясняете панцитопению у этой больной? Она была связана с туберкулезом?  
— спросил Леонид Печатников.

— Видимо, была, — согласилась Елена Богородская. — У пациентки первичный туберкулез развился в легочных лимфатических узлах. Но, скорее всего, он долгое время протекал без их увеличения, которое заметно на обычной флюорографии. Затем на фоне снижения иммунитета, обусловленного в том числе и СД, произошла генерализация процесса. Причем в подобных ситуациях она никогда не случается однократно, особенно когда есть имму-

нодефицит. Генерализация развивается волнообразно в течение определенного периода. И это подтверждают данные вскрытия пациентки, показавшие, что в органах были различные по давности гранулемы. Поскольку посмертного гистологического исследования костного мозга, к сожалению, не было, мы можем только теоретизировать, что один из «всплесков» таких волн занес отсев в костный мозг. На этом фоне и развилась панцитопения. Последующие же отсевы, происходившие уже на фоне панцитопении, и привели к тому, что морфологи не увидели вокруг микобактерий четных гранулем. Это подтверждает то, что эти отсевы случались именно на фоне иммунодефицита. Мы такую же картину



**МЫ ПРИШЛИ К ВЫВОДУ, ЧТО У ПАЦИЕНТКИ НА  
ФОНЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО СД ВОЗНИКЛИ  
ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ХАРАКТЕРА.  
НЕЛЬЗЯ БЫЛО ИСКЛЮЧИТЬ И ТУБЕРКУЛЕЗ.**

**Рафик Шабуров**

наблюдаем у пациентов с ВИЧ-инфекцией. И еще два замечания. Терапия респираторным фторхинолоном моксифлоксацином уменьшила проявления симптомов заболевания, так как препарат обладает мощным бактерицидным действием в отношении микобактерии туберкулеза. Это лекарство входит в режимы лечения больных туберкулезом согласно уже названному мной приказу Минздрава № 951, а также Федеральным рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с лекарственной устойчивостью возбудителя. Что же касается квантиферонового теста, позволяющего оценить наличие активно размножающихся микобактерий, то при панцитопении он не работает, так как для него требуется достаточная популяция активных иммунокомпетентных клеток-эффекторов.

Замечания по объему и качеству оказания медицинской помощи пациентке в ГП № 191:

— длительно лихорадящей пациентке с СОЭ до 55–66 мм/час на фоне панцитопении в плане дифференциальной диагностики не было назначено обследований на туберкулез: мокроты на КУМ трехкратно, кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, повторное лучевое обследование;

— в представленной документации не найдено сведений о направлении на повторную госпитализацию при наличии лихорадки неясного генеза.

Замечания рецензента по ведению пациентки в ГКБ № 40:

— не проведено исследование мокроты: на КУМ трехкратно и на маркеры ДНК микобактерии туберкулеза;

— из-за тяжести состояния пациентки не проведена попытка морфологической или микробиологической верификации диагноза посредством наиболее доступных исследований:

— фибробронхоскопии с забором материала для изучения на микобактерии туберкулеза и трансбронхиальной биопсией легкого и внутригрудного лимфатического узла;

— переоценено значение квантиферонового теста (он еще официально не зарегистрирован в РФ, проходит перерегистрацию);

— не произведена кожная иммунологическая проба, регламентированная приказами Минздрава России № 951 и от 29.10.2009 г. № 855, а также приказом ДЗМ от 17.04.2015 № 308 «О применении кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в ЛПУ государственной системы здравоохранения г. Москвы при обследовании групп риска по туберкулезу». Далее выступил главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы Михаил Анциферов:

— Сразу отвечаю на вопрос относительно панцитопении. Это расстройство не характерно для СД I. Причем даже тяжелейшего течения и той длительности — более 50 лет, которая была у пациентки. В своей практике я такого не видел, в литературе таких сведений не встречал. При этом СД является фактором риска развития туберкулеза. Риск возникновения туберкулеза легких у больных СД в 4–11 раз выше, чем в популяции. А при неудовлетворительном контроле СД, когда показатель HbA1c превышает 9%, риск этой болезни возрастает еще больше. Туберкулез встречается у 8% пациентов с СД, и это инфекционное заболевание возникает в среднем через 5–7 лет от момента постановки диагноза «диабет». Однако при тяжелом и нестабильном течении диабета этот срок сокращается до 4 лет. Особенностью клинического проявления сочетания СД и туберкулеза является преобладание жалоб только общего характера, что осложняет диагностический поиск. Поэтому в отношении больных с СД у врача должна быть особая настороженность по отношению к туберкулезу. Врач должен помнить, что поиск туберкулеза в таких ситуациях сложнее, чем у обычных пациентов.

Михаил Анциферов напомнил, что пациентка лечилась по поводу двух эндокринных заболеваний — СД и первичного гипотиреоза, из-за чего нуждалась в двойной гормональной заместительной терапии.

— Хотел бы оценить в моей рецензии работу трех учреждений, где лечилась пациентка, продолжил рецензент. — Начну с ГП № 191. Женщина страдала СД с детства, и для диабетика с таким стажем она хорошо сохранилась. У нее была идеальная масса тела для таких пациентов. Она регулярно наблюдалась эндокринологом, терапевтом, лор-врачом, неврологом, окулистом, выполняя их основные рекомендации. Да и лекарственное обеспечение было поставлено неплохо. Больная бесперебойно получала инсулин, его аналоги ультракороткого и пролонгированного действия, тест-полоски для самоконтроля гликемии, лекарства для лечения гипотиреоза. Потому и не обременяла эндокринолога жалобами, связанными с прогрессированием этих болезней. У нее были удовлетворительные показатели гликемии, диабет оставался компенсированным. В связи с этим коррекции дозы за период наблюдения не проводилось. Но все же замечания по работе эндокринолога у меня есть. Для таких больных необходим контроль HbA1c с интервалом 1 раз в 3 месяца или по крайней мере 2 раза в год. И если целевой уровень HbA1c 7,0–7,5% не достигнут, то надо интенсифицировать инсулинотерапию. А у пациентки показатель HbA1c проверяли даже реже, чем 1 раз в году. От нее не требовали предъявлять эндокринологу данные самоконтроля (дневник больной с СД), но тест-полоски выписывались. В поликлинике недостаточно проводился контроль осложнений СД. Например, ни разу не проверялась микроальбуминурия. Между тем при анализе мочи, выполненном в ГКБ № 40, в ней были обнаружены следы белка.

Михаил Анциферов напомнил, что по поводу первичного гипотиреоза больная получала L-тироксин, и подчеркнул, что так же, как для диабета есть гликированный гемоглобин как параметр эффективности лечения, существует и такой контрольный параметр лечения болезней щитовидной железы, как уровень тиреотропного гормона (ТТГ). Проверять его надо 1 раз в 3 месяца, но минимум 2 раза в год.

— По нему мы и контролируем дозу L-тироксина, — уточнил специалист, — но таких анализов у пациентки не проводилось.

По мнению рецензента, в целом служба СМП действовала неплохо, но замечания он все-таки сформулировал:

— В протоколах результатов по всем вызовам есть цифры измеренного сахара крови. Но обращаю внимание на вызов 23 августа, когда больная обратилась к СМП по поводу гипергликемического состояния. Имея на руках все средства самоконтроля, она не смогла самостоятельно справиться с этим осложнением. Врачи СМП обнаружили сахар крови 20,6 ммоль/л, провели инфузионную терапию, введя в/в раствор NaCl 0,9% — 500 мл. Гликемия снизилась до 17,3 ммоль/л. Эффект явно недостаточный. Тогда почему больной не ввели инсулин? И почему не задались вопросом: если у пациентки развилась беспричинная декомпенсация, разве это не сигнал о том, что идет мощный инфекционный или другой патологический процесс и нужно искать его причину? Надо было объяснить опасность этой ситуации больной и ее родственникам и убедить их в необходимости госпитализации.

Высказал Михаил Анциферов и замечания по ведению пациентки в ГКБ № 40:

— За время пребывания в стационаре у пациентки были обнаружены «размахи» гликемии 4,8–20 ммоль/л, которые, конечно, должны были быть меньше, не более 8–10 ммоль/л в течение дня. Первая консультация эндокринолога была проведена с большим опозданием, лишь на 22 сутки пребывания пациентки в стационаре. Эндокринолог в этой больнице наконец проверил уровень ТТГ. Видимо, пациентка перестала принимать L-тироксин в больнице, и показатель ТТГ оказался в 4 раза больше, чем норма. В выписке из стационара надо было указать, как дальше решать эту проблему, но это не сделали. По мнению Михаила Анциферова, основной причиной смерти пациентки стала тяжелая интоксикация, обусловленная прогрессирующим генерализованным туберкулезом. Длительно текущий СД 1-го типа явился фоновым заболеванием, декомпенсация которого способствовала развитию основной патологии.



**СФОРМИРОВАННЫЕ ГРАНУЛЕМЫ С НАЛИЧИЕМ КЛАССИЧЕСКИХ ГИГАНТСКИХ МНОГОЯДЕРНЫХ КЛЕТОК БЫЛИ ОБНАРУЖЕНЫ ЛИШЬ В ПРИКОРНЕВЫХ ЛИМФОУЗЛАХ ЛЕГКИХ. ИМЕННО ЗДЕСЬ ИЗНАЧАЛЬНО СФОРМИРОВАЛСЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПРОЦЕСС.**

**Андрей Добряков**

Деятельность врачей поликлинического звена оценил главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Москвы Григорий Арутюнов:

— В период с начала зимы 2015 года, когда, видимо, и началось заболевание, и до 17 июля, последнего дня, когда пациентка оставалась дома перед госпитализацией, врачами ГП № 191 не были приняты во внимание симптомы: нарастающая слабость, ознобы, лихорадка, упоминаемые сыном больной. А ведь 16 июля пациентка была на консультации у эндокринолога, и в амбулаторной карте осталась его запись, свидетельствующая, что она говорила врачу о нарастающей слабости. При этом дополнительных обследований назначено не было. 3 июля пациентка была на приеме у терапевта в связи с приступами стенокардии, он назначил кардиологические препараты и констатировал, что состояние больной удовлетворительное. Между тем у нее прогрессировала слабость и нарастали ознобы. Считаю, что анамнез врач собрал неполноценно.

По мнению Григория Арутюнова, целый ряд данных говорит, что манифест болезни состоялся задолго до госпитализации:

— Учет этого фактора позволил бы предположить диагноз лихорадки неясного генеза с панцитопенией и осуществить диагностический поиск по совершенно другому пути.

Характеризуя работу поликлинических врачей с 15 августа, с момента выписки пациентки из стационара и до последних дней ее жизни, он заметил следующее:

— Все пять «активов» в поликлинику, оставленных врачами СМП, хотя и выполнялись, но по их результатам делались пустопорожние записи в амбулаторной карте, лишь констатировавшие ее ухудшающееся состояние. Бездумно переписывался диагноз на уровне синдрома, значались консультации онколога и фтизиатра. Но за их выполнением никто не проследил.

Были проигнорированы и результаты выполненного поликлиникой клинического анализа крови, показавшего грубые нарушения: СОЭ — 55 мм/ч, уровень гемоглобина — 77 г/л, лейкоциты —  $1,4 \times 10^9$ /л. При ведении пациентки в поликлинике после ее выписки из ГКБ № 40 никаких мероприятий по уточнению характера ее основного заболевания не проводилось. В амбулаторной карте мы не нашли подписанных пациенткой документов об ее отказе от госпитализации.

Оценивая работу врачей в ГКБ № 40, Григорий Арутюнов подчеркнул:

— Выявленный синдром панцитопении так и не нашел своей трактовки вплоть до формулирования окончательного диагноза. Ответ на вопрос относительно предполагаемой инфекции, где и какая, так и не был получен. На протяжении всего периода наблюдения, несмотря на неясный диагноз, консилиум не созывался ни разу. 29 июля, то есть на 10-й день госпитализации, после КТ органов грудной клетки, где обнаружилась аденопатия, очаговые изменения в ткани легкого, проявления полисерозита, диагностическое предположение могло быть построено по следующему принципу: если есть лихорадка неясного генеза плюс только что указанные мной расстройства, то нужен дифференциальный диагноз между метастатическим раком, саркоидозом, туберкулезом и лимфогрануломатозом. Но такой диагноз не проводился. Предположение о диагнозе туберкулеза дважды, 30 июля и 4 августа, высказывал лечащий врач, однако это не привело к консультации фтизи-атра, исследованию мокроты, проведению фибробронхоскопии, консилиуму с участием пульмонолога, фтизиатра или хотя бы обсуждению возможности проведения терапии *ex juvantibus*, то есть проводимой в целях уточнения диагностики. И ни разу в истории болезни пациентки не указано, были ли у нее кашель и потливость, что диагностически важно при высказанном предположении о туберкулезе. В итоге за 27 дней госпитализации основное заболевание, причины панцитопении, лимфаденопатии и полисерозита, что позволяло думать о системном характере патологии, так и не были установлены. Диагноз туберкулеза предположен, но не отвергнут. Кровь была направлена на квантифероновый тест очень поздно — только 14 августа. Да и он был бесполезен, учитывая наличие всего лишь  $0,5 \times 10^9$ /л лимфоцитов в клиническом анализе крови. При этом не были проведены трехкратный анализ мокроты, бронхоскопия, внутрикожные пробы — диаскинтест. У пациентки с неустановленной причиной лихорадки неправильной была и терапия дексаметазоном. Оформление истории болезни и интерпретация клинической картины имеют ряд очевидных недоработок.

Подводя итоги обсуждения, Леонид Печатников высказал предположение о том, что первичным заболеванием пациентки была миелодисплазия (группа нарушений гемопоэза, включающая нарушения кроветворения, развивающиеся на фоне вирусных и других инфекций, генетических аномалий или непонятных причин), которая и вызвала нарастающую панцитопению. Как подчеркнул Леонид Печатников, заболеваемость приобретенной миелодисплазией резко возрастает после 60 лет.

— Главная особенность всех миелодисплазий — панцитопения в сочетании с увеличением числа бластных клеток и с высокой вероятностью трансформации процесса в острый миелолейкоз, — напомнил Леонид Печатников. — В основе патогенеза миелодисплазий лежит неэффективный гемопоэз, а именно увеличение частоты митотического деления клеток, нарушение процесса их созревания и, как следствие, их функциональная неполноценность. Одной из разновидностей миелодисплазии, которой, по его мнению, страдала пациентка, является так называемая рефрактерная цитопения с числом бластов в костном мозге менее 5% и их возможным отсутствием в периферической крови. Как сообщил Леонид Печатников, диагноз этой формы заболевания, как правило, ставят случайно при обращении больного за медицинской помощью по поводу нарастающих признаков анемизации и прежде всего слабости и повышенной утомляемости. В анализах крови сразу же выявляют анемию и цитопению. Ввиду резистентности последней к лечению проводят более глубокую диагностику и, в частности, биопсию костного мозга. Она и позволяет наконец установить диагноз миелодисплазии.

— Хотя посмертное гистологическое исследование не выполнялось, в ГКБ № 40 пациентке проводилась спинальная пункция костного мозга, и были обнаружены гипоклеточный костный мозг и гипоплазия кроветворной ткани, — пояснил свою позицию Леонид Печатников. — Не туберкулез и тем более не СД стали причиной панцитопении, но, возможно, миелодисплазия. Эта болезнь и стала фатальной для пациентки. Убеден, что для того, чтобы туберкулез диссеминировал столь быстро и бурно, иммунитета быть не должно вообще. Все барьеры были прорваны, защитные силы организма сломлены, начался мощный гематогенно-диссеминированный процесс. Такая форма туберкулеза — очень редкая для Москвы, которая еще выглядит относительно благополучно на фоне все более тревожной ситуацией по этому заболеванию по РФ в целом.

Леонид Печатников подчеркнул, что, несмотря на то, что этот случай был очень непростой, было совершено много грубых и, по сути, весьма «примитивных» ошибок:

— Мне очень обидно за ИКБ № 2, где не нашли показаний для госпитализации, хотя было много оснований заподозрить инфекционную болезнь. Всего час продержали у себя и быстрее-быстрее переправили в другой стационар, так как не захотели разбираться? А ведь диагностическое отделение в этой больнице считается сильнейшим в Москве. Вы, пожалуйста, это зная не теряйте! А в ГКБ № 40 пациентку продержали почти месяц и в конце концов так и выписали без диагноза. Полностью согласен с жесткими оценками «поверхностной и бездумной» работы поликлинических врачей, которые дал в своей рецензии Григорий Арутюнов. Прошу руководство департамента внимательно разобраться с этим случаем и доложить мне о принятых мерах.



При поддержке  
Правительства Москвы  
**ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**

**KST**  
interforum

Конгресс-оператор:  
ООО «КСТ Интерфорум»,  
г. Москва,  
ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон/факс:  
+7 (495) 722-64-20,  
+7 (495) 518-26-70  
электронная почта:  
mail@interforum.pro

www.ar-mos.com

МОСКВА  19–20 МАЯ 2016 ГОДА

## МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

---

**ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:**

- 1 Отчет Главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения города Москвы по анестезиологии и реаниматологии, Д.Н. Проценко.
- 2 Создание службы боли в многопрофильных НПО.
- 3 Роль анестезиолога и реаниматолога:
  - в акушерстве и гинекологии
  - при острых сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваниях
  - при тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травме
  - у детей и взрослых
  - у больных пожилого и старческого возраста
- 4 Предоперационная терапия боли
- 5 Стандарты и медицинские услуги в анестезиологии, интенсивной терапии и неотложной медицине
- 6 Вопросы деонтологии и непрерывное медицинское образование

**Место проведения:**  
Конгресс-центр ЦМТ  
(г. Москва, Краснопресненская наб., д.12, подъезд №4, метро «Улица 1905 года»).

 Реклама

# КАЗУИСТИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ МЕЛАНОМЫ

Второй клинический случай был посвящен крайне редкому заболеванию — первичной меланоме пищевода.

58-летний пациент впервые обратился в Московский клинический научный центр 26 января 2015 года.

С докладом об истории болезни выступил первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Николай Потекаев:

— При обращении пациент жаловался на периодические боли в эпигастральной области, изжогу и затруднение при глотании. При осмотре терапевт диагностировал хронический гастрит в стадии обострения. Однако при выполнении 10 февраля эзофагогастроскопии на расстоянии 32 см от зубов-резцов в пищеводе было выявлено выступающее в просвет бугристое образование с изъязвлениями плотной консистенции. Пациенту была произведена биопсия, в образцах ткани обнаружен недифференцированный плоскоклеточный рак. Проведенное 11 февраля УЗИ гепатобилиарной системы не выявило существенных нарушений. Пациент был направлен в Онкологический клинический диспансер № 1 с диагнозом: «злокачественное новообразование пищевода».

25 февраля в онкодиспансере пациенту провели рентгенографию пищевода. В ходе обследования был найден рак средней и нижней частей пищевода. После проведения курса химиотерапии контрольная рентгенография пищевода, проведенная 20 апреля, не обнаружила положительной динамики в результате лечения. Диагноз был уточнен: T3N1M0 .

При повторной биопсии, выполненной в Диагностическом центре № 1, был подтвержден гистологический тип опухоли — плоскоклеточный рак.

Пациенту были назначены еще два курса химиотерапии и лучевая терапия. При контрольной рентгенографии 10 июня появилась положительная динамика в виде уменьшения общего объема и протяженности поражения пищевода.

16 июня пациенту была проведена компьютерная томография, в ходе которой были обнаружены явные признаки метастатического поражения: лимфаденопатия в брюшной полости по ходу левой желудочной артерии и в области чревного ствола.

18 июня консилиум специалистов в Онкологическом диспансере № 1 пришел к выводу о необходимости хирургического лечения. Однако больной от операции в этом учреждении отказался, сообщив, что она будет выполнена в Московском научно-клиническом центре. Проведенная 22 июня в Московском научно-клиническом центре мультиспиральная компьютерная томография подтвердила злокачественное новообразование средне-нижней частей пищевода с переходом на кардиальный отдел желудка, увеличение парагастральных и паракардиальных лимфатических узлов. 3 июля была проведена эндоскопическая ультрасонография, в ходе которой подтвердились результаты предшествующих исследований, онкологический процесс был визуализирован.

14 июля больному была проведена операция на пищеводе, а 29 июля выполнено дренирование малого таза. Исходя из записей в истории болезни, 11 августа пациент был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Однако уже 26 августа он снова обратился в Московский научно-клинический центр с жалобами на общую слабость, дискомфорт в эпигастральной области. Рентгеноскопия пищевода показала хорошую функцию анастомоза после резекции части пищевода.

До середины октября больной находился дома, наблюдался у поликлинического гастроэнтеролога. 15 октября повторная компьютерная томография выявила вторичное поражение правого легкого с обсеменением плевры, изменения в печени. 29 ноября бригада СМП констатировала смерть больного. Вскрытие трупа не проводилось по заявлению родственников.

— В Московском научно-клиническом центре после операции, конечно, была выполнена биопсия удаленной опухоли? — уточнил Леонид Печатников.

— Безусловно, — ответил Николай Потекаев. — В опухоли присутствовали пигментные включения, неэпителиального вида клетки. Патоморфологи обратились в ГКБ № 62 для проведения иммуногистохимического исследования. В совокупности с данными гистологического исследования обнаружение в образцах ткани ряда онкомаркеров, характерных для меланомы, позволило верифицировать первичную меланому пищевода.

Хотелось бы заметить в заключение, первичная меланома пищевода составляет менее 0,2% случаев от всех злокачественных новообразований пищевода, тогда как плоскоклеточный рак этого органа — 8% случаев. Меланома пищевода — исключительно редкое явление. В мировой онкологической литературе описано всего порядка 300 случаев этой болезни. Чаще она встречается у мужчин. Пятилетняя выживаемость очень невысока, а локализация — обычно между средней и нижней третью пищевода. Метастазы на момент диагноза наблюдаются у 40–80% больных. Это связано с тем, что меланома весьма агрессивная опухоль. Это относится как к классической меланоме кожи, так и к опухоли указанного типа пищеводной локализации. Обратите внимание, несмотря на то, что количество больных с выявленной на ранних стадиях меланомой больше, чем количество больных раком пищевода, пятилетняя выживаемость практически одинаковая.

И пару слов о классической меланоме. Существует, конечно, целый ряд признаков, которые позволяют врачу насторожиться, но я сейчас хотел бы заострить внимание на так называемых предшественниках. Прежде всего речь идет о невусах. На них действительно надо обращать внимание. Например, зачастую меланома возникает на гигантских врожденных невусах. Но основной предшественник меланомы — диспластический невус. Самый простой и доступный способ отличить диспластический невус в доброкачественном состоянии от меланомы — дерматоскопия. Дерматоскоп однозначно показывает наличие злокачественного образования. Невус как бы подернут дымкой, словно сигаретным дымом, так называемой сине-белой вуалью — классический признак меланомы.

Комментируя рассматриваемый случай, Леонид Печатников сказал:

— Мы рассматривали казуистическую историю меланомы пищевода. Думаю, что даже Александр Леонидович Мясников не заподозрил бы, что в данном случае имеет дело с меланомой. Решил бы, что это рак, и, вероятно, тоже взял бы биопсию — это нормальное развитие событий. Предвидеть, что это будет меланома, очень сложно. Но все-таки... Надо помнить: если есть хоть малейшее подозрение на меланому, биопсия противопоказана. Как только вы делаете биопсию, вы почти наверняка обрекаете человека на метастазирование!

# ВЕРА СИДОРОВА: ВРАЧ НЕ ИМЕЕТ ПРАВА НЕ ВЫПИСАТЬ РЕЦЕПТ

Жалобы пациентов на врачей, якобы не выписывающих рецепты, ссылаясь на отсутствие лекарства в аптеке, привели к тому, что активно стали обсуждаться меры административного наказания медиков в таких ситуациях. Между тем возможности не выписать рецепт у врача нет — закон и врачебная этика ему этого не позволяют. О нюансах работы врача при назначении фармакотерапии рассказывает главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Москвы, главный врач КДЦ № 6 Вера СИДОРОВА.



**ВЕРА СИДОРОВА,**  
главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Москвы, главный врач КДЦ № 6

**— Может ли врач сегодня не выписать рецепт пациенту, ссылаясь на отсутствие лекарств в аптеках?**

— Врач не имеет права не выписать рецепт. Согласно положениям Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинские работники обязаны назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Рецепт на лекарство должен выписываться врачом самостоятельно, исходя из результатов медицинского осмотра, и определяется необходимостью в получении надлежащего лечения. В соответствии с Порядком назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденным Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н назначение и выписка лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии — группировочному наименованию. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и группировочного наименования лекарственного препарата последний назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию.

### – Какова степень ответственности врача за невыписку рецептов? Чем она определяется?

— Рецепт — письменное обращение врача в аптеку с предложением приготовить и отпустить больному лекарство с обозначением дозы и способа его применения. Неправильно выписанный рецепт или невыписанный рецепт может быть причиной того, что лекарство не дает надлежащего эффекта (например, при несовместимости, малых дозах) или применение его может привести к опасным для жизни больных последствиям: отравлению, смерти (при передозировке или неправильном способе назначения), что влечет за собой административную или уголовную



#### **ВРАЧ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ И ВЫПИСКЕ РЕЦЕПТА ДОЛЖЕН РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ.**

ответственность врача. Степень ответственности врача зависит от тяжести последствий для пациента. Вопрос выписки врачом рецептов в день обращения пациента и порядок выписки рецептов также закреплен на законодательном уровне.

Порядок выписки рецептов установлен приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1175н от 20 декабря 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». В нем четко сказано, что врач не только должен сам выписывать рецепт, но и продублировать назначение в амбулаторной карте. В настоящее время врач по действующему законодательству несет ответственность за свои действия (бездействия) по отношению к больному.

### – Чем руководствуется врач первичного звена при выборе лекарств аналогов?

— Врач назначает и выписывает лекарственные препараты согласно порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по соответствующим профилям заболеваний. Определяет международное

непатентованное наименование лекарственного препарата, а при его отсутствии — группировочное, указывает дозу препарата, кратность приема, длительность курса лечения. Врач оформляет рецептурный бланк согласно порядку назначения, выписывания лекарственных препаратов по Приказу Министерства здравоохранения и социального развития № 1175н от 20 декабря 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

### – Есть ли какие-то возможности выписки рецептов не по МНН, в случае когда это необходимо по медицинским показаниям?

— В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 20.12.2012 № 1175Н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии — группировочному наименованию. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и группировочного наименования лекарственного препарата лекарственный препарат назначается и выписывается медицинским работником по торговому наименованию.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и выписка лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи по торговым наименованиям.

### – Как быть врачу, если пациент настаивает на конкретном торговом наименовании лекарства, например, в случае если он давно его принимает и опасается при смене побочных реакций организма? И имеет ли право пациент настаивать на этом?

— Врач при назначении и выписке рецепта должен руководствоваться медицинскими показаниями к назначению того или иного лекарственного препарата, учитывать индивидуальную непереносимость пациента, выписывать препарат по МНН.

# О НАГРАДАХ

16 декабря 2015 года Московской городской думой принят Закон «О внесении изменений в Закон города Москвы от 5 сентября 2001 года № 38 «О наградах и почетных званиях города Москвы».

Многое изменилось в современной жизни, особенно это касается такой наукоемкой отрасли, как медицина. Постепенно стали отходить в прошлое старые методики лечения, долгий период восстановления, стационарный уход. На смену приходят передовые технологии, способные за короткое время решить сложнейшую проблему со здоровьем. То же касается и диагностики — ведь с использованием современной аппаратуры врачи могут точно поставить самый сложный диагноз, определить первопричину того или иного патологического состояния и в соответствии с этим назначить единственно правильную схему лечения. Поощрение наградами станет признанием заслуг квалифицированных медицинских работников столичного здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь на высоком уровне, применяющих на практике новые методы и технологии, позволит достойно оценить вклад медицинских работников в реализацию государственных программ развития здравоохранения города Москвы, выделив награждаемых из общего числа работников системы столичного здравоохранения, и тем самым повысит престиж медицинской профессии.

**УПРАВЛЕНИЕ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
И КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**



**УКАЗОМ МЭРА МОСКВЫ ОТ 19 ФЕВРАЛЯ 2015**

**ГОДА № 8-УМ УТВЕРЖДЕНО ПОЛОЖЕНИЕ**

**О НОВЫХ МОСКОВСКИХ НАГРАДАХ ДЛЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЕПАРТАМЕНТ**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ ПРИНИМАЕТ**

**ХОДАТАЙСТВА И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НА**

**КАНДИДАТОВ, ЧЬИ ИМЕНА СТАНУТ ПЕРВЫМИ В**

**СПИСКЕ ПОЛУЧИВШИХ ПОЧЕТНУЮ НАГРАДУ ЗА**

**ЗАСЛУГИ В МЕДИЦИНЕ.**

До настоящего времени Законом города Москвы от 05 сентября 2001 года № 38 «О наградах и почетных званиях города Москвы» было предусмотрено присвоение почетного звания «Почетный работник здравоохранения города Москвы», которое присваивается работникам любой специальности профессии, работающему в сфере здравоохранения города Москвы (в том числе экономисту, специалисту по охране труда, уборщику помещений, водителю и т.д.).

Новым законом учреждены награды:

- почетное звание: «Почетный медицинский работник города Москвы»,
- почетный знак «Заслуженный врач города Москвы».

### **Почетное звание «Почетный медицинский работник города Москвы»**

Присваивается только медицинским работникам: врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу медицинских организаций города Москвы, независимо от ведомственной подчиненности. Оценивается труд медицинских работников по результатам высоких профессиональных достижений в оказании первичной медико-санитарной, специализированной, скорой (в том числе специализированной) и паллиативной медицинской помощи. Получают признание заслуги в освоении и внедрении новых, в том числе инновационных, методов диагностики и лечения больных. Имеет огромное значение личный вклад медицинского работника в развитие столичного здравоохранения.

### **Почетный знак «Заслуженный врач города Москвы» — высшая форма поощрения за заслуги в области здравоохранения в городе Москве**

К награждению Почетным знаком «Заслуженный врач города Москвы» представляются только высокопрофессиональные практикующие врачи медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, обладающие профессиональным мастерством, организаторскими способностями, принимающие активное участие в общественной жизни столичного здравоохранения и научной медицинской деятельности, имеющие высокий рейтинг оценки среди коллег и пациентов, работающие в области здравоохранения города Москвы не менее 15 лет. Лица, награжденные Почетным знаком «Заслуженный врач города Москвы», премируются также денежной премией в размере 125 000 рублей.

# АТТЕСТАЦИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

В практической деятельности решение стратегических задач, а вместе с ними проблем, потребностей, рисков, последствий, требует колоссальных знаний и умений в области управления всеми этими процессами и имеющимися ресурсами. Одним из направлений кадровой политики Департамента здравоохранения Москвы является развитие и совершенствование системы подготовки управленческих кадров.

## По решению комиссии

Традиционно повышение квалификации руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы осуществляется на циклах повышения квалификации по программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье», которая включает общие вопросы управления организациями. Однако современный руководитель медицинской организации должен быть компетентен как в сфере управления здравоохранением, так и в вопросах менеджмента, маркетинга, финансов, экономики и юриспруденции. Потому при назначении на должность руководителя многие испытывают затруднение, осваивая новую для себя профессию, предполагающую знание принципов управления коллективом, стандартизацию и иные знания. Освоить данные компетенции, пройдя двухнедельный курс повышения квалификации, невозможно. Поэтому с 2013 года Департаментом здравоохранения Москвы совместно с Государственным автономным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Московский городской университет управления Правительства Москвы» (далее — ГАОУ ВПО «МГУУ Правительства Москвы») начата аттестация руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на соответствие занимаемой должности. Аттестация предполагает:



**Татьяна МУХТАСАРОВА,**  
первый заместитель  
руководителя  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

- тестирование по оценке личностного и управленческого потенциала;
- собеседования.

Тестирование проводится по пяти направлениям:

- Государственная политика в сфере здравоохранения.
- Правовые основы управления.
- Финансово-экономические основы управления.
- Деловое администрирование.
- Современные технологии в здравоохранении.

Результатом аттестационных процедур является решение комиссии о соответствии должности «руководитель» или несоответствии должности «руководитель».

## Первый шаг

По результатам проведенной комплексной оценки руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы Правительством Москвы и Департаментом здравоохранения города было принято решение об организации дополнительного обучения руководителей столичного здравоохранения по образовательной программе, которая направлена на получение знаний по вопросам менеджмента, маркетинга, финансов, экономики и юриспруденции в сфере государственного управления здравоохранением.

Первыми слушателями образовательных программ должны стать руководители, набравшие максимальное количество баллов по оценке личностных и управленческих компетенций.

Цели обучения:

1. Формирование единых представлений об идеологии, стратегии, системе целей и механизмах развития столичного здравоохранения.
2. Совершенствование профессиональных управленческих компетенций в области юриспруденции, менеджмента, маркетинга, финансов и экономики в сфере государственного управления здравоохранением.
3. Инновационное развитие государственной системы здравоохранения города Москвы.
4. Совершенствование профессионального мастерства управленческих кадров на примерах регионального и международного опытов.

Вначале это была небольшая отраслевая образовательная программа повышения квалификации по теме «Управление развитием здравоохранения Москвы», которая включала профессиональные модули, обучающие семинары, тренинги и образовательные кейсы (деловые ситуации и задачи) по темам: «Информационные технологии в здравоохранении», «Платные услуги как механизм развития медицинской организации», «Клиентоориентированность в медицине».

По этой программе уже прошли обучение более 500 руководителей и их заместителей.

## Специалист по управлению

Помимо этого, учитывая необходимость совершенствования общих управленческих навыков и обучения руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы основам менеджмента, экономики, правового регулирования деятельности медицинских организаций, с 2014 года Департаментом здравоохранения города Москвы совместно ГАОУ ВПО «МГУУ Правительства Москвы» начато обучение руководителей медицинских организаций по программе «Специалист по государственному и муниципальному управлению — Master of Public Administration (MPA)», специализация

«Управление в здравоохранении». Занятия предполагают проведение деловых игр, мастер-классов, тренингов, круглых столов, основу которых составляет практика, занимающая около 70% времени, что позволяет максимально быстро увидеть результат и избежать ошибок при использовании полученных знаний и инструментов. Применяемые современные технологии записи аудиторных занятий позволяют слушателям знакомиться с учебными материалами дистанционно и сократить временные потери.

В настоящее время 125 главных врачей проходят обучение по этой программе. Первая группа заканчивает обучение в июне 2016 года, каждый слушатель программы представит выпускную квалификационную работу по стратегическому развитию медицинской организации или одного из направлений деятельности клиники.

В рамках программы:

- заместители руководителя Департамента здравоохранения Москвы, начальники управлений департамента участвуют в проведении открытых лекций, круглых столов и мастер-классов по актуальным вопросам развития московского здравоохранения;

- для проведения занятий привлекаются лучшие отечественные и международные эксперты и консультанты по развитию управленческих кадров;

- организованы стажировки в лучшие зарубежные клиники.

С учетом современных тенденций развития московского здравоохранения мы уделили большое внимание такой форме обучения, как зарубежные стажировки, сделав доступным освоение передового международного управленческого опыта в медицинских организациях: государства Израиль, Федеративной Республики Германии, Швейцарской Конфедерации, Итальянской Республики, Республики Словения и Южной Кореи.

Совместно с зарубежными коллегами были разработаны уникальные тренинг-программы, соответствующие потребностям московской системы здравоохранения.

Программа МРА позволяет решить задачу повышения квалификации руководителей организаций государственной системы здравоохранения и повысить престиж руководителя за счет развития личной эффективности и продвижения команды.

В апреле и октябре 2016 года ГАОУ ВПО «МГУУ Правительства Москвы» совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы запланирован набор 50 слушателей программы МРА.

### Практические результаты

Результатом зарубежной стажировки руководителей стал ряд прогрессивных изменений в деятельности медицинских организаций:

- внедрена система менеджмента качества медицинской помощи (ГП № 2, ГП № 12, КДЦ № 6),
- ведется вовлечение среднего медицинского персонала в активную работу с хроническими пациентами, расширяются их функциональные обязанности (ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, ДГКБ им. З.А. Башляевой, ГП № 52, ДГП № 140),
- используется принцип маршрутизации пациентов (ДГП № 91),
- появилась практика ведения пациентов на дому (ГП № 170),
- соблюдаются условия непрерывности лечения и ухода за больными (ДКЦ № 1, КДЦ № 4).

Кроме того, в медицинских организациях созданы Call-центры, ведется укрепление связи между пациентами и медицинскими организациями, введены в практику методики Time-out и управления рисками (ГКБ им. А.К. Ерамишанцева), осуществляется стандартизация деятельности медицинского персонала (ГКБ № 52), разрабатываются внутренние алгоритмы при мультидисциплинарном подходе и в условиях массового поступления (ГКБ № 52, ГКБ им. Ф.И. Иноземцева).

Для оценки и повышения качества работы вовлекаются пациенты, применяется принцип «обратной связи» (ГКБ им. М.Е. Жадкевича). Согласно концепции непрерывного медицинского образования на регулярной основе проводятся тренинги сотрудников, тематические курсы повышения квалификации на рабочих местах и научно-практические мероприятия (ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, ГКБ № 24, ГКБ № 13, ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, ГКБ № 53, ГКБ № 61, ГКБ № 31, Московский клинический научный центр, ГКБ им. С.П. Боткина, ГП № 195, ДЦ № 5 ДЗМ).

Созданы локальные учебно-методические центры для непрерывного повышения квалификации медицинских сестер (ГКБ им. В.М. Буянова, ГКБ № 13, ГКБ № 52).

# МОСКОВСКАЯ «ИНФАРКТНАЯ СЕТЬ» ОПЫТ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Московская инфарктная сеть существует уже третий год. За это время удалось достичь поразительных результатов. Итоги работы были подведены в одном из докладов на прошедшей в конце года ассамблее «Здоровье столицы».



**ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА,**  
главный внештатный  
специалист кардиолог  
Департамента здраво-  
охранения Москвы

## Идеология выбора

Почему именно инфаркт миокарда? Ведь это всего лишь одно из множества кардиологических заболеваний? Дело в том, что инфаркт миокарда является одной из ведущих причин смертности во всем мире. Кроме того, даже переживший инфаркт миокарда пациент нередко оставался пожизненно инвалидом из-за тяжелой сердечной недостаточности. Именно поэтому модернизацию системы лечения пациентов кардиологического профиля начали с этого заболевания. Причиной наиболее грозного острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) является полная окклюзия одной из основных коронарных артерий. В настоящее время ключевым моментом в лечении такого инфаркта миокарда является реперфузионная терапия, т.е. восстановление кровотока в окклюзированной коронарной артерии. Существуют два основных способа проведения реперфузионной терапии: тромболитическая терапия и первичное чрескожное



**АЛЕКСАНДР  
ШПЕКТОР,**  
заведующий кафедрой  
кардиологии  
Московского медико-  
стоматологического  
университета имени  
А.И. Евдокимова

коронарное вмешательство (пЧКВ). По данным целого ряда рандомизированных исследований, пЧКВ является наиболее эффективным методом реперфузии.

Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, для наиболее эффективного оказания помощи больным с ОИМпST необходимо обязательное создание «инфарктной сети» в структуре организации медицинской помощи данного региона. Эта сеть представляет собой четкий отлаженный скоординированный процесс взаимодействия между пациентом, службой «Скорой и неотложной медицинской помощи» и стационаром. Основной задачей такой «инфарктной сети» является максимально быстрое оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, прежде всего за счет увеличения числа первичных ангиопластик.

К 2013 году столица была оснащена достаточным количеством ангиографических установок для того, чтобы обеспечить всех москвичей первичной высокотехнологичной медицинской помощью. В то же время большинство из них не работали в круглосуточном режиме и даже в стационаре нередко проводили сначала тромболитизис, а утром уже ангиографическое исследование. При таком подходе ангиопластика проводилась только в трети случаев. Заместителем мэра Москвы в правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатниковым была поставлена задача внедрения современных методов лечения острого инфаркта миокарда и повышения числа первичных чрескожных коронарных вмешательств до 80% и более, что, по предварительным оценкам, должно было привести к снижению летальности от ОИМпST не менее чем в два раза.

### **На догоспитальном этапе**

В организации работы «инфарктной сети» можно выделить несколько этапов.

Прежде всего были разработаны современные алгоритмы лечения больных с острым инфарктом миокарда, которые основывались на современных международных рекомендациях.

Крайне важным для нас было наладить постоянно действующий механизм взаимодействия с городской службой скорой помощи.

При возникновении боли в груди любой находящийся в Москве человек имеет возможность позвонить в службу «Скорой и неотложной медицинской помощи» (СМП) по телефону «03» или «112» (с мобильного телефона).

Звонок принимает оператор круглосуточно работающей диспетчерской приема и передачи вызовов. При поступлении жалоб на боли в грудной клетке оператор проводит опрос пациента в соответствии с утвержденным алгоритмом. В зависимости от тяжести состояния и месторасположения пациента оператор выбирает бригаду СМП, которая от-

правится на данный вызов. Основной принцип выбора бригады — скорость доезда до пациента. При наличии возможности к пациенту с болями в грудной клетке преимущественно отправляются врачебные бригады, а при развитии угрожающих жизни состояний (например, потеря сознания) — реанимационные бригады. Все бригады СМП укомплектованы электрокардиографами и дефибрилляторами.

Врач или фельдшер бригады скорой и неотложной медицинской помощи при подозре-

нии на острый коронарный синдром максимально быстро (в течение 10 минут) снимает электрокардиограмму (ЭКГ). Фельдшеры бригады скорой и неотложной медицинской помощи в обязательном порядке передают ЭКГ на дистанционный кардиопульт, где происходит ее оценка и расшифровка. При этом врачи СМП, в случае необходимости, имеют возможность проконсультироваться со специалистами кардиопульта.

В случае диагностики острого коронарного синдрома врач/фельдшер бригады СМП запрашивает место госпитализации в «отделе госпитализации». Выбор стационара проводится сотрудниками «отдела госпитализации», основываясь на онлайн информации о транспортной доступности, наличии свободных мест и работе ангиографической установки для проведения ЧКВ в близлежащих к пациенту стационарах. Одновременно с выдачей места госпитализации данные о пациенте передаются на систему «АС-стационар». «АС-стационар» представляет собой онлайн программу, в которой указываются номер наряда, Ф.И.О., возраст, диагноз пациента, которому выдано место госпитализации. В стационаре эта программа немедленно информирует врачей кардиореанимационного блока и ангиографической службы о пациенте с острым коронарным синдромом, который в



**СОЗДАННАЯ В МОСКВЕ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ  
ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТВЕЧАЕТ  
ЛУЧШИМ МИРОВЫМ СТАНДАРТАМ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ  
ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ ОБЩУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ  
ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОЛИЧЕСТВО ПОВТОРНЫХ  
ИНФАРКТОВ МИОКАРДА.**

данный момент направляется на госпитализацию в этот стационар. Это позволяет еще до прибытия пациента подготовить рентгеноперационную к проведению ЧКВ.

На догоспитальном этапе врачи/фельдшеры бригад СМП, согласно «Алгоритмам оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы Скорой медицинской помощи города Москвы», проводят следующую терапию пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМнST):

— ацетилсалициловая кислота 250–350 мг внутрь,

— обезболивание дробным введением морфина (при болевом синдроме),

— тикагрелор 180 мг или клопидогрел 600 мг, в случае транспортировки для проведения пЧКВ,

— при невозможности в течение 90 минут госпитализировать пациента в стационар

для проведения экстренного ЧКВ и давности от появления симптомов не более 3-х часов: тромболитическая терапия; клопидогрел 300 мг внутрь, больным старше 75 лет — 75мг; гепарин натрия 60 ЕД/кг внутривенно, не более 4 тыс. ЕД или эноксапарин 1 мг/кг подкожно. Время доставки пациента с ОИМнST в стационар с возможностью проведения экстренного ЧКВ, за редким исключением, не должно превышать 60 минут.

## В стационаре

На стационарном этапе помощи пациент с ОИМнST поступает в специально выделенное помещение, располагающееся в непосредственной близости от рентгеноперационной, минуя как приемное отделение, так и отделение кардиореанимации. В этом помещении происходит быстрый опрос, забор крови, снятие ЭКГ параллельно с подготовкой к проведению экстренного ЧКВ.

Целевой промежуток времени от поступления пациента до открытия инфаркт-связанной коронарной артерии (время «дверь — баллон») — 60 минут. В некоторых больницах были специально перестроены въезды в приемный покой, для того чтобы больные с ОИМнST попадали сразу в рентгеноперационную. Это позволило уменьшить время «дверь — баллон» в в среднем до 30 минут.

После проведения ЧКВ пациент переводится в кардиореанимационное отделение, где находится под постоянным мониторным наблюдением не менее суток.

Информация обо всех пациентах с ОИМнST ежедневно направляется в организационно-методический отдел по кардиологии г. Москвы.

Кроме того, ежемесячно суммируется и анализируется информация обо всех пациентах с ОИМ и проведенном им лечении.

В случае, если диагноз ОИМнST был поставлен в стационаре без возможности проведения ЧКВ, согласно существующим алгоритмам, пациент должен быть незамедлительно переведен в стационар с возможностью проведения ЧКВ. Единичные ошибки в диагностике на догоспитальном этапе, конечно, бывают, но от них не застрахован никто в мире.

Важной составной частью работы «инфарктной сети» является информирование населения об инфаркте миокарда и о способах его лечения. Особое внимание уделяется необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при возникновении болей в

груди. С этой целью изданы и распространены по медицинским учреждениям Москвы постеры, транслируются телевизионные ролики, проводятся лекции и семинары.

## В сравнении с лидерами

Впервые понятие «инфарктная сеть» начали использовать в Чехии в 2001 году. P. Widimsky с соавторами, проанализировав результаты крупных рандомизированных исследований Prague Study и Prague 2 Study, пришли к выводу о необходимости разработки четкой логистики оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. И в 2001 году Общество кардиологов Чехии подготовило документ, в котором было описано поэтапное оказание помощи больным с заболеваниями сердца, в том числе острым инфарктом миокарда.

В дальнейшем «инфарктные сети» стали появляться в Голландии, Швеции, Дании, Австрии и Германии, а затем и практически во всех европейских странах. В 2012 году указание о необходимости создания «инфарктной сети» для наиболее эффективного оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда было включено в рекомендации Европейского общества кардиологов. Особенности Москвы являются огромная территория (2511 кв.м.), численность населения, превышающая 13 млн и сложная транспортно-дорожная обстановка.

В первый же год была отработана маршрутизация больных по скорой медицинской помощи. Так, в настоящее время любой пациент с подозрением на острый коронарный синдром доставляется в близлежащий стационар с возможностью проведения ЧКВ первой бригадой СМП,



## ИНФАРКТ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ВО ВСЕМ МИРЕ.

независимо от того, укомплектована бригада фельдшерами или врачами. Это позволило сократить время на транспортировку пациента до 58 минут.

В настоящее время в столице работают 22 стационара с возможностью проведения ЧКВ. В 9 из этих центров функционируют две и более ангиографические установки. Все центры работают 24 часа в сутки 7 дней в неделю. С учетом численности населения города Москвы на один центр приходится приблизительно 651 321 человек. Этот показатель значительно ниже, чем во многих европейских странах. Так, в Финляндии — 1 792 000 человек, в Латвии — 1 114 800 человек.

Пациент с ОИМ поступает в рентгенооперационную, минув приемное отделение и отделение кардиореанимации. Это, а также информирование врачей стационаров по системе АС-стационар, позволило снизить время от поступления пациента до открытия инфаркт-связанной артерии до 40 минут. Благодаря скоординированной работе СМП и сотрудников стационара удалось повысить процент проводимых ЧКВ при ОИМ до 87%, что аналогично показателям стран-лидеров: Чехии, Германии, Словении и Швейцарии (92, 81, 86 и 81% соответственно). Тем не менее в 13% случаев ЧКВ не проводилось. Основной причиной невыполнения ЧКВ является позднее поступление пациентов. 18% пациентов обращаются за помощью лишь спустя 12 часов от начала болевого приступа, когда польза от проведения ЧКВ резко снижается. На втором месте среди причин невыполнения ЧКВ находится отказ пациента от выполнения вмешательства. Однако этот показатель в динамике значительно снизился с 22,2% в I квартале 2014 года до 10,3% в IV квартале 2015 года. Также снизился процент невыполнения ЧКВ в связи с тяжестью состояния пациента (с 8,5% в I квартале 2014 года до 4,1% в IV квартале 2015 года).

Еще одной сложностью в работе «инфарктной сети» в столице является ограниченное транспортное сообщение с так называемой Новой Москвой (близлежащими городами-сателлитами, которые недавно вошли в состав города). В данных районах все еще применяется тромболитическая терапия, что объясняет достаточно высокий процент ее проведения в масштабах всей Москвы (5,1%). Ситуация несколько улучшилась с появлением выделенных полос движения для специализированного транспорта. Также в настоящее время ведется активное

строительство новых центров с возможностью проведения ЧКВ в этих районах.

Несмотря на все сложности, внедрение «инфарктной сети» в Москве позволило достигнуть значительного снижения госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда — с 16,1% в 2013 году до 8,51%, а также снизить частоту повторных инфарктов миокарда в 1,7 раза. Как показатели госпитальной летальности от STEMI в Москве соотносятся с этими цифрами в Европе? Для сравнения: госпитальная летальность от ОИМнST в

Италии составляет 13,5%, в Финляндии — 11,2%, в Австрии — 12%, в Великобритании — 9%.

В то же время в мегаполисах этот показатель может быть ниже. Например, в Вене он составляет 7,2%.



## **ВСЕ ЦЕНТРЫ СОЗДАННОЙ В СТОЛИЦЕ «ИНФАРКТНОЙ СЕТИ» РАБОТАЮТ 24 ЧАСА В СУТКИ 7 ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ.**

### **Факторы роста**

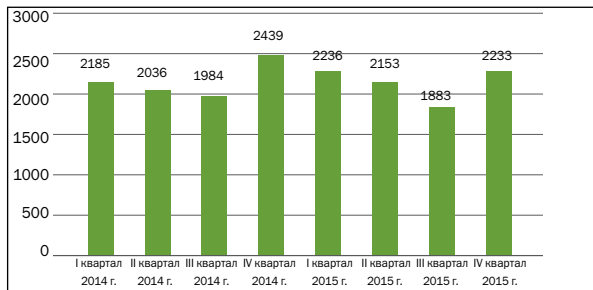
Существуют ли перспективы для дальнейшего улучшения лечения пациентов с ОИМнST? Так как вопросы логистики в основном решены, то ключевым фактором дальнейшего развития становится повышение квалификации медицинского персонала. В первую очередь это касается техники проведения эндоваскулярных вмешательств и ведения больных в острейшей фазе заболевания. Последнее особенно актуально, так как мы — единственная страна в Европе, где формально нет специализированных кардиореанимационных отделений! Странная ситуация, при которой больных с ОИМ могут лечить не кардиологи, получившие специальную подготовку, а анестезиологи-реаниматологи, не может не сказываться на качестве лечения.

Не менее важно и повышение «квалификации» населения. Поздний вызов скорой помощи резко снижает наши возможности помочь больному с ОИМ!

В дальнейших планах — развитие инфарктной сети и для больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST. Это менее опасный вид инфаркта, когда имеется лишь частичная окклюзия инфаркт-связанной артерии. Тем не менее чрескожное коронарное вмешательство согласно международным рекомендациям должно проводиться и этим пациентам, хотя и не в столь экстренном порядке, как при ОИМспST. При стабильном состоянии пациента его следует провести в течение 24 часов. В настоящее время в Москве «стендируется» около 40% пациентов с ОИМбпST. Это вдвое больше, чем было в начале 2014 года, но явно недостаточно.

## ЦИФРЫ И ФАКТЫ

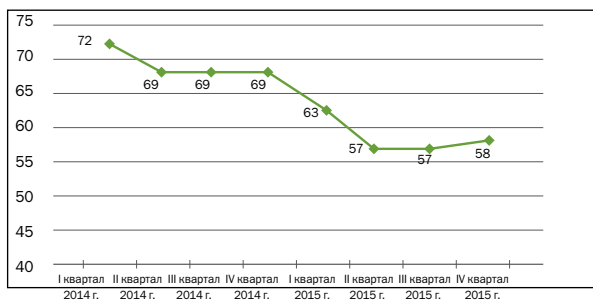
Абсолютное число острых инфарктов миокарда с подъемом сегмента ST в Москве



Источник: Департамент здравоохранения Москвы

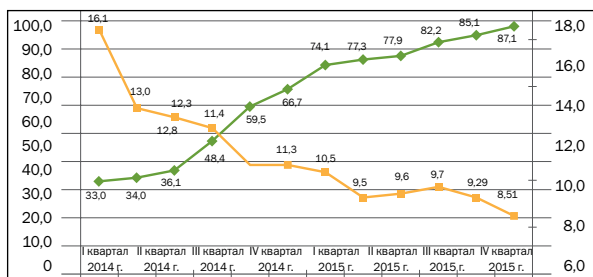
Время транспортировки больного бригадами СМП (время «ОЗ-стационар») снизилось в динамике до 58 мин. Время «дверь — баллон» за время работы московской «инфарктной сети» уменьшилось до 40 минут.

Время «ОЗ-стационар» (медиана)



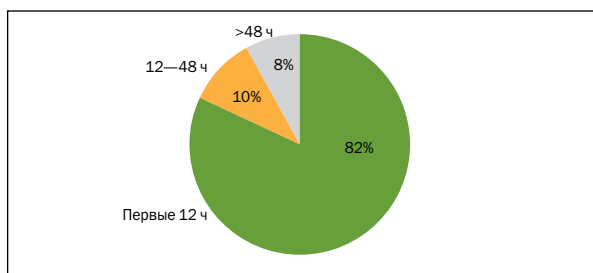
Источник: Департамент здравоохранения Москвы

Проведенные ЧКВ и госпитальная летальность от ОИМнСТ



Источник: Департамент здравоохранения Москвы

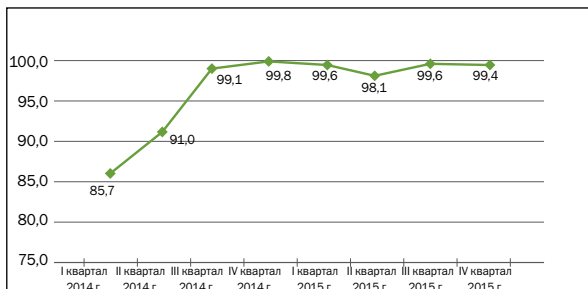
Сроки обращения пациентов с острым инфарктом миокарда за медицинской помощью в 2015 году



Источник: Департамент здравоохранения Москвы

В настоящее время большинство пациентов с ОИМнСТ в Москве (99,4%) госпитализируются в стационары с возможностью проведения ЧКВ.

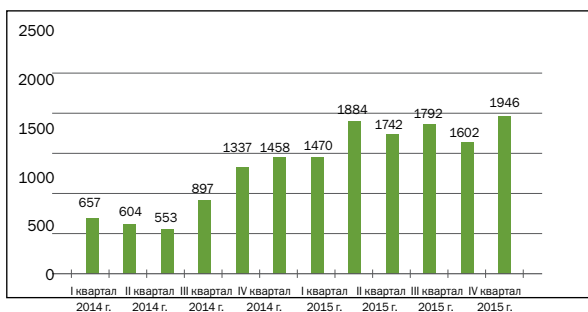
Доля больных, доставленных в стационары с возможностью проведения ЧКВ



Источник: Департамент здравоохранения Москвы

ЧКВ проводятся в настоящее время 87% пациентов с ОИМнСТ. Частота проведения тромболитической терапии снизилась с 19% в 2012 году до 5,1%. Все это очень быстро отразилось на госпитальной летальности от ОИМнСТ, сейчас она составляет 8,51%, в то время как в 1 квартале 2013 года она была 16,1%.

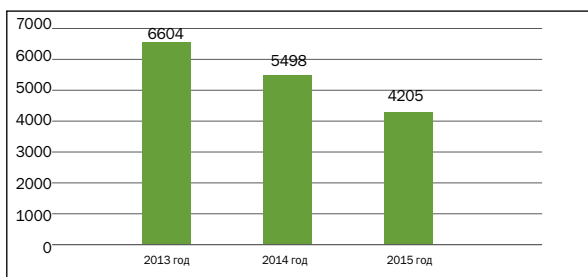
Абсолютное число проведенных ЧКВ в г. Москве



Источник: Департамент здравоохранения Москвы

Крайне важным результатом работы является не только снижение летальности от острого инфаркта миокарда, но и уменьшение числа повторных инфарктов. Скорее всего, это связано увеличением числа проведенных ЧКВ вместо тромболитизисов.

Повторные инфаркты миокарда (как с подъемом, так и без подъема сегмента ST) в Москве



Источник: Департамент здравоохранения Москвы



При поддержке Правительства Москвы  
Департамента здравоохранения  
города Москвы



## МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ПО КОСТНО-СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ

## MOSCOW INTERNATIONAL FORUM OF BONES AND JOINTS DISORDERS

Москва. Азимут Москва Олимпик Отель.

19–21 апреля 2016 года



В рамках Форума пройдут конференции:

- Международная школа-конференция «**Междисциплинарный подход в решении проблем костно-суставной патологии и биоревматологии**»
- XIII Ежегодная научно-практическая конференция «**Проблемы современной ревматологии**»;
- Ежегодная научно-практическая конференция «**Проблемы современной травматологии и ортопедии**»;
- Ежегодная научно-практическая конференция «**Проблемы реабилитации при поражениях опорно-двигательного аппарата**».



**Конгресс-оператор:**

ООО «КСТ Интерфорум»,  
г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
Тел.: +7 (495) 722-64-20  
mail@interforum.pro

**Место проведения:**

Москва. Азимут Москва Олимпик Отель.  
(г. Москва, Олимпийский проспект, 18/1,  
метро «Проспект Мира»).

[www.medforum.moscow](http://www.medforum.moscow)

# НАЙТИ И ОБЕСПЕЧИТЬ

Помимо традиционной нехватки денег и не всегда оптимальных организационных схем в отечественной системе лекарственного обеспечения есть и сложности объективного свойства, обусловленные обстоятельствами, не устранимыми по мановению волшебной палочки. Показательным примером может служить организация обеспечения пациентов психотропными и наркотическими лекарственными препаратами. О ее нюансах беседуют:



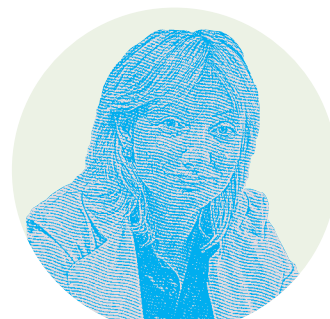
**Давид Мелик-Гусейнов**

директор  
НИИОЗММ  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы



**Роман Черёмин**

заведующий  
организационно-  
методическим  
и консультативным  
отделом по психиа-  
трии и суицидологии  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы



**Диана Невзорова**

главный внештатный  
специалист  
по паллиативной  
помощи Департамента  
здравоохранения  
Москвы



**Давид Мелик-Гусейнов (Д.М-Г.)**

**Диана, какие национальные особенности обеспечения нуждающихся пациентов наркотикосодержащими препаратами вы бы выделили прежде всего?**

**Диана Невзорова (Д.Н.)**

Объем наркотических лекарственных средств, используемых в системе российского здравоохранения, в десятки раз ниже, чем в Европе, США и некоторых странах бывшего СССР. Отрадно, что проблема обеспечения в Российской Федерации необходимого уровня доступности наркотических лекарственных средств, особенно в рамках оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) пациентам с онкологическими заболеваниями, в настоящее время находится в зоне особого внимания как экспертного сообщества, так и руководства отрасли. И это не случайно.

Боль — это один из наиболее распространенных и наиболее тяжелых симптомов, с которыми сталкиваются пациенты, нуждающиеся в ПМП. Боль всегда субъективна. В паллиативной помощи иногда используется термин «общая боль». Данное понятие более широкое, чем медицинское определение боли, так как помимо физической составляющей включает психологический, социальный и духовный компоненты. Хроническая или персистирующая боль является результатом неизлечимой болезни, имеет постепенное начало, не ослабевает со временем и прогрессивно может становиться сильнее. Лечение боли основано на регулярном использовании анальгетиков для предотвращения новых приступов боли и на оказание психологической поддержки. Опиоидные анальгетики являются важнейшим средством для лечения умеренного и сильного болевого синдрома у пациентов, больных раком, и сильного болевого синдрома у пациентов с различными не поддающимися радикальному лечению формами хронического неизлечимого заболевания.



**Д.М-Г.**

**Роман, в психиатрии лекарственное обеспечение, насколько я понимаю, имеет не меньшее значение?**

**Роман Черёмин (Р.Ч.)**

Совершенно верно. Вопросы лекарственного обеспечения являются самыми животрепещущими для служб психического здоровья во всем мире. В 2001 году ВОЗ опубликовала доклад, в котором сформулировала стратегические направления служб, занимающихся оказанием помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения. В их числе — 10 рекомендаций, которым должны следовать организаторы психиатрических служб. Среди них ключевую позицию занимает обеспечение наличия психотропных средств на всех этапах оказания медицинской помощи. ВОЗ формулирует три сценария для развития психиатрических служб различных стран в зависимости от финансовой обеспеченности здравоохранения, и во всех трех сценариях вопрос достаточного лекарственного обеспечения стоит на первом месте.



**Д.М-Г.**

**Как оно организовано в Москве?**

**Р.Ч.**

В государственных медицинских организациях Москвы лекарственное обеспечение пациентов с психическими расстройствами реализуется по двум каналам. Первый — госпитальные закупки, которые используются для терапии пациентов круглосуточных и дневных стационаров. Второй канал — льготное лекарственное обеспечение пациентов отдельных категорий, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Лекарственное обеспечение госпитального сектора не вызывает нареканий, а вот качество организации льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях нередко служит поводом для критики со стороны потребителей психиатрической помощи. Это обусловлено отличиями в процессах планирования и согласования заявок на закупки препаратов для этих двух каналов.

Если в случаях госпитальных закупок руководители психиатрических учреждений точно знают бюджет своего учреждения и, опираясь на это, самостоятельно

## НА ЗАМЕТКУ



25 ноября 2015 Департаментом здравоохранения Москвы издан приказ № 1007, «Об организации ПМП взрослому населению в городе Москве», в котором детально описаны этапы взаимодействия подразделений ПМП государственной системы здравоохранения и определена маршрутизация пациента. 11 декабря 2015 года Департаментом здравоохранения Москвы издан приказ № 1077 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования, уничтожения, назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II Перечня, ПВ, внесенных в список III Перечня, в медицинских организациях государственных организаций города Москвы».

определяют состав и объем годовой потребности в лекарственных препаратах исходя из своих потребностей, то при планировании объемов закупки препаратов по программе ДЛО сводная заявка, составленная как сумма потребностей всех учреждений, неоднократно корректируется на вышестоящих уровнях исходя из принципа сбалансированности бюджета всего департамента. Учесть при этом все нюансы функционирования каждого учреждения и использования ресурсов лекарственного обеспечения без участия их руководителей невозможно. Однако и их привлечение к этому процессу на этапах корректировки технически чрезвычайно сложно. Усугубляет ситуацию фактическое отсутствие регистра пациентов с психическими расстройствами, нуждающихся в амбулаторном лечении. Это не позволяет оценить адекватность заявок, составляемых учреждениями на лекарственное обеспечение.

В связи с отсутствием регистра пациентов, лица, ответственные в учреждениях за составление заявки, а в последующем и Управление фармации Департамента здравоохранения Москвы, при определении потребности в льготном лекарственном обеспечении, ориентируются прежде всего на объемы потребления лекарственных препаратов в прошлые периоды, что не совсем корректно.

### Д.М.-Г. Почему?

#### Р.Ч.

Дело в том, что на объемы потребления лекарственных препаратов за тот или иной промежуток времени помимо очевидного и основного фактора — «потребности в лекарственном обеспечении» — влияет масса мелких нюансов, которые, суммируясь, приводят к значительному искажению этого показателя и делают некорректным его использование для планирования будущих закупок. На объемы потребления влияет своевременность проведения процедур торгов, заключения контрактов, их исполнения поставщиками и т.д.

Например, по профилю «психиатрия» к январю 2016 года признаны несостоявшимися аукционы по 12 наименованиям лекарственных препаратов. В рамках некоторых заключенных контрактов поставки лекарственных средств не осуществляются из-за участия в торгах недобросовестных поставщиков. Очевидно, что потребление препаратов, находящихся по этим и другим причинам в дефектуре, будет ниже, чем в прошлые периоды. Вместе с тем учреждения должны обеспечить непрерывное лечение пациентов, поэтому лечащими врачами психоневрологических диспансеров осуществляются замены отсутствующих лекарственных средств на препараты со схожим механизмом действия из имеющихся в ассортименте. При этом происходит ситуационный рост потребления препаратов, имеющихся на складах. Их запасы уменьшаются увеличенными темпами, и формируется искусственный дефицит. Но обусловлены эти колебания не реальной потребностью, а сложившимися условиями лекарственного обеспечения.

### Д.М.-Г. На основании чего, по-вашему, можно выстроить адекватное планирование госзакупок лекарственных средств?

#### Р.Ч.

Единственно правильным и точным механизмом планирования может быть постоянное ведение регистра пациентов, нуждающихся в терапии теми или иными препаратами. Создание аналогичного регистра (граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве) утверждено приказами Департамента здравоохранения Москвы. Однако его наполнение сведениями о пациентах, обращающихся за помощью в психоневрологические диспансеры города, было приостановлено в связи с тем, что данные об обращении к психиатру при использовании терминалов ЕМИАС становились открытыми для «посторонних глаз». Дискриминация и стигматизация пациентов психиатрических учреждений является большой

проблемой и заслуживает отдельного обсуждения. Однако в контексте решения задачи учета льготных категорий граждан она требует оперативного решения, чем мы сейчас и озадачены. Вместе с тем мне хотелось бы подчеркнуть, что регламентированный нормативными документами реестр льготников не полностью решает вопрос управления лекарственным обеспечением в амбулаторном звене психиатрической службы города. Кроме числа граждан льготных категорий, которое позволит спланировать финансирование закупок, нам требуется мониторинг реальных клинических потребностей прикрепленного населения в тех или иных лекарственных средствах. С этой целью мы планируем внедрение в психиатрических учреждениях города общей медицинской информационной системы. Помимо прочего она должна предоставлять врачам возможность сигнализировать службам планирования закупок о проблемах с доступностью определенных лекарственных средств. В этом случае мы сможем получить объективную картину того, что нам действительно требуется и в каких объемах. Одновременно важным элементом внедряемой информационной системы должна стать полноценная электронная медицинская карта. Мы ведем поиск системы, которая позволит автоматизировать процесс оценки применяемых терапевтических схем с лучшими клиническими практиками, стандартами и порядками медицинской помощи. Это должно стать инструментом контроля над рациональным использованием лекарственных ресурсов.

**?** **Д.М-Г.**  
**Диана, в области обеспечения наркотикосодержащими обезболивающими ситуация похожа?**

**Д.Н.**  
Похожа тем, что есть свои нюансы. Напомню, что Постановлением Правительства РФ от 30.06.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» определены категории

заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и медицинские изделия отпускаются пациентам бесплатно. В указанные категории включены онкологические заболевания. Данным постановлением полномочия по бесплатному обеспечению населения лекарственными средствами (к которым относятся обезболивающие наркотические лекарственные препараты) для лечения онкологических больных определены за субъектами РФ за счет их бюджетных средств. При этом регионами закупаются наркотические обезболивающие препараты, используемые как в амбулаторной практике, так и в стационарных условиях. Во всех случаях обезболивание пациентов наркотическими препаратами в соответствии с законодательством осуществляется бесплатно. Примечательно, что в российском законодательстве в сфере обращения лекарственных средств и в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ отсутствует запрет на выписывание, а также отпуск наркотических препаратов по рецепту за полную стоимость. Однако данная возможность используется лечащими врачами крайне редко.

**?** **Д.М-Г.**  
**Действует ли в отношении пациентов, нуждающихся в обезболивании, территориальный принцип обеспечения лекарствами? Может ли такой пациент получить помощь в другом регионе при необходимости?**

**Д.Н.**  
В приказе Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» отсутствуют нормы об обязательном прикреплении больных, нуждающихся в получении наркотических анальгетиков, к определенной поликлинике по месту жительства. Таким образом, онкологическому пациенту, приехавшему из другого региона и нуждающемуся в обезболивании, должна быть оказана медицинская помощь (скорая, специализированная, паллиативная) с

назначением и применением обезболивающих препаратов либо первичная медико-санитарная помощь с выписыванием рецепта на приобретение обезболивающих средств за полную стоимость.

Более того, экстренное обезболивание может быть оказано бригадой скорой помощи в неотложной форме каждому нуждающемуся, независимо от его места прописки и наличия ме-

дического полиса. Министерством здравоохранения РФ для руководства в работе было разослано информационное письмо № 17-9/10/2-2519 от 28.05.2015 г., в котором отмечается, что в соответствии с п. 11 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России

от 20.06.2013 № 388н, поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме является в том числе внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни граждан. Выездная бригада скорой медицинской помощи оказывает скорую медицинскую помощь, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента (п. 16 приложения № 2 к указанному Порядку). В соответствии с требованиями к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи, утвержденными приказом Минздрава России от 07.08.2013 № 549н, в упаковке для оказания скорой медицинской помощи должны иметься: фентанил (раствор для внутривенного и внутримышечного введения или раствор для инъекций); морфин (раствор для инъекций или раствор для подкожного введения); трамадол (раствор для инъекций).



Роман Черёмин

**ДИСКРИМИНАЦИЯ И СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШОЙ ПРОБЛЕМОЙ И ЗАСЛУЖИВАЕТ ОТДЕЛЬНОГО ОБСУЖДЕНИЯ.**

**НАРКОТИЧЕСКИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РОССИИ?**

**Д.Н.**

В настоящий момент в РФ прошли регистрацию наркотические лекарственные средства и психотропные вещества 9 международных непатентованных наименований (МНН) в основных лекарственных формах — таблетки короткого действия, таблетки и капсулы пролонгированного действия, трансдермальные терапевтические системы, раствор для инъекций. В странах — лидерах в сфере обезболивания — применяются до 20 МНН наркотических лекарственных средств и психотропных веществ. Из них 6 наименований в РФ не зарегистрированы, а оборот 5 МНН лекарственных препаратов на территории РФ запрещен в соответствии с национальным законодательством. Острой проблемой является отсутствие зарегистрированных в РФ неинвазивных наркотических лекарственных препаратов, разрешенных к применению у детей младше двух лет. Так, в детской практике в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2012 года морфин короткого действия и «золотой стандарт» является основным препаратом для подбора оптимальной дозы обезболивания при болях умеренной и сильной интенсивности, а также для купирования прорывных болей (25, 26). К сожалению, так часто используемый в нашей стране трамадол с 2012 года ВОЗ не рекомендован к широкому применению у детей до 12 лет в связи с особенностями фармакокинетики и фармакодинамики в детском организме. В целях снижения импортозависимости по данной категории препаратов, а также учитывая высокую социальную значимость этой проблемы, в настоящее время на ФГУП «Московский эндокринный завод» приступили к внедрению в производство неинвазивных лекарственных форм наркотических и психотропных лекарственных средств короткого и пролонгированного действия собственной разработки, а также к регистрации и внедрению в производство препаратов морфина короткого действия для детской практики. Хотелось бы также отметить наметившуюся в 1-м полугодии 2015 года положительную



**Д.М-Г.**

**Что можно сказать в целом об обеспеченности пациентов**

тенденцию в обеспечении неинвазивными лекарственными препаратами больных с хроническим болевым синдромом. Так, прослеживается увеличение на 35% по отношению к 2014 году заявленных потребностей в неинвазивных препаратах, увеличилась на 68% и фактическая выборка данной категории препаратов. Уровень обеспеченности больных неинвазивными наркотическими препаратами в 1-м полугодии 2015 года вырос на 66% и составил 9% от расчетного (20 092 больных получили адекватное обезболивание против 12 081 больного в 1-м полугодии 2014 г.).



**Д.М-г.**

**Много говорится о зарегулированности процедуры закупок, хранения, выписки такого рода препаратов. Есть какие-то перспективы решения этой проблемы?**

**Д.Н.**

Кое-что уже меняется. С вступлением в силу Федерального закона № 501 от 31.12.2014 «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» и приказов Минздрава России № 1175 от 20 декабря 2012 г. «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» и № 387 от 26 мая 2006 г. «Об утверждении Положения о Департаменте развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» в настоящее время существенно упрощены требования по обороту наркотических средств и психотропных веществ. В частности:

- введен новый принцип государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ «...обеспечения доступности в обезболивающих наркотических средствах нуждающихся больных...»;
- упрощены требования к перевозке наркотических средств и психотропных веществ

в части исключения требования о наличии специализированной охраны для медицинских и аптечных организаций;

- предоставлено право отпуска наркотических средств и психотропных веществ медицинским организациям, а также их подразделениям в сельских и удаленных местностях;
- введена норма о запрете требования возврата использованных упаковок наркотических средств при повторной выписке рецепта;
- упрощены процедуры назначения и оформления специальных рецептов на наркотические средства при первичном и повторном обращении пациентов (врач имеет право самостоятельно выписать наркотические препараты в целях обезболивания при наличии медицинских показаний, имеет право также выписать рецепт при посещении пациента на дому);
- разрешено использование печатающих устройств при оформлении рецептов на наркотические средства и психотропные вещества;
- предоставлено право получения рецептов на наркотические средства и психотропные вещества родственниками немобильных пациентов, социальными работниками;
- предоставлено право увеличивать нормы выписки наркотических средств не только паллиативным больным, но и другим пациентам, которым требуется длительная лекарственная терапия;
- увеличен срок действия рецепта на наркотические средства и психотропные вещества Списка II с 5 дней до 15 дней;
- предоставлено право врачам стационаров при выписке пациента выдавать не только наркотические средства, но и



**Диана Невзорова**

**ЭКСТРЕННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ  
МОЖЕТ БЫТЬ ОКАЗАНО БРИГАДОЙ  
СКОРОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ  
ФОРМЕ КАЖДОМУ НУЖДАЮЩЕМУСЯ,  
НЕЗАВИСИМО ОТ ЕГО МЕСТА ПРОПИСКИ И  
НАЛИЧИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПОЛИСА.**

ПОДРОБНОСТИ



По оценкам экспертов Международного комитета по контролю наркотиков (МККН), использование в медицинских целях опиоидных анальгетических средств в мире (в пересчете на морфин в килограммах на 1 млн населения) представлено в следующих объемах: Канада — 57,9 кг; страны Западной Европы — 34,2 кг; США — 31 кг; страны Восточной Европы — 4,2 кг; страны Балтии — 2,3 кг и Россия — 0,5 кг.

сильнодействующие вещества, или выписывать на них рецепт для последующего приобретения в аптечных организациях;

- упрощено требование по выписыванию трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические средства и психотропные вещества (вместо специальных рецептов на рецептурных бланках формы № 148-1/у-88).



**Д.М-Г.**

**Каковы ваши прогнозы на ближайшее будущее? В каком направлении может и будет совершенствоваться система лекарственного обеспечения препаратами, о которых мы сегодня говорим?**

**Р.Ч.**

Одним из важных трендов, который будет влиять в ближайшее время на изменения в области лекарственного обеспечения, является видоизменение инфраструктуры психиатрической службы и смещение акцентов в оказании психиатрической помощи. В соответствии с международными стандартами и рекомендациями в ближайшие годы психиатрической службой планируется развитие структурных подразделений, приближенных к населению, которые могли бы чутко и гибко реагировать на потребности населения в области психического здоровья. Мы хорошо понимаем, какими технологиями должны быть наполнены эти подразделения. Однако нужно помнить, что наряду с активной психосоциальной терапией, социально-трудовой адаптацией, терапией занятости, многообразными формами клубной работы, базовой потребностью будет обеспечение адекватного амбулаторного медикаментозного лечения. В случае успеха ожидаемые результаты этой деятельности выразятся в сокращении части госпитализаций (преимущественно повторных), которые сегодня обусловлены нестабильностью амбулаторной терапии, а также недостаточностью социальной поддержки пациентов, находящихся в домашних условиях. Можно ожидать, что в этих

условиях потребность в льготном лекарственном обеспечении может в какой-то мере возрасти. Однако мы готовы к этому. Часть пациентов может быть обеспечена медикаментозными препаратами в дневных стационарах, которые не испытывают нехватки в лекарственном обеспечении. На 2016 год психиатрической службой города запланировано увеличение числа мест дневных стационаров.

Одновременно с этим мы намерены завершить работы по созданию регистра льготников из числа пациентов, получающих помощь в психиатрических учреждениях, и наладить действенный контроль за составлением заявок от учреждений на лекарственные препараты в рамках программы льготного лекарственного обеспечения (в том числе с применением возможностей современных IT-технологий). Это значительно облегчило бы расчет финансового обеспечения закупок лекарств для льготников, так как ежегодно норматив месячных затрат на граждан, получающих льготное лекарственное обеспечение, утверждается федеральным законом. Так, на 2016 г. по сравнению с 2015 годом этот норматив увеличен с 707 рублей до 758 рублей (Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. № 383-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2016 год»). Благодаря этому главные врачи психиатрических учреждений получат возможность изначально планировать объемы льготного лекарственного обеспечения исходя из его финансирования. Повышение информированности руководителей учреждений о численности пациентов, обеспечиваемых по льготной программе, об объемах выделяемых на это финансовых средств и клинических потребностях, на наш взгляд, будет способствовать наведению порядка в области лекарственного обеспечения амбулаторного звена аналогично тому, как это происходит на уровне госпитальных закупок.

# АНДРЕЙ ЯНОВСКИЙ: КОНКУРЕНЦИЯ НЕОБХОДИМА

О необходимости продвижения в практику самых передовых медицинских технологий и управленческих подходов к организации оказания медицинской помощи в отечественную медицину говорят все без исключения. Но получается не всегда и не у всех. Такая работа требует внимания к мелочам и последовательности действий. О своем подходе к развитию персонала, объединению современной теории и практики медицины в лечебном процессе и возможностях продвижения имеющегося опыта на максимально широкую врачебную аудиторию рассказывает генеральный директор группы компаний Европейский медицинский центр Андрей ЯНОВСКИЙ.



**АНДРЕЙ ЯНОВСКИЙ,**  
генеральный директор  
группы компаний Евро-  
пейский медицинский  
центр

— Андрей, Европейский медицинский центр (ЕМС) часто называют российской Клиникой Мэйо. Известно, что в конце жизни доктор Уильям Мэйо определил несколько условий, необходимых, с его точки зрения, для успеха клиники: непрерывное стремление к идеальному качеству услуг и соблюдение некоммерческих принципов, искреннее желание помочь каждому пациенту, постоянная заинтересованность в профессиональном развитии каждого сотрудника. Актуальны ли они сегодня для вас как генерального директора, с точки зрения развития компании и сети клиник?

— Мне кажется, сравнивать нас с Клиникой Мэйо не совсем корректно. Мы - классический пример коммерческого подхода к медицине. Но совершенно очевидно, что медицина — отрасль, где без души, без сердца действовать нельзя. Любой врач во главу угла в своей профессиональной деятельности ставит необходимость оказать максимально эффективную помощь человеку при любом обращении. Сочетание этого принципа с неизбежной для коммерческой клиники работой в конкурентной среде позволяет выработать очень продуктивный подход — непрерывное совершенствование взаимодействия самых разных составляющих механизмов работы клиники для пациента. Конкуренция — крайне важный аспект. Без конкурентной среды нет развития.

Хороший пример: развитие диагностического направления, связанного с применением ПЭТ-КТ. Не так давно у нас было два специалиста высокого уровня по этому направлению, а сегодня их уже восемь. В планах на ближайшие два года — довести численность команды до 20 высокопрофессиональных врачей, способных работать на таком высокотехнологичном оборудовании. Зачем так много? Для того, чтобы иметь возможность оказывать эти диагностические медицинские услуги в большем объеме. Наша цель — создание мощного центра компетенции, который смог бы обслуживать максимальные потребности рынка. Мы готовы работать со всеми, заинтересованными в получении такой услуги, и неважно коммерческая это структура или государственная.

**— Недавно ЕМС получил возможность оказывать диагностические услуги ПЭТ-КТ в рамках госзаказа, в чем суть этого проекта?**

— Проект ПЭТ-КТ — хороший пример взаимовыгодного и конструктивного взаимодействия на открытом и социально значимом рынке двух сторон, одна из которых имеет необходимый технический и врачебный потенциал для оказания определенных услуг, а вторая — потребность в получении этой услуги. Спрос на исследования с применением ПЭТ-КТ даже в масштабах Москвы очень высокий. Мы получили возможность провести 8,5 тысячи исследований, но это далеко не все, кому такие исследования необходимы. Для ЕМС это повод развивать свой потенциал. Мы готовы увеличить объемы проведения такого рода исследований в случае необходимости.

**— У вас есть конкуренты на этом рынке?**

— Мы не единственные, кто может предоставить возможности проведения такого рода исследований, но мы, пожалуй, единственные среди коммерческих организаций, кто подошел к организации полностью вертикально интегрированного процесса: от производства радиофармпрепаратов до выдачи пациенту заключения врача после проведения исследования. Такая комплексная услуга на рынке сегодня не представлена. И такая комплексность не просто прихоть, а экономически обоснована. С точки зрения механизмов оплаты такой услуги для города приоритетна именно комплексная услуга.

Мы выиграли конкурс и были фактически единственными, кто предложил и приемлемую стоимость, и достаточные мощности для запрашиваемых городом объемов исследований. То, что ЕМС выдает услугу под ключ, большой плюс для выстраивания взаимодействия. Город снимает с себя заботу о многих существенных и трудоемких процессах при осуществлении ПЭТ-КТ диагностики. Например, в части производства радиофармпрепаратов мы предлагаем не только собственно их изготовление, но и всю логистику, связанную с транспортировкой, утилизацией отходов и так далее.

**— Сейчас сложное время с точки зрения макроэкономики и геополитики. Как компания реагирует на эти меняющиеся условия? Ведь ЕМС не так активно работает в ОМС, это, можно сказать, новый опыт для компании.**

— Да, отчасти вы правы. Опыт мы только набираем. Не слишком активная наша работа в ОМС объясняется в общем-то известными причинами: не всегда тарифы ОМС могут покрыть реальные затраты на оказание того или иного вида медицинской помощи. Наше положение отличается еще и тем, что мы принципиальные сторонники использования международных протоколов оказания медицинской помощи, наиболее качественных и лучших на рынке расходных материалов и лекарственных средств, а себестоимость услуги при таком подходе возрастает. Тем не менее, мы работали в 2015 году в ОМС по проведению ЭКО и оказанию скорой медицинской помощи, была попытка заниматься оказанием высокотехнологичных видов помощи по направлениям нейрохирургия и кардиология. В последнем случае возникли определенные сложности. Дело в том, что в системе ОМС у федерального и территориальных фондов пока не разработаны технологические карты на эти виды медицинской помощи. Из-за этого невозможно понять, что покрывается суммой тарифа, а что нет. Условно говоря, непонятно, какие расходные материалы можно закупать в рамках финансирования через ОМС, а какие нет. Отсутствие технологических карт — большая проблема на пути развития конструктивных взаимоотношений между государством и частными клиниками. В случае с ПЭТ-КТ ситуация иная. Тут расходы, покрываемые через ОМС, предельно прозрачны. Собственно, в ходе совместной с МГФОМС работы наши специалисты помогли разработать технологическую карту для ПЭТ-КТ. Подчеркну, такая совместная работа — один из существенных аспектов взаимодействия в рамках проектов. Бизнес не только не отказывается от совместной работы, но активно заинтересован в ней. Это работа на перспективу и для органов государственной власти, так как позволяет планировать дальнейшие управленческие решения по совершенствованию оказания помощи в рамках государственной системы здравоохранения.

**— Вы говорили о том, что конкуренция позволяет вам держать высокую планку, а что еще? Как удается оставаться на высоте вне зависимости от внешней не всегда благоприятной среды?**

— У каждой компании есть так или иначе сформулированная миссия и видение, определяющие направления развития. Наша цель представлять в Москве медицинскую помощь, основанную на самом передовом международном опыте в том или ином медицинском направлении в режиме 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. А эта цель априори предполагает постоянное самосовершенствование, обучение у лучших из

лучших специалистов, анализ собственной деятельности и ее оптимизация. За последние 10 лет EMC прирастало не только количеством коек и корпусов, но и специалистами — специалистами мирового уровня, развивающими новые направления оказания медпомощи в нашей клинике. Но самое, пожалуй, важное — в последние 2–3 года эти направления и специалисты объединились в многопрофильные цепочки. Существенной составляющей процесса работы с пациентом является и правильная коммуникация с ним. Поддерживаю инициативу Департамента здравоохранения Москвы, который запустил программу по подготовке специалистов в области психонкологии. Психологическая составляющая важна в работе с любым пациентом, с каждым, кто пришел в клинику. Грамотное общение врача и иного медицинского персонала с пациентом — важный инструмент и в лечебном, и в восстановительном процессе.

**— В EMC плодотворно работает полноценный обучающий центр, фактически медицинская школа, через которую проходят и многие специалисты из государственной системы оказания медпомощи. Как это направление планируется развивать?**

— Прежде всего хочу сказать, что проект, безусловно, будет развиваться. Единожды начав, остановиться на этом пути невозможно. Иначе начинание теряет смысл. У школы есть два очевидных направления деятельности. Понятно, что это площадка для развития потенциала наших сотрудников. И с этого все начиналось. Изначально мы реализовали необходимость профессионального совершенствования среднего медперсонала, затем разработали и запустили программы по всем ключевым для нас медицинским направлениям. Позже стало понятно, что тот уровень концентрации экспертного потенциала, которого мы достигли, может быть востребован и вовне. Собственно, так и случилось — рынок образовательных медицинских услуг проявил интерес к нашему проекту. Важно, что в отличие от многих клиник, которые имеют свои школы для внутреннего пользования, мы придерживаемся подхода, согласно которому именно открытость обучающих программ, возможность привлечения специалистов из других клиник и активный, возведенный в принцип взаимодействия, обмен профессиональной информацией и опытом позволяют достигать наилучших результатов в дальнейшей практической деятельности. Только обмениваясь информацией с миром, можно стать лучше. Именно поэтому главное для нас в этом проекте не прибыль, а максимально возможная реализация потенциала международного сотрудничества, привлечение к участию в проекте крупнейших специалистов в своих направлениях со всего мира. В таком открытом формате мы работаем уже больше трех лет и все это время сознательно инвестировали в создание инфраструктуры проекта. В 2016 году обучение будет проводиться

уже по 21 медицинскому направлению. Можно сказать, что школа EMC реализует идею непрерывного медицинского образования. И поэтому у нас есть постоянная врачебная аудитория, которая повышает свой профессиональный уровень на постоянной основе, к чему сегодня стремится вся система постдипломного медобразования в России.

**— Помимо школы, EMC проводит и профильные конференции. В них могут принимать участие врачи из государственных медучреждений?**

— Могут и должны. Недавно нами был проведен очередной пул таких междисциплинарных конференций, в которых имели возможность участвовать на безвозмездной основе 100 московских врачей. Конференции были приурочены к началу работы нового отделения ангиографии. Установленное в нем ангиографическое оборудование востребовано специалистами сразу нескольких направлений: нейрохирургия, неврология и кардиология. Именно началом работы этого отделения и было обусловлено проведение междисциплинарных конференций по теме «Современные технологии лечения сосудистых заболеваний мозга и сердца», в рамках которых удалось собрать ведущих специалистов по названным направлениям для обмена опытом. Конференция, проходившая в течение двух дней, собрала ведущих специалистов из Западной Европы, Израиля и России, которые обменялись передовым опытом оказания помощи пациентам с острым инсультом и другими сосудистыми патологиями мозга. В конференции принимали участие основатель и руководитель Центра эндоваскулярной нейрохирургии в клинике «Хадасса» профессор Хосе Коэн (Prof. Jose Cohen), нейрорадиолог, старший консультант Университетской больницы г. Оденса (Дания) профессор Джуала Гал (Prof. Guala Gal), руководитель отделения нейрохирургии в госпитале Каннского университета (Франция) профессор Жан-Мишель Дерлон (Prof. Jean-Michel Derlon), профессор Эвалдас Чеснулис г. Цюрих (Швейцария), а также ведущие российские специалисты, в том числе член-корреспондент РАН, д.м.н, профессор Алексей Кривошапкин. В пленарных заседаниях и научно-практических занятиях участвовали свыше 150 специалистов столичного здравоохранения.

Опыт нашей работы в области повышения квалификации персонала однозначно свидетельствует: медицинские технологии не стоят на месте: то, что было прорывом вчера, завтра устаревает. Малоинвазивные вмешательства уже становятся микроинвазивными, что, с одной стороны, работает на благо пациента, а с другой — предъявляет еще более жесткие требования к параметрам процесса диагностики и лечения. Чтобы успеть за изменениями и оставаться востребованными у пациентов, необходимо учиться. Именно для этого и существует формат школ, подобных нашей, и научно-практических конференций, где передовая теория и практика фактически неразделимы.

# ЗАПИСКИ ВРАЧА

Спасая тела от недугов, настоящий доктор всегда задумывается о душевном состоянии своего пациента. Ведь каждый больной — история не только болезни, но и жизни. Каждый диагноз — детектив, каждый случай — сюжет для рассказа, повести, а может быть, и романа. И среди наших современников находятся те, кто, обнаружив в себе дар писателя, не откладывая при этом в сторону фонендоскоп, запечатлевает на бумаге свой бесценный врачебный опыт.

## ОТ РЕДАКЦИИ

Редакция журнала «Московская медицина» от лица всего профессионального медицинского сообщества Москвы выражает соболезнования родным и близким наших погибших коллег, а также всем родственникам пассажиров и членов экипажа потерпевшего крушение авиалайнера. Вечная и светлая им память!



Трагедия, произошедшая ранним утром 19 марта 2016 года в Ростове-на-Дону, болью и искренним сопереживанием отозвалась в сердцах огромного количества людей не только в России, но и далеко за ее пределами. Авиакатастрофа унесла жизни 62 человек, и утрата каждого из них стала настоящим потрясением для их семей, всех нас. Среди пассажиров рейса 981 были представители разных профессий и разного возраста, разных национальностей и гражданства.

В их числе были и наши коллеги — главный врач Областной клинической больницы № 2 города Ростова на Дону Игорь Пакус с супругой Галиной и руководитель центра реконструктивной хирургии Областной клинической больницы № 1 Олег Чистяков. Вместе с ним летели его жена Виктория, ожидавшая ребенка, и сын Кирилл...

Среди жертв авиакатастрофы была и Ольга Маяченкова, много лет трудившаяся медицинской сестрой на скорой помощи в Республике Коми, а после выхода на пенсию переехавшая в Ростов-на-Дону. Душевный, отзывчивый человек, настоящая Сестра Милосердия...

Для коллективов, в которых они работали, их уход стал огромной утратой не только с человеческой, но и с профессиональной точки зрения. За без малого 12 лет, на протяжении которых Игорь Пакус возглавлял ОКБ № 2 г. Ростова-на-Дону, она стала крупнейшим многопрофильным медицинским учреждением региона, включающим 17 клинических отделений и современный роддом, в котором сегодня выхаживают детей с тяжелейшими патологиями. До прихода в больницу он много лет возглавлял Ростовский городской отдел здравоохранения. Именно по его инициативе в городе появились два крупных диагностических центра — для взрослых и детей.

О руководителе Центра пластической хирургии Областной клинической больницы №1 Олеге Чистякове и коллеги, и пациенты отзываются как о талантливом хирурге, выполнявшем сложнейшие высокотехнологичные реконструктивные операции и спасшем жизни десяткам онкобольных...

Представляем вниманию читателей книгу, которая вышла из-под пера нашего коллеги, главного врача Областной клинической больницы № 2 города Ростова-на-Дону Игоря Пакуса совсем недавно. В ее основу легли реальные клинические случаи из богатой многолетней врачебной практики. Это была его первая книга... Один из самых трогательных рассказов из книги Игоря Пакуса «НЕСКУЧНЫЕ ЗАПИСКИ ВРАЧА» прежде всего о надежде.

Надежде на выздоровление...

Надежде на успех...

Надежде на новую счастливую жизнь...

## «Мы еще повоюем, доктор...»

Работая главным врачом поликлиники №6 и затем в горздравотделе, я не оставлял непосредственную медицинскую практику: по совместительству много лет работал урологом, вел прием. Я уже знал, что контингент на прием приходит разный, пациенты — от очень молодых до очень старых, и приходят иногда с очень странными просьбами. Так что по большому счету меня было трудно чем-либо удивить. Но одна просьба мне запомнилась, и запомнился сам случай. ...Опытный врач многое понимает уже по тому, как входит пациент: по внешнему виду, по походке, по дыханию, по манерам предварительный диагноз уже вызревает. И вот однажды ко мне в кабинет вошел тяжелобольной человек с явной сердечной недостаточностью. Он сильно пыхтел, у него была одышка. Из истории болезни я узнал, что ему 82 года. Он с трудом взгромоздился на стул и на мой традиционный вопрос: «Что беспокоит?» — ответил: «Мне нужно совершить один половой акт».

Вообще-то, с вопросами о совершении половых актов к урологам нередко обращаются люди в уже достаточно почетном возрасте. И по этому поводу вспоминается поговорка: «Бог отнял силы — отними и мысли...». Но в том-то и дело, что, отнимая силы, Бог не всегда отнимает мысли. В подобных ситуациях я часто отвечал вопросом на вопрос... Я спрашивал: «А мочитесь вы как?». Как правило, пациент говорил: «Тоже плохо». Я объяснял: «Чтобы жить нормальной половой жизнью, надо хорошо мочиться», и наша беседа плавно перетекала в другое русло, формулировалась оптимальная задача, и мы пытались настроить мочеиспускание консервативным или оперативным путем.

...Тут, видимо, ситуация была нестандартной, и я переспросил:

— Вам нужен именно один половой акт?

— Да, именно один.

Будучи человеком пытливым, я стал своего пациента расспрашивать:

— Для того, чтобы понять, как вам помочь, я хотел бы поточнее узнать, почему именно один?

И тогда он, глубоко вздохнув, поведал мне свою историю. Незадолго до Великой Отечественной войны он женился, вскоре родилась дочь. Было это на Украине. Началась война, и его призвали в армию. Через какое-то время жена получила похоронку. Но похоронка, как случилось, оказалась ошибкой: этот человек был тяжело ранен и попал в плен. Самое страшное: после окончания войны он не сразу смог попасть домой, как бывало в те годы, и не сразу

смог дать о себе знать. Когда закончились все его мытарства, он приехал домой и узнал, что жена вышла замуж. Верила она в его гибель — не верила, но покручинилась и, имея на руках похоронку и маленького ребенка, которого надо было как-то поднимать, замуж вышла, и уже в новом браке тоже родился ребенок. Понимая, что формально его жена ни в чем не виновата, не делая попыток разрушить новую семью, он, с обидой в душе, переехал в Ростов, здесь женился, родились дети. Прошли годы. И случилось так, что у его первой жены умер муж, а у него умерла жена. Дочь от первого брака написала ему письмо: мама, его первая жена, хочет его видеть у себя на Украине. Расстались они, когда он был мужчиной в расцвете лет, и, конечно, после долгих лет разлуки ему очень хотелось предстать перед ней не таким уж разваленным стариком, но мужчиной не только в мыслях, но и в реальной мужской силе. И вот с этим он пришел ко мне.

История меня тронула, и отправить его просто в никуда я не мог. Я сказал: «Ну что ж, давайте попробуем». Вспомнив, что когда-то я работал терапевтом, я начал с того, что занялся сердечной недостаточностью своего пациента. Мы с ним сняли отеки, нормализовали сердечный ритм и приступили к стабилизации гормонального фона (в преклонном возрасте вырабатывается недостаточное количество мужских половых гормонов и применяется заместительная терапия). После этого — курс стимулирующей терапии. И наконец наступил момент, когда я посоветовал своему пациенту понаблюдать, не возникнет ли у него утренняя эрекция, являющаяся определенным критерием того, есть ли смысл продолжать еще что-то стимулировать. Через некоторое время он сказал, что эрекция появилась. На что я ему ответил: «Самое время выезжать...».

Понимая, что, скорее всего, мы с ним больше никогда не увидимся, я попросил:

— Если у вас все получится, как вы хотели, и если вы готовы как-то поблагодарить меня, направьте мне телеграмму. Понятно, что в телеграмме всего не скажешь, а заранее договариваться об условных словах не хочется, чтобы не сглазить, направьте телеграмму такого содержания, чтобы я понял. Содержание придумайте сами.

Через некоторое время я получил такую телеграмму: «Мы еще повоюем. Спасибо, доктор».

Мы действительно больше не виделись, я не знаю, жив он сейчас или нет, но о том, что поставленная им передо мной задача была выполнена, я до сих пор вспоминаю с очень теплым чувством.

# ПАРАЛЛЕЛЬНЫЕ ПРЯМЫЕ

Первая клиника «Мать и дитя» открыла свои двери в январе 2006 года. Сегодня в сети 4 высокотехнологичных госпиталя и 25 клиник в 15 городах России. В год 10-летнего юбилея перед сотрудниками медицинского центра «Мать и дитя» в подмосковном Лапино выступил с лекцией Леонид Печатников.

Показатели развития сети клиник «Мать и дитя» за 10 лет существования впечатляют. Сегодня компания – один из лидеров в области акушерства, гинекологии и педиатрии. Забота о женщине на каждом этапе ее жизни, о детях – с самого рождения и практически до совершеннолетия в фокусе внимания специалистов клиник. «Мать и дитя» – лидер по числу циклов ЭКО. В клиниках сети пациентам предлагается широкий спектр диагностических процедур, методик консервативного и оперативного лечения, реабилитационных программ.

Но главное достояние «Мать и дитя» – персонал. В настоящее время в клиниках сети работают более 6000 знающих и любящих свою работу высококвалифицированных специалистов. Неслучайно пристальное внимание руководство компании уделяет разработке и реализации образовательных медицинских программ. Одна из таких программ – «Лидерство в здравоохранении». Этот проект в сфере медицинского бизнес-образования был разработан совместно с профессионалами из Стокгольмской школы экономики и компании RosExpert специально для группы компаний «Мать и дитя». Цель программы предельно проста, но и крайне актуальна – способствовать развитию бизнес-навыков участников проекта. Группа сотрудников-номинантов для участия в проекте была сформирована руководством группы компаний во главе с известным врачом акушером-гинекологом Марком Аркадьевичем Курцером.

Программа обучения включает в себя 4 модуля:

- «Маркетинг».
- «Управленческие финансы».
- «Операционное управление и эффективность».
- «Управление персоналом».

Обучение в каждом модуле построено по принципу чередования лекций, интерактивных дискуссий, индивидуальных и групповых занятий.

В преддверии запуска программы выступление Леонида Печатникова было как нельзя актуальным. Интересной оказалась и тема выступления: «Медицина и здравоохранение».

Московские клиники «Мать и дитя»





**Леонид ПЕЧАТНИКОВ,**  
заместитель мэра  
Москвы по вопросам  
социального развития

Медицина и здравоохранение – не одно и то же. Я всегда это говорил: в России медицина и здравоохранение как две параллельные линии. Врачи работают, а организаторы здравоохранения им страшно мешают, потому что издают, на их взгляд, совершенно глупые инструкции и непонятные далекие от практики приказы. Но и организаторы здравоохранения выпускали бы идеальные приказы и распоряжения, если бы им не мешали врачи.

Хороший пример такого параллельного существования – одна история из моей практики. Это был 1987 год, в советские времена, я был главным терапевтом в Центральной республиканской больнице РФ. Ко мне поступил мужчина 50 лет в астматическом состоянии. Мы сделали все необходимые действия, поместили его в реанимацию, но и на следующий день, и еще через день его состояние не становилось лучше: температура, лихорадка. По рентгеновским снимкам у мужчины была диагностирована пневмония, которую мы и начали лечить. Лечим, но пневмония ведет себя совершенно независимо от нашего лечения. Более того, несмотря на лечение, развивается деструктивная ее форма. На этом фоне я обратил внимание на довольно выраженный кандидоз полости рта у пациента. Я всю жизнь лечил бронхиальную астму, но кандидоза в такой степени не видел. Меня это заинтересовало, и я попросил сделать ему анализ на ВИЧ. Это тогда было крайне непросто сделать. Собственно инфицирование ВИЧ в те времена было большой редкостью у нас. Результат был отрицательный. Но кандидоз не давал мне покоя, и я уговорил Вадима Покровского сделать иммуно-блотинг на ВИЧ у больного. В день, когда пришел положительный результат теста, больной умер. Но даже тогда я не решился ему поставить диагноз СПИДа, написал «бронхиальная астма, астматическое состояние», но в конце добавил «СПИД под вопросом». Этого было достаточно, чтобы было проведено вскрытие в инфекционной больнице, где диагноз СПИДа был подтвержден. Заразился пациент в командировке в Заире при переливании крови. Понятно, что СПИД в ЦРБ – это ЧП. Замминистра здравоохранения РФ созывает научный синклит полный зал, и я докладываю, не скрывая гордости за проделанную работу. И потом этот случай стал широко известен специалистам. Однако вердикт замминистра был предельно четок: «Объявляется строгий выговор с занесением в личное дело за то, что допустил СПИД в ЦРБ РФ». Собственно это и

есть реакция типичного организатора здравоохранения на совершенно врачебную историю.

Поэтому, когда мне суждено было оказаться в кресле руководителя столичного здравоохранения, я решил постараться сделать так, чтобы эти параллельные линии если не пересеклись, то хотя бы сблизилась, чтобы врачам было хоть отчасти понятно, что делают организаторы здравоохранения, а организаторы здравоохранения окунулись в ежедневную работу врачей.

А ситуация тогда в московском здравоохранении была непростая. Не буду подробно останавливаться, говорил об этом не раз, но, главное, поменялась схема наполнения бюджета городского здравоохранения, мы начали отдавать деньги не в городской фонд, а в федеральный, и уже ФОМС возвращал определенную сумму в город, рассчитывая ее по установленным схемам. В итоге, например, в 2015 году мы собрали в фонд 220 млрд рублей, а получили обратно 150 млрд. 70 млрд – деньги, которые остались в ФОМС и пошли на поддержку в другие регионы, которые находятся в худшем экономическом положении, чем Москва. Денег реально стало существенно меньше. Помогла программа модернизации. Но уже на этом этапе пришлось решать серьезные организационные задачи. На всех МРТ и КТ не купишь, нужно было четко понимать, где и какие виды помощи будут оказываться и какой эффект мы от этого получим.

#### Здравоохранение Москвы в 2010–2015 г.



Тогда, например, впервые встали вопросы: как увеличить доступность диагностических процедур, как сделать так, чтобы высокотехнологичные методы, включая КТ и МРТ, были доступны всем. В ответ возникла идея, которая многократно критиковалась, а потом была взята на вооружение по всей России: в Москве появились амбулаторно-поликлинические объединения, родилась тогда еще двухуровневая система оказания медпомощи. А затем сам собой сформировался и третий уровень, когда при больницах осуществляются консультативные услуги по узкоспециализированным дисциплинам. Эта трехуровневая система, о которой все говорят сегодня как о некоем ноу-хау, сформировалась в Москве. Но, что

более важно, это организационное решение возникло из медицинских показаний — мы исходили из потребности пациентов. К слову, не думаю, что такая система подходит для всех регионов. Например, для так называемых Новых территорий Москвы она пока не работает. Стандартизация – вещь хорошая, но стремиться по единому лекалу принимать управленческие решения везде и всюду не совсем правильно.

Это решение и его реализация повлекли за собой и необходимость других перемен. Многие говорят: прежде чем закупать оборудование, надо было врачей подготовить. А я убежден, что мы сделали правильно. Если у доктора, который работает в поликлинике, нет уверенности, что, когда он выучится, он сможет работать на современном оборудовании, то нет мотивации обучаться. Да, нам пока не хватает высококлассных специалистов по той же лучевой диагностике. Но мы их научим, имея такую мощную материальную базу.

Следующий шаг: смещение акцентов на оказание медпомощи в амбулаторном звене. Стало понятно, что хорошо оборудованные поликлиники смогут оказывать большие объемы помощи, разгружая стационары. А это значит, что есть возможность сделать работу больниц принципиально более эффективной. Все помнят оплату за койко-день. Если в больнице пациент пролежал меньше, чем положено, она могла и денег за него не получить. Мы с Сергеем Семеновичем Собяниным добились, чтобы у нас оплата в стационарах осуществлялась по законченному случаю. Это значит, что если у человека есть острая пневмония, например, то пролежит он 3 дня или 30 дней, не имеет никакого значения. Если доктор считает, что через 3 дня готов пациента выписать, и считает случай законченным, то он его выписывает на амбулаторный режим наблюдения и лечения, и страховая компания ему оплатит полный тариф. Если же пневмония тяжелая, то он пролежит, сколько ему надо, и опять-таки больница получит по полному тарифу. В этом есть свои минусы, но это лучше, чем то, что было, – когда койки занимались только ради того, чтобы выдержать положенные сроки госпитализации.

Такая интенсификация повлекла за собой образование коечного профицита. У нас 30 % коечной мощности оказалось невостребованной. Но, к сожалению, вместе с койками у нас высвобождался и медицинский персонал. И все это, поверьте, я через собственное сердце пропустил. Мне как медику было больно слышать проклятия от своих коллег. Но как управленец я понимал, что выбора у меня нет. У нас недавно был в гостях премьер-министр Баварии. Услышав от Сергея Семеновича о тех преобразованиях, которые мы осуществили в московском здравоохранении, он сказал буквально следующее: «Я был

министром здравоохранения Германии и сумел сделать всего 10 % из того, что сумели сделать вы. Но мое чучело вешали, сжигали и сбрасывали в Рейн».

Еще одна задача из тех, которые мы ставили и которые действительно диктовались медицинскими показаниями, – создание мощных многопрофильных стационаров. Один из аспектов этой работы например, погружение роддомов в состав многопрофильных стационаров. Ситуации, когда к роженице в роддом приходилось вызывать специалистов самых разных профилей, были нередки, а теперь материнскую смертность мы снизили на 45 %. Сегодня для нас материнская смертность – эксклюзив. Надо и младенческую смертность снижать. По итогам 2015 года младенческая смертность – 6, если мы из этих 6 вычленим москвичей, то получим 3,5. А это европейский показатель. Мы вынуждены считать, ведь многие женщины приезжают к нам уже со схватками, но необследованные.



Теперь скажу как организатор. Есть нюансы, которые приходится объяснять. Возьмем показатели смертности. Нам говорят: у вас в Москве растет смертность. Но как же может расти смертность в регионе, где средняя продолжительность жизни на 6 лет выше, чем в РФ? Оказывается, показатель считается по количеству свидетельств о смерти, которые выдают московские загсы. А московские загсы выдают свидетельства о смерти всех москвичей независимо от места смерти. Когда началась эта безумная непрофессиональная гонка за цифрами, Московская область запретила своим загсам выдавать свидетельства о смерти тем, кто умер в МО, но прописан в Москве. И несчастные родственники поехали в Москву. В итоге у нас количество свидетельств о смерти, выданных людям, которые умерли в Подмосковье, в 2013 году было 1,5 тысячи, в 2014 году – уже 3,5 тысячи, а по итогам 2015 года – 6 тысяч. Но скажу вам, что наше положение еще не самое худшее. В Санкт-Петербурге все хуже, чем у нас, потому что морт Ленинградской области находится в городе, и получается, что в Ленинградской области люди не умирают

вообще. Если же мы будем учитывать только смертность людей, зарегистрированных в Москве, то этот показатель уменьшился на 0,1 по сравнению с 2015 годом.

Если вернуться к медицинским проблемам, можно поговорить о проблеме профилактики, предотвращении и лечении инсультов. Благодаря работе инфарктной сети показатели по смертности от инфаркта у нас достигли европейского уровня, но с инсультами дела обстоят принципиально по-другому. Есть тут объективные сложности. В случаях с инфарктом миокарда мы имеем терапевтическое окно, при инсульте такого терапевтического окна у нас нет. По идее, можно было бы начать тромболитис у постели больного, но мы не можем довериться клиническому инстинкту доктора, потому что для того, чтобы отличить геморрагический от ишемического инсульта, нужно провести КТ. Не всегда настороженно ведут себя и пациенты. Если бы эти люди вызывали «скорую», как только за грудиной заложило, у нас бы показатель смертности по инфарктам был бы не 7,5, а 5. А когда у человека высокое давление, и вовсе кажется, что просто руку отлежал, зачем «скорая». Вызов приходит поздно, а надо отвезти в стационар, сделать томографию, отличить ишемию от геморража, а к тому времени тромболитис уже, может, и ни к чему. Поэтому мы провели большую подготовительную работу. Я понял, что этим не должны заниматься исключительно неврологи. Мы провели предварительный анализ и поняли, что у нас половина ишемических инсультов тромбоземболического происхождения, связанных с неэффективным лечением аритмии. И 44 % инсультов у нас эмболические. В этой ситуации «лечение» инсульта – это прежде всего первичная, и в нашем случае, скорее, вторичная профилактика. Нам необходимо добиться включения антиагрегантов и даже антикоагулянтов в протокол лечения кардиальных больных, особенно с потенциальным нарушением ритма. Скорее, антикоагулянтов, чем антиагрегантов. Мы здесь столкнемся с множеством проблем, от эффективности отечественных лекарственных препаратов до организационных сложностей выстраивания всего процесса. Например, если мы начинаем давать непрямые антикоагулянты, нужно мерить МНО, а это нужно организовать. Но я полагаю, что мы пойдем по этому пути и увидим в конце 2016 года, как у нас получится. Это серьезная задача. Если мы сумеем уменьшить количество эмболических инсультов, то и общие показатели смертности пойдут вниз. В заключение хотел бы остановиться еще на одной проблеме – низком уровне образования наших врачей. Мы отправляем людей за границу, чтобы они хотя бы увидели и прочувствовали, как работают на современном оборудовании, как его используют. Там давно считают деньги, а мы начали это делать совсем недавно.

### Профессиональное развитие медицинских работников



Проблема и с управленческими кадрами в медицине. Нет отрасли в экономике города и страны, которая была бы такой сложной, как медицина. А у нас не готовят главных врачей. Меня спрашивают: где взять управленцев? Не знаю. Мы делаем все, что в наших силах.

Сегодня мы ищем потенциальных руководителей среди молодых врачей, которым интересно понять экономику здравоохранения. Это очень непростая работа. Система в целом не совсем отлажена, и для того, чтобы работать в ней главным врачом поликлиники, например, нужен большой талант и мужество. Качество нашего медобразования для меня – большая тема. Надо повышать престиж преподавательской работы и зарплаты профессоров, чтобы в вузы шли лучшие из лучших. В свое время, мне еще 30 не было, а я был доцентом клинической кафедры и получал 320 рублей и еще полставки клинической. Зарплата моя была 400 рублей, что для того времени было очень много. Все стремились и практиковать, и преподавать. А у нас с изменением законодательства преподаватели вузов не могли больных лечить. Врач может быть профессором кафедры, академиком и великим хирургом, но, пока он не зачислен хоть на 0,25 ставки в клинику, не имеет права подойти к операционному столу. Да и студентам к больничной койке пробиться крайне непросто. Это как раз пример решений организаторов, которые далеки от медицины и не знают всех нюансов, очень важных нюансов. Мне повезло, что, имея медицинское образование и практику, я прошел серьезную школу управления в частной клинике. Я пришел более-менее подготовленным, потому что понимал, что такое бюджет, себестоимость, понимал, что такое экономика здравоохранения. Иначе я бы не смог во всем разобраться. И сегодня мы, принимая управленческие решения, основанные на необходимости считать деньги и опираться на имеющиеся возможности, стараемся не упустить и медицинские аспекты той или иной проблемы.