



ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru



Ирэна ПОГОНЧЕНКОВА:
«Мультидисциплинарный подход
является базовым
при оказании помощи по
медицинской реабилитации»

24

**ДЕТСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Светлана ВАЛИУЛЛИНА:
«Мы создаем в Москве
полноценную трехэтапную
реабилитационную помощь
детям»

56

**И ЗВЕЗДА
С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ**

Интервью с главным врачом
ГКБ № 15 им. О.М. Филатова
Валерием ВЕЧОРКО и
народным артистом России
Андреем МАРТЫНОВЫМ

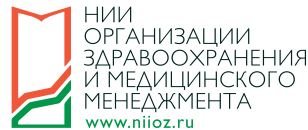
68

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Ева ПЕЧАТНИКОВА:
«Мы должны не только
реформировать
психиатрическую службу, но и
провести ее дестигматизацию»



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ
ГАЗЕТА

О СТОЛИЧНОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Мы информируем о важных событиях
московского здравоохранения
и создаем моду на здоровый образ жизни

реклама



115088 г. Москва
ул. Шарикоподшипниковская д. 9

+7 (495) 530-12-89

niozmm@zdrav.mos.ru



Алексей Иванович ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

Развитие системы медицинской реабилитации является одним из приоритетных направлений московского здравоохранения, к основным задачам которого относятся восстановление трудоспособности, предупреждение инвалидности или снижение уровня инвалидизации, улучшение качества жизни пациентов с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, соматическими заболеваниями, а также перенесших операции на суставах и травмы.

Сегодня возможности для получения всех видов медицинской помощи в Москве не только соответствуют, но по ряду направлений превосходят показатели ведущих мировых столиц. Комплексные и адресные проекты в сфере здравоохранения помогают максимально эффективно выстроить процесс оказания медицинской помощи.

Результаты этой работы подтверждают объективные данные: снижение смертности населения от наиболее распространенных причин, рост средней продолжительности жизни, увеличение объемов оказания и видов высокотехнологичной медицинской помощи.

С развитием системы профилактики, диагностики и лечения растет потребность в качественной медицинской реабилитации, от эффективности проведения которой зависит возможность восстановления здоровья после тяжелых заболеваний или травм.

Максимальную эффективность и безопасность реабилитации обеспечивают междисциплинарный подход к пациенту и работа в соответствии с индивидуальной комплексной программой, проводимой целым рядом специалистов, использующих достижения современной медицины. Именно от уровня профессиональных компетенций и опыта работы многих специалистов, в том числе врачей – неврологов, травматологов, мануальных терапевтов, врачей и инструкторов по лечебной физкультуре, рефлексо- и физиотерапевтов, массажистов, психологов, логопедов и эрготерапевтов зависит результат колоссального труда мультидисциплинарной бригады – организационно-технологической единицы реабилитационной помощи.

В многопрофильных стационарах открываются отделения медицинской реабилитации, происходит дооснащение современным реабилитационным оборудованием.

Особое внимание уделено совершенствованию работы, а в ряде случаев и созданию отделений медицинской реабилитации в поликлиниках.

Внедрение процессов информатизации в медицинских организациях Москвы позволит организовать единый сквозной процесс для обеспечения доступности и повышения качества реабилитационной помощи.

Среди решаемых задач: разработка методического обеспечения, включающего в себя оценку состояния пациента, способы определения реабилитационного потенциала, процедуры выбора оптимальной программы реабилитации для каждого пациента; формализация алгоритмов поддержки принятия врачебных решений. Развитие телемедицины, применение дистанционной реабилитации, использование технологий виртуальной реальности – задачи, которые решают специалисты столичного здравоохранения.



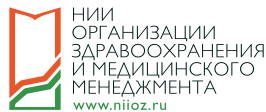
Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета
Печатников Леонид Михайлович

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города 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 города Москвы
Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы
Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы
Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы
Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы
Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы
Жилев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС
Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы
Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы
Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы
Оленев Антон Сергеевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы
Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы
Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы
Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы
Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы
Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
 Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**
 Научный редактор: **Любовь Алексеевна Ходырева**
 Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**
 Координатор журнала: **Алла Анатольевна Зайцева**
 Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**



Редакция журнала
«Московская медицина»:
127006, г. Москва,
Оружейный пер., д. 43
www.nioz.ru
Мнение авторов может не
совпадать с позицией редакции

Учредитель:
Департамент здравоохранения
города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения
города Москвы

Издательство:
ООО «Промо-центр»:
117485, Москва,
ул. Обручева, 30/1, стр. 2

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по
надзору в сфере связи
и массовых коммуникаций
28 апреля 2014 года
Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-57984

Выпуск №5 (27) 2018 г.
журнала «Московская медицина»
отпечатан 30 октября 2018 года

Отпечатано в ООО «Красногорский
полиграфический комбинат»

Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



9 772587 867000

СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы Алексея ХРИПУНА 1

МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

**Ирэна ПОГОНЧЕНКОВА: «Мультидисциплинарный подход является
базовым при оказании помощи по медицинской реабилитации»** 6

СТАТИСТИКА

Реабилитация в Москве 20

ДЕТСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

**Светлана ВАЛИУЛЛИНА: «Мы создаем в Москве полноценную
трехэтапную реабилитационную помощь детям»** 22

НЕВРОЛОГИЯ

**Татьяна БАТЫШЕВА: «Непрерывность и системность - главные
принципы успеха реабилитации»** 26

**Николай ШАМАЛОВ: «Медицинская реабилитация пациентов,
у которых случился инсульт, должна начинаться в течение
первых 2 суток от начала заболевания»** 30

КАРДИОЛОГИЯ

**Елена ВАСИЛЬЕВА: «Мы стараемся как можно быстрее выполнить
операцию по восстановлению кровотока в коронарных артериях»** 32

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Евгений БРЮН: «Реабилитация - мир здоровья и обновления» 34

ФОТОФАКТ

Людвиг ГУТТМАН: человек, создавший Паралимпиаду..... 39

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

**Правовые основания деятельности отделений реабилитации.
специалист по медицинской реабилитации** 40

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Система организации медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» больным, перенесшим эндопротезирование в Москве 44

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Нейрофизиологические основы эффективности транскраниальных методов в лечении невропатической боли 50

И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

Интервью с главным врачом Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова Валерием ВЕЧОРКО и народным артистом России Андреем МАРТЫНОВЫМ 56

АРТ-ТЕРАПИЯ

Вероника ГОТЛИБ: «Наша задача - предоставить детям, помимо медикаментозного лечения, еще и медико-психологическую помощь» 64

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ева ПЕЧАТНИКОВА: «Мы должны не только реформировать московскую психиатрическую службу, но и провести ее дестигматизацию» 68

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Марина БЕБЧУК: «В психиатрии реабилитация начинается вместе с лечением» 73

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**Флегмона и сепсис.**

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 23 июля 2018 года 78

Саркома, похожая на сепсис

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 27 августа 2018 года 88

МОСКОВСКИЙ ВРАЧ

Столичный проект
по непрерывному повышению
уровня квалификации врачей



Проверьте свои знания, пройдя
пробное тестирование на сайте

niioz.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

ИРЭНА ПОГОНЧЕНКОВА:

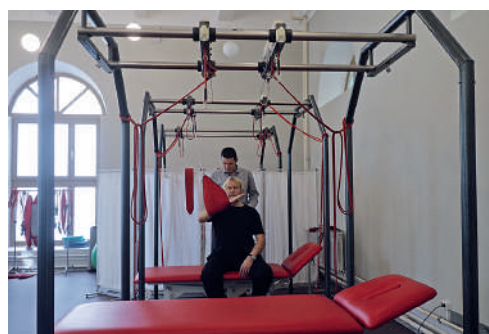
«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ЯВЛЯЕТСЯ
БАЗОВЫМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН



И.В. Погонченкова,
действительный член Академии
медико-технических наук, член Союза
реабилитологов России, д.м.н.

Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ), директор ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ» (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ) Ирина Погонченкова - о том, что представляют собой медицинская реабилитация и восстановительное лечение.



- Ирэна Владимировна, в октябре 2012 г. был сформирован Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы. Существовала ли до этого момента централизованная медицинская помощь по данным направлениям в столичном здравоохранении? Какими нормативно-правовыми актами регламентируется медицинская реабилитация в настоящее время?

– В 70-е годы прошлого столетия в Москве начала создаваться система медицинской реабилитации. На начало 2012 г. служба медицинской реабилитации в Москве представляла собой многоуровневую широкую сеть учреждений и подразделений. Стационарный этап медицинской реабилитации взрослого населения в городе осуществляли 16 медицинских организаций. Это специализированные больницы, центры и отделения медицинской реабилитации (восстановительного лечения) многопрофильных клинических больниц.

Амбулаторный этап медицинской реабилитации строился с учетом административно-территориального деления города на округа. Он был представлен 76 поликлиниками, имеющими отделения или кабинеты медицинской реабилитации (восстановительного лечения), выполнявшие функции реабилитационных подразделений окружного уровня. Санаторный этап медицинской реабилитации для работающего взрослого населения, имеющего постоянную регистрацию в Москве, осуществлялся на базе 5 санаториев, расположенных в Подмосковье.

- Как в настоящее время развивается система медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в столице? Расскажите об этапах медицинской реабилитации.

– Медицинская реабилитация осуществляется в плановом порядке в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях (отделение медицинской реабилитации медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь), основываясь на принципах этапности, непрерывности и преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями.

Медицинская реабилитация взрослых пациентов обеспечивается в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Москве на 2018 г. и на плановый

период 2019 и 2020 гг. и Государственной программой города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 гг.», утвержденной постановлением правительства Москвы 14.12.2017 № 1011-ПП, на основе приказа Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

Во исполнение приказа Минздрава России был издан приказ Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 03.10.2017 № 711 «О совершенствовании медицинской помощи по профилю “медицинская реабилитация” взрослому населению города Москвы», который содержит правила маршрутизации пациентов для проведения этапной медицинской реабилитации (включая критерии перевода пациентов на этапы, показания и противопоказания, перечни медицинских

В МОСКВЕ ОРГАНИЗОВАНА ТРЕХЭТАПНАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

организаций) и порядок направления на реабилитацию (долечивание) больных из числа работающих граждан, имеющих регистрацию по месту жительства в Москве, в специализированные санатории непосредственно после стационарного лечения.

Медицинская реабилитация взрослому населению Москвы оказывается по следующим профилям:

- медицинская реабилитация пациентов с нарушением функций центральной нервной системы (последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговой травмы, нейрохирургических операций);
- медицинская реабилитация пациентов с нарушением функций периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата (последствия травм, операций на конечностях, в том числе после эндопротезирования).

В Москве организована трехэтапная модель медицинской реабилитации. На первом этапе медицинская реабилитация осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии и на койках профильных отделений в условиях многопрофильных специализированных медицинских организаций, подведомственных ДЗМ.

Второй этап медицинской реабилитации проводится в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных проявлений заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях ГАУЗ



«Все программы реабилитации индивидуальны для каждого пациента в зависимости от тяжести его состояния и наличия сопутствующих заболеваний»

день в день – с целью обеспечения непрерывности и преемственности медицинской реабилитации на 1-м и 2-м этапах пациентов, перенесших травму и ОНМК.

В настоящее время в городе на базе многопрофильных стационаров, имеющих в своей структуре травматологические, ортопедические и неврологические отделения, организуются дополнительные отделения медицинской реабилитации. Они были открыты в 2018 г. в 5 медицинских организациях.

Плановый показатель охвата медицинской реабилитацией, согласно государственной программе «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 гг.», в 2016 году составил 13,1% (прогноз – 12%), в 2017 г. прогноз – 15%, охвачено 16,9% от числа нуждающихся.

Программа долечивания (реабилитации) больных из числа работающих москвичей в специализированных санаториях непосредственно после стационарного лечения является составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания населению Москвы бесплатной медицинской помощи и финансируется за счет средств столичного бюджета. Нормативной базой программы является Постановление правительства Москвы от 27 июля 2010 г. № 591-ПП «О долечивании (реабилитации) больных из числа работающих граждан, имеющих регистрацию по месту жительства в городе Москве, в специализированных санаториях (отделениях) непосредственно после стационарного лечения».

Стационарными медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Москвы ежегодно подаются предварительные заявки на год на долечивание больных непосредственно после стационарного лечения.

На 2017 г. было заключено 10 государственных контрактов с 6 подмосковными санаториями («Подлипки», «Удельная», «Валуево», «Ерино», «Виктория», санаторий им. Артема Сергеева) на общую сумму 132 млн руб. на санаторную реабилитацию 2602 пациентов.

Сейчас практически во всех амбулаторно-поликлинических центрах функционируют отделения (кабинеты) медицинской реабилитации и планируется открытие дополнительных отделений данного профиля в 2018–2019 гг. В настоящее время осуществляется переоснащение отделений медицинской реабилитации, кабинетов лечебной физкультуры и физиотерапии современным медицинским оборудованием.

МНПЦ МРВСМ ДЗМ и отделениях медицинской реабилитации многопрофильных стационаров.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных проявлений заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях в отделениях медицинской реабилитации 46 медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

За прошедшие полтора-два года удалось добиться сокращения сроков перевода пациентов между стационарами

- Вы также руководите рабочей группой по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению. Кто в нее входит, как происходят заседания, какие решения принимаются?

– Рабочая группа (профильная комиссия) при главном внештатном специалисте по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ была утверждена Департаментом 5 июня 2015 г. Заседания проводятся раз в квартал. На них обсуждаются актуальные вопросы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Специалисты организационно-методического отдела по медицинской реабилитации входят в состав рабочих групп, созданных Департаментом социальной защиты населения города Москвы, осуществляющих консультации по реабилитации молодых инвалидов и санаторно-курортному лечению.

Главного внештатного специалиста по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ часто приглашают для участия в «круглых столах», проводимых Московской городской думой и Государственной думой при обсуждении вопросов медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, комплексной реабилитации инвалидов.

На постоянной основе проводятся совещания с руководителями и коллективами медицинских организаций по вопросам преемственности медицинской реабилитации на различных этапах, по подготовке и реализации концепции развития медицинской реабилитации в Москве совместно с ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» (НИИОЗММ), а также по организационно-методическим вопросам медицинской реабилитации.

- В 2018 г. предполагается создание Координационного центра этапной маршрутизации пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации. Как проходит эта работа? Каковы основные принципы оптимизации логистики доставки пациентов?

– На базе ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ в настоящее время идет формирование координационно-аналитического центра медицинской реабилитации (КЦМР). Он создается с целью определения потребности в медицинской реабилитации больных из числа нуждающихся, создания регистра пациентов, оптимальной маршрутизации, формирования индивидуальных реабилитационных планов пациентов, оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, получения учетно-отчетной информации, проведения клинико-экспертных мероприятий.

В Москве проводятся мероприятия по информатизации службы медицинской реабилитации. В Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) внедряется дополнительный функциональный блок по медицинской реабилитации, включающий систему оценки состояния пациентов с использованием шкал, протоколы осмотра врачей, участвующих в медицинской реабилитации, учет оказания реабилитационных услуг. Внедрение единой информационной системы в многопрофильных больницах позволит интегрировать ЕМИАС с медицинской информационной системой стационаров (МИС стационаров) и создать единую информационную систему медицинских организаций ДЗМ. Информатизация процессов обеспечит соблюдение принципов этапности, непрерывности и преемственности медицинской реабилитации больных и инвалидов в медицинских организациях, на дому, в санаторно-курортных учреждениях и службе социальной защиты. Для оценки состояния пациентов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) сформулированы три варианта критериев. Первый относится к заболеваниям центральной нервной системы, второй создан для заболеваний периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, третий – для соматических (кардиологических) заболеваний.

При маршрутизации пациентов предлагается оценивать состояние по 6-балльной шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), разработанной Минздравом.

1. Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания.
2. Легкое ограничение жизнедеятельности.
3. Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности.
4. Выраженное ограничение жизнедеятельности.
5. Грубое нарушение процессов жизнедеятельности.
6. Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести.

Например, 1 балл при соматическом (кардиологическом) заболевании означает, что пациент может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживая прежний уровень активности; он тратит столько же

времени на выполнение дел, как и до болезни; может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.

Если состояние пациента оценивается в 5 или 6 баллов по ШРМ, то после 1-го этапа реабилитации специальная комиссия должна подготовить экспертное заключение о его дальнейшем реабилитационном потенциале, составить индивидуальную программу медицинской реабилитации и рекомендовать, где ее проходить.

При оценке в 4–5 баллов по ШРМ пациент переводится в специализированное отделение медицинской реабилитации 2-го этапа.

При оценке в 2–3 балла по ШРМ пациент переводится в отделение медицинской реабилитации 3-го этапа.

При оценке в 0–1 балл по ШРМ пациент в мероприятиях по медицинской реабилитации не нуждается и направляется для осуществления мероприятий по вторичной профилактике к профильному специалисту по месту жительства.

– Расскажите о том, как ведется разработка технологических карт, протоколов ведения больных?

– В настоящее время Департаментом здравоохранения города Москвы (ДЗМ) и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (МГФОМС)

разработаны и согласованы 7 технологических карт на комплексные услуги по медицинской реабилитации для 2-го этапа медицинской реабилитации: для пациентов, перенесших ОНМК; с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательной системы, а также после оперативного лечения заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата или ампутации конечности (конечностей); с переломом позвоночника и (или) перенесших нейрохирургическую операцию; с заболеваниями центральной нервной системы; перенесших острый инфаркт миокарда или операцию на сердце и магистральных сосудах, черепно-мозговую травму и (или) нейрохирургическую операцию.

– Как ведутся образовательные программы по обучению врачей медицинской реабилитации? Какие клинические рекомендации по ней разработаны?

– Повышение квалификации и профессиональная переподготовка врачей и среднего медицинского персонала, участвующих в оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации, организованы в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н, квалификационными характеристиками, предусмотренными Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н.

Одним из важных условий успешного выполнения задач по медицинской реабилитации пациентов является внедрение мультидисциплинарного подхода в организацию работы специалистов: наличие сплоченной и полной реабилитационной мультидисциплинарной бригады (МДБ).

Мультидисциплинарный подход является базовым при оказании помощи по медицинской реабилитации.

На каждого участника МДБ возлагаются функциональные обязанности, связанные как с оценкой состояния пациента, так и проведением реабилитации в рамках компетенции специалиста. МДБ объединяет специалистов разных профилей, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает соблюдение единого подхода к постановке цели и реализации задач реабилитации пациента.

Рекомендованный состав МДБ по профилю «неврология»: врач по медицинской реабилитации (врач-невролог), врач-анестезиолог-реаниматолог, инструктор-методист по ЛФК, инструктор по ЛФК, медицинская сестра, логопед, психолог; по профилю «травматология-ортопедия»: врач по медицинской реабилитации (врач-травматолог-ортопед), инструктор-методист по ЛФК, инструктор по ЛФК, врач-физиотерапевт,



Долечивание больных в специализированных санаториях в 2017 г. осуществлялось по следующим профилям:

- после перенесенного острого инфаркта миокарда;
- после операций на сердце и магистральных сосудах;
- после перенесенных ортопедических, травматологических операций при дефектах и пороках развития позвоночника, пластики суставов, эндопротезирования и реэндопротезирования, реплантации конечностей;
- после перенесенного ОНМК;
- при беременности женщин групп риска;
- после пролеченного сахарного диабета;
- после операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), холецистэктомии.



медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра, психолог.

В новой модели реабилитации в составе МДБ появляется специалист-эрготерапевт, который получает специальное обучение в рамках образовательной программы. Выполнять функциональные обязанности эрготерапевта и проходить обучение могут специалисты, имеющие высшее педагогическое, высшее психологическое, высшее сестринское или высшее медицинское образование.

Сейчас, согласно приказу № 1705н, в системе медицинской реабилитации участвуют врачи более 20 специальностей – от врачей-физиотерапевтов до оториноларингологов. А также медсестры по профилю, медицинские психологи, инструкторы по лечебной физкультуре. Количество этих специалистов непропорционально и завышено.

Для обучения специалистов, получения ими навыков по выполнению реабилитационных методик, работы с применением аппаратуры с биологической обратной связью, роботизированной техники, проводится разработка учебного модуля по медицинской реабилитации в Медицинском симуляционном центре (МСЦ) ГБУЗ «Городская больница им. С.П. Боткина ДЗМ» – многопрофильном образовательном центре, предназначенном для обучения с использованием симуляционных образовательных технологий врачей и среднего медицинского персонала.

Единая система обучения для всех специалистов с высшим медицинским образованием по профилю «медицинская реабилитация» в соответствии с Европейской программой подготовки врача по физической и реабилитационной медицине (модульный принцип, сетевая форма реализации образовательных программ) применяется при обучении специалистов в рамках пилотного проекта Минздрава России «Развитие медицинской реабилитации в Российской Федерации». В 2017–2018 гг. проведено обучение 15 врачей, и в следующем учебном году планируется обучение еще 26 специалистов по этим программам.

Если планы Минздрава будут реализованы, и в перечне медицинских специальностей появится еще одна позиция, а для врачей физической и реабилитационной медицины будут созданы профессиональные стандарты, это, как минимум, наведет порядок в системе отраслевых кадров. Совместно с МСЦ были разработаны курсы для специалистов сети «Функциональные подходы в лечебной физкультуре для коррекции двигательных расстройств верхней и нижней конечности у пациентов с последствиями заболеваний и травм головного мозга». Этот модуль мы внедрили в сентябре 2018 г. Сейчас готовятся еще несколько модулей по отработке навыков восстановления стереотипа походки под визуальным контролем и стабильной устойчивости у пациентов после эндопротезирования суставов нижних



В 2017 Г. ПРОВЕДЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СЕМИНАРЫ.

- Трехэтапная система организации проведения медицинской реабилитации пациентам, перенесшим ОНМК. Совершенствование знаний, умений и навыков по организации преемственной этапной системы медицинской реабилитации пациентов, перенесших ОНМК.
- Трехэтапная система организации оказания медицинской реабилитации пациентам травматологического профиля. Совершенствование знаний, умений по организации преемственной этапной системы медицинской реабилитации при травмах.
- Медицинская реабилитация детей с ДЦП. Внедрение новых медицинских технологий в практическую деятельность специалистов – врачей, участвующих в медицинской реабилитации.
- Применение тестовых исследований в медицинской реабилитации.
- Принципы вертикализации пациентов в процессе медицинской реабилитации.
- Кинезотерапия после операций с применением металлоостеосинтеза.
- Нормативно-правовое обеспечение медицинской реабилитации в Москве. Статистические показатели деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы в 2016 году.
- Медицинская реабилитация больных заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
- Актуальность проведения медицинской реабилитации пациентам, перенесшим ОНМК в раннем восстановительном периоде.
- Кинезотерапевтические технологии – больным, перенесшим ОНМК.
- Особенности реабилитации больных онкологическими заболеваниями.
- Подходы к ранней реабилитации детей-инвалидов.
- Медицинская реабилитация больных ревматологическими заболеваниями.
- Психоорганические поражения центральной нервной системы у больных после перенесенного ОНМК.
- Трехэтапная система организации оказания медицинской реабилитации пациентам травматологического профиля.
- Порядок направления. Статистические показатели деятельности МО по направлению работающих граждан на санаторно-курортное лечение.
- Технологии медицинской реабилитации при травмах у детей.
- Инновационные технологии медицинской реабилитации в педиатрии.
- Основы психологии и психокоррекции в медицинской реабилитации.
- Физическая реабилитация детей с перинатальными заболеваниями.
- Медицинская реабилитация больных заболеваниями периферической нервной системы.
- Этапы и технологии медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
- Мультидисциплинарный подход – базис медицинской реабилитации. Новый приказ ДЗМ по медицинской реабилитации.
- Мониторинг показателей деятельности учреждений, оказывающих помощь по медицинской реабилитации, государственной системы здравоохранения города Москвы.



В 2018 г. ПРОВЕДЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СЕМИНАРЫ.

- Новые высокотехнологичные методы физиотерапии и лечебной физкультуры в реабилитации больных заболеваниями центральной нервной системы.
- Восстановительное лечение больных, перенесших ОНМК.
- Обсуждение алгоритмов использования оборудования для медицинской реабилитации больных после эндопротезирования.
- Принципы комплексной реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга при тяжелой сочетанной травме.
- Обсуждение алгоритмов использования современного медицинского оборудования при медицинской реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга.
- Особенности направления больных на медицинскую реабилитацию в санаторно-курортных условиях в соответствии с приказами МЗ РФ от 05.05.2016 № 279н и № 281н. Показания и противопоказания. Характеристика основных курортов России.
- Долечивание пациентов в условиях санаторно-курортной организации.
- Методы физиотерапии и лечебной физкультуры в медицинской реабилитации больных заболеваниями периферической нервной системы.
- Терагерцовая терапия в практике медицинской реабилитации.
- Лечебная физкультура после травмы локтевого сустава в раннем и позднем восстановительных периодах медицинской реабилитации.
- Особенности применения физических факторов у пациентов с травмой локтевого сустава.

конечностей, коммуникативным аспектам взаимодействия в диаде «врач–больной». Готовимся и к проведению вебинаров по различным аспектам медицинской реабилитации. На базе ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ организовано и проведено в 2017 г. обучение 122 врачей и 59 средних медицинских работников. Всего проведено образовательных семинаров – 24, мастер-классов для врачей – 3.

В настоящее время продолжается программа семинаров по актуальным вопросам медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения для врачей медицинских организаций взрослой и детской сети государственной системы здравоохранения города Москвы, согласованная с отделом развития инвестиционной деятельности НИИОЗММ.

- Пациенты с какими заболеваниями чаще всего нуждаются в длительной медицинской реабилитации? В чем особенности программ реабилитации по каждому из них?

– Любой человек, перенесший потрясение, проявившееся нарушением здоровья по какой-либо причине, – будь то инсульт, инфаркт миокарда, тяжелая травма в результате ДТП или спортивная, оперативное вмешательство на суставах, безусловно, нуждается в медицинской реабилитации, длительность которой определяется исходным уровнем здоровья, качеством оказания первичной специализированной медпомощи, комплаентностью терапии и многими другими факторами. Все программы реабилитации индивидуальны для каждого пациента в зависимости от тяжести его

состояния и наличия сопутствующих заболеваний. Однако остаются неизбежными при этом общие принципы: непрерывность, длительность, этапность.

На каждом этапе, исходя из тяжести и характера повреждений, нарушения функций, ставятся определенные цели, достижение которых оценивается по завершению этапа. Как правило, длительность медицинской реабилитации определяется степенью повреждения структуры и особенностями нарушения функции, возникшими в результате данного повреждения. Наиболее значительные повреждения тканей, сопровождающиеся грубыми дезадаптирующими изменениями функционального состояния организма, развиваются у пациентов с тяжелыми травмами головного мозга, распространенными очагами ОНМК, высокими травмами спинного мозга, при обширных реконструктивных операциях на позвоночнике и суставах конечностей. Отличия и особенности программ реабилитации обусловлены синдромальным комплексом, который развился в результате патологического процесса. Для каждой группы пациентов он различен. Если при церебральных инсультах на первый план выходят спастический гемипарез, нарушения глотания и речи, психологические расстройства в виде депрессии и апатии, то при черепно-мозговой травме – три-, тетра-, гемипарез, аффективные расстройства в виде тревоги и агрессии, когнитивные нарушения со снижением критики своего состояния. Пациенты после реконструктивных операций на позвоночнике и суставах конечностей, как правило, страдают от выраженных болей и нарушения функции конечности, обусловленного вялым парезом и расстройствами чувствительности. Указанные особенности и определяют отличия в реабилитационном плане.

Для пациентов с ОНМК ведущей технологией являются методики лечебной физкультуры, помогающие восстановить осознанный компонент в двигательном акте; для пациентов с травматической болезнью спинного мозга – роботизированные технологии, позволяющие выполнять под контролем биологической обратной связи серии стереотипных движений, экзоскелеты, обеспечивающие возможность самостоятельного передвижения пациента и профилактику вегетативных расстройств; для пациентов после тяжелой черепно-мозговой травмы – психотерапия и эрготерапия, эффективно компенсирующие при совместном использовании когнитивный и аффективный дефицит; у послеоперационных пациентов – аппаратная электротерапия, направленная на купирование болей и улучшение метаболизма в мышцах.

Если, например, на 1-м этапе медицинской реабилитации после ОНМК ставятся задачи стабилизации витальных показателей и вертикализации больного, то на 2-м этапе целями становятся восстановление утраченных функций в пределах возможного и начальные этапы социализации

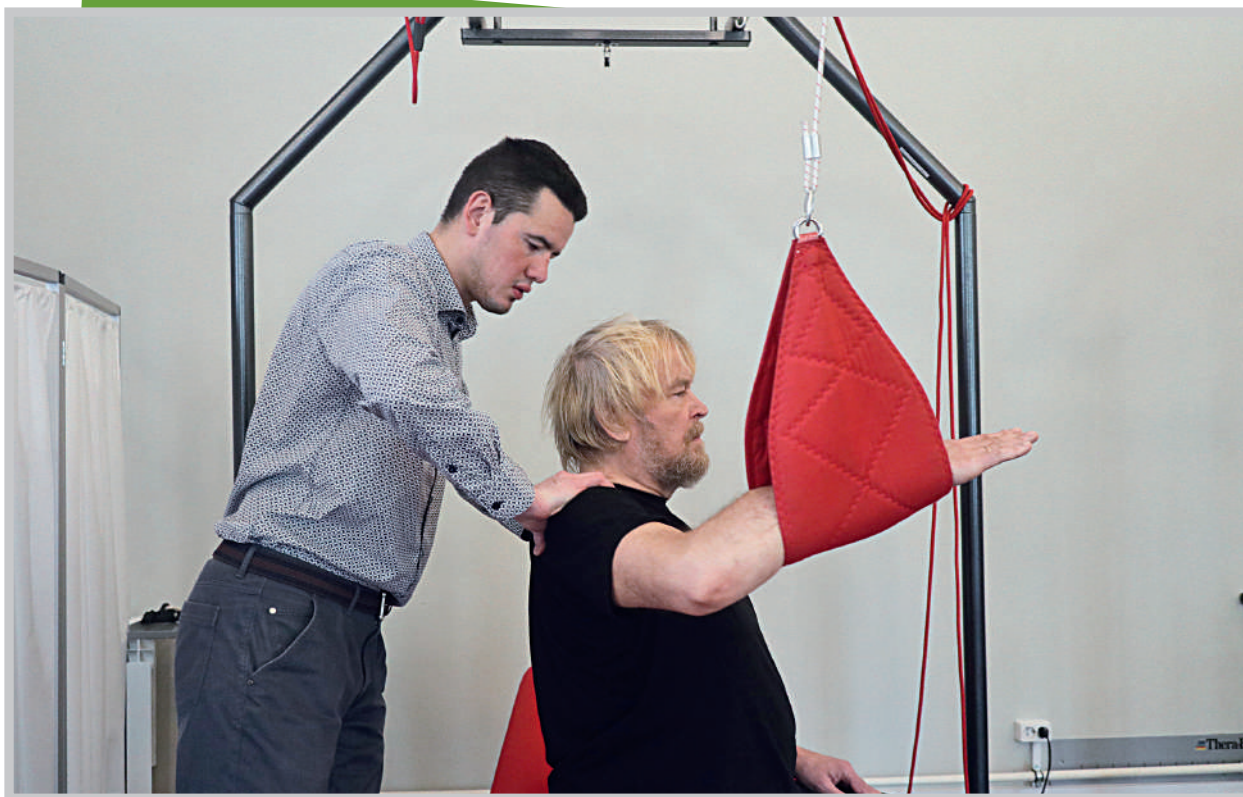


НАУЧНЫМИ СОТРУДНИКАМИ ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ РАЗРАБОТАНЫ И ВНЕДРЕНА В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

- Методы двигательной коррекции у больных с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата различного возраста.
- Этапная реабилитация пациентов с травмами голеностопного сустава.
- Научные принципы и методы планирования, управления и контроля потоками пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.
- Физические факторы в лечении детей с хроническими запорами.
- Применение селективной хромотерапии в медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой.
- Применение импульсной электротерапии и лечебной физической культуры в медицинской реабилитации детей с травмой нижних конечностей.
- Применение нормоксической баротерапии для профилактики и коррекции повышенной метеочувствительности у больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой.

ПОДГОТОВЛЕНА И ВЫПУЩЕНА:

- руководство «Здоровье здорового человека: научные основы организации здравоохранения, восстановительной и экологической медицины»;
- монография «Курортология», учебник «Избранные лекции по медицинской реабилитации»;
- разработаны и внедрены в клиническую практику новые методы и комплексные программы профилактики и реабилитации больных инсультом;
- утверждены клинические рекомендации «Очаговое поражение головного мозга у взрослых: синдром спастичности». Оформлен патент «Устройство для тренировки мышц и коррекции осанки».



пациента, его возможности самообслуживания, которые закрепляются на 3-м этапе.

Поскольку третий этап происходит в амбулаторных условиях и на дому, то упор делается на дистанционные формы реабилитации, в том числе с применением телемедицинских технологий, которые мы пытаемся активно внедрить в Москве. Проведение медицинской реабилитации пациентов дистанционно в режиме online позволяет закрепить и контролировать выполнение лечебной физкультуры, поддерживать психологический настрой с целью мотивации и адаптации, а также активности и участия в повседневной жизни. Подготовка пациентов к программам дистанционной непрерывной медицинской реабилитации проводится посредством обучения в школах для пациентов и их родственников.

Надо отметить, что в настоящее время развитие дистанционных форм медицинской реабилитации осуществляется только в медицинских организациях, финансируемых из бюджета Москвы. В медицинских организациях, финансируемых МГФОМС, такой вид медицинской помощи пока не применяется.

- Могут ли жители других регионов России получить бесплатное лечение по профилю «медицинская реабилитация» в Москве?

- Согласно Федеральным законам от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», иногородние пациенты, имеющие полис ОМС, могут получить направление на плановую госпитализацию в медицинские организации ДЗМ. Проект «Москва – столица здоровья» помогает иногородним пациентам, имеющим полис ОМС, получать необходимую помощь в столичных стационарах бесплатно. Иногородний пациент может обратиться на специальную горячую линию «Столица здоровья» и зарегистрироваться на сайте. Далее медицинская организация организует заочное рассмотрение предоставленных документов и информирует пациента о дате госпитализации.

- Какие инновационные разработки сейчас внедряются в реабилитационную практику?

- Одним из основных направлений является разработка новых методов и комплексных программ для медицинской реабилитации пациентов с последствиями заболеваний и травм центральной и периферической нервной системы с применением методов физиотерапии, бальнеотерапии, лечебной физкультуры, робототехники, психотерапии и фармакотерапии.



Если говорить с практической точки зрения, то инновационными можно считать не только разработки, появившиеся в последнее время, но и ряд технологий, существующих десятилетия, обладающих фактической и потенциальной эффективностью, но не получивших широкого распространения из-за трудоемкости. Если рассматривать вопрос с этой точки зрения, то к инновационным можно отнести «зеркальную терапию» в различных модификациях, «двигательную терапию, индуцированную ограничением», технологии нейромодуляции (транскраниальная ритмическая магнитная стимуляция), электрическую стимуляцию спинного мозга имплантируемыми устройствами, технологии виртуальной реальности, роботизированные ортезы, интерфейс «мозг-компьютер», костюмы для динамической проприоцептивной коррекции. Приведенные технологии действительно являются высокоэффективными не только вследствие своей физиологичности, но и потому, что позволяют обеспечить высокий уровень индивидуализации реабилитационного процесса.

– Расскажите о современных бальнео- и физиотерапевтических технологиях в медицинской реабилитации.

– Среди современных технологий медицинской реабилитации физио- и бальнеотерапевтические процедуры занимают одно из первых мест. Научные исследования, проводимые в нашей стране, и практический опыт применения лечебных физических факторов позволили сформулировать основные положения по действию физических факторов на организм при различных заболеваниях и показания для их использования в целях лечения, реабилитации и оздоровления. Результаты многочисленных экспериментальных и клинических исследований позволяют рассматривать общие механизмы действия физио- и бальнеотерапевтических факторов с позиций взаимосвязанных рефлекторных и гуморальных влияний на организм. Достижения в этой области касаются вопросов изучения изменений центральных регуляторных механизмов, в том числе гуморальных механизмов регуляции нарушенных функций, мобилизации внутренних гормональных резервов, проницаемости гистогематических барьеров и связанных с ней тонких биохимических процессов, реакций микроциркуляторной системы, обеспечивающей не только обменно-трофические функции в органах и тканях, но и сложную гуморальную регуляцию целостного организма; вопросов биоэнергетики клетки; защитных иммунных реакций организма и т.д. Единый рефлекторно-гуморальный механизм действия физических факторов обеспечивает направленность реакций системного характера в тесной зависимости от исходного функционального состояния системы, в чем можно усматривать улучшение механизмов саморегуляции гомеостаза. Методы физио- и бальнеотерапии поэтому широко

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА МОСКВЫ ПОТРЕБУЕТ:

- планирования открытия новых отделений, разветвления коек медицинской реабилитации в многопрофильных стационарах для увеличения к 2025 г. охвата реабилитационными мероприятиями пациентов не менее чем в 2 раза;
- создания единой информационной базы (реестра) пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации для обеспечения преемственности и непрерывности между этапами;
- внедрения инновационных моделей медицинской реабилитации и инновационных реабилитационных технологий ранней нейрореабилитации и вторичной профилактики ОНМК в медицинских организациях ДЗМ;
- использования индивидуального и мультидисциплинарного подходов к каждому пациенту, ориентированных на улучшение здоровья и повышение качества жизни;
- осуществления мероприятий по медицинской реабилитации на основе персонализированных программ в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в подведомственных учреждениях (персонализированный подход в составлении реабилитационных программ);
- создания школ для больных наиболее распространенными заболеваниями и школ здорового образа жизни;
- создания школ для пациентов и лиц ухаживающих за ними, включая родственников, для обучения пациентов и родственников основным правилам жизни в новых условиях.

применяются на всех этапах реабилитации, начиная с раннего стационарного этапа. Даже в отделении реанимации применяются некоторые физиотерапевтические воздействия для предупреждения послеоперационных осложнений (например, ингаляции для улучшения дренажной функции бронхов, электростимуляция при парезах кишечника и т.д.) наряду с лечебной гимнастикой и массажем. Научные исследования позволили внедрить современные физиотерапевтические технологии на всех этапах реабилитации: методики магнитотерапии и магнитостимуляции, лазеротерапии, оксигенотерапии и электротерапии; ультразвука



и ультрафонофореза, ударно-волновой терапии; новые фармако- и физиотерапевтические, транскраниальные, сочетанные методики физиотерапии.

Из методов бальнеотерапии для Московского региона актуально наружное использование природных бромных хлоридно-натриевых вод-рассолов, которое основывается на данных о доказанных реакциях отдельных функциональных систем организма, обуславливающих конечные регистрируемые в клинической картине основные эффекты: изменения микроциркуляторной, регионарной и центральной гемодинамики, улучшение венозного кровообращения, обезболивающее и противовоспалительное действия, улучшение обменных процессов и психоэмоционального статуса.

Определены особенности влияния хлоридных натриевых ванн различной минерализации (в диапазоне 20–60 г/л) на основные физиологические системы организма, участвующие в становлении и хронизации заболеваний при хроническом обструктивном бронхите, сахарном диабете с ангиопатиями, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, дорсопатиях, при их сочетанных формах. Также этот вид бальнеотерапии широко используется в реабилитации, особенно на санаторном этапе, пациентов после эндопротезирования суставов, реконструктивных операций на сосудах, после травм позвоночника.

Разработаны новые технологии грязелечения при

сочетанных заболеваниях болезней костно-мышечной, нервной системы и системы кровообращения. В первую очередь это касается температурного режима пелоидотерапии (применение грязи низких температур при активности воспалительного процесса, при синовитах, при выраженных болях, сопутствующих сердечно-сосудистых и других заболеваниях), оптимальной локализации воздействия (например, аппликации грязи на отдаленные зоны при дисциркуляторной энцефалопатии). Доказано положительное влияние пелоидотерапии на течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Внедрены в реабилитационные программы новые методики применения пресной воды, в том числе с использованием современных бальнеотерапевтических устройств. Это подводный душ-массаж при ИБС, гипертонической болезни, нейрообменно-эндокринном синдроме, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы; контрастные ванны при ИБС, артериальной гипертонии, обструктивном бронхите, скипидарные ванны при сахарном диабете, хроническом бронхите и многие другие.

Новые технологии физио- и бальнеотерапии, используемые в программах реабилитации на всех этапах реабилитационного процесса, доказано повышают эффективность восстановления функций организма, нарушенных



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

✓ Реализация образовательных программ повышения квалификации в области здравоохранения

✓ Программы повышения квалификации на 2018 год:

Организация здравоохранения и общественное здоровье.

Организация здравоохранения. Заполнение форм федерального статистического наблюдения

Организация здравоохранения. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения. МКБ 10.

Организация здравоохранения. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с соматическими заболеваниями для воспитателей, педагогов и логопедов медицинских организаций (2019 год).

✓ Полный список образовательных проектов доступен на сайте niioz.ru в разделе «Сведения об образовательной организации»



+7 (495) 951-20-54

E-mail: niiozmm@zdrav.mos.ru
www.niioz.ru

Москва, Шарикоподшипниковская, 9

в результате болезни, травмы, операции, улучшают качество жизни пациентов, способствуют восстановлению трудоспособности.

Бальнеотерапевтические методики широко используются в филиале №2 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, расположенном на ул. Талалихина, 26А. Филиал является уникальным структурным подразделением системы здравоохранения Москвы за счет функционирования на его территории скважины по добыче природной минеральной воды с большим содержанием хлоридно-натриевых солей, брома и других микроэлементов. Плотность солей составляет 250 г/л (для сравнения, в воде Мертвого моря – 300 г/л, Черного моря – 30 г/л).

- Как ведется взаимодействие московских реабилитологов с коллегами из других регионов?

– Взаимодействие московских реабилитологов с коллегами из других регионов осуществляется на регулярной основе. Каждая встреча – важное событие в сфере развития столичного здравоохранения и данной отрасли в целом. Обмен знаниями в нашей сфере очень важен и необходим. Это бесценный опыт.

Так, в 2017 г. специалисты по медицинской реабилитации приняли участие не только во всероссийских форумах, заседаниях, симпозиумах, но и мероприятиях международного масштаба, таких как VIII Международная конференция «Современные аспекты реабилитации в медицине» в Ереване, IX Международный конгресс «Нейрореабилитация – 2017» в Москве.

Делиться профессиональным опытом важно и необходимо с целью повышения знаний, умений и качества оказания специализированной медицинской помощи.

- В каких медицинских учреждениях города Москвы, подведомственных ДЗМ, могут получать помощь по профилю «медицинская реабилитация» инвалиды?

– Во исполнение перечня поручений Президента РФ В.В. Путина от 13.01.2018 № Пр-50 по итогам встречи с инвалидами и представителями общественных организаций и профессиональных сообществ в структуре ДЗМ функционируют следующие центры, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю медицинская реабилитация, в том числе и инвалидам:

- ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ;
- ГБУЗ «Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих ДЗМ»;
- ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ»;

– ГБУЗ Московский городской центр медицинской реабилитации пациентов со спинномозговой травмой и последствиями детского церебрального паралича ДЗМ».

– Каковы перспективы развития медицинской реабилитации в городе?

– Важнейшей задачей обеспечения качества и доступности медицинской помощи, снижения длительности нетрудоспособности, предупреждения инвалидизации и/или снижения инвалидизации при невозможности предотвратить ее наступление, является дальнейшее развитие медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации. При этом результат должен оцениваться не по внедрению в лечебный процесс какой-либо технологии или препарата, а в эффективности воздействия на процесс возвращения пациента к активной жизненной позиции в социуме.

Для этого необходимо строгое соблюдение принятых схем и правил этапной маршрутизации пациентов; продуманное расположение структур, оказывающих помощь по медицинской реабилитации; наполнение штатных должностей учреждений медицинскими и педагогическими работниками; профессиональная подготовка специалистов реабилитационных подразделений; обеспечение медицинских организаций необходимым оборудованием; использование современных программно-компьютерных технологий; информационное сопровождение.

Дефицит коечного фонда медицинской реабилитации, крайний дефицит амбулаторной и патронажной формы проведения реабилитационной помощи не позволяют в полной мере обеспечить потребность населения города в медицинских услугах по профилю «медицинская реабилитация».

Постановление правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» предусматривает дальнейшее развитие медицинской реабилитации и увеличение ее финансирования: предусмотрено увеличение средних нормативов объема медицинской реабилитации и нормативов финансовых затрат на 1 койко-день по медицинской реабилитации в стационарных условиях.

В целях соблюдения принципов этапности, непрерывности и преемственности при проведении мероприятий медицинской реабилитации, рационального заполнения коечного фонда медицинских организаций в ряде многопрофильных стационаров города Москвы планируется открытие коек медицинской реабилитации.

Предполагается создание комплекса дистанционной реабилитации в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, что позволит повысить



доступность реабилитационной помощи пациентам, ограниченным в передвижении; проводить онлайн-консультации и обучение пациентов и их родственников; проводить онлайн-мониторинг состояния, биометрических данных пациента и контролировать результаты реабилитации, проводимой на дому.

В перспективе возможно создание полнофункционального телемедицинского комплекса, затраты на него оцениваются в 30–50 млн руб.

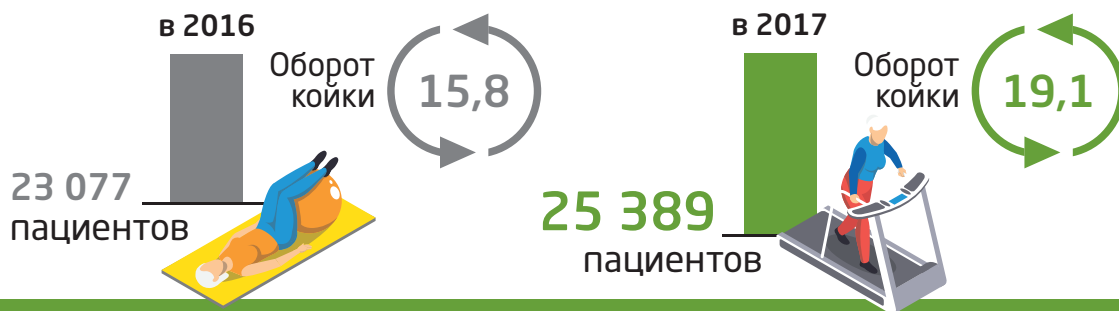
Создание в структуре Международного медицинского кластера (ММК) медицинского реабилитационного центра при участии Ogea GROUPE создаст условия для научно-исследовательских разработок на передовых направлениях и их внедрения в практическую медицину, фармакологию. Помимо лечебного и реабилитационного процесса, здесь будут представлены и образовательные программы для врачей, организован учебный процесс.

Необходимо перенести в российские медицинские центры передовой опыт и регламентированные в развитых странах процессы: улучшение в системах управления потоками, качеством, безопасностью пациента, протоколы лечения.

Создание такого центра в структуре ММК подразумевает не только приглашение специалистов, но и апробирование методик, которые еще не были лицензированы и опробованы в России, хотя уже успешно применяются за рубежом. Все это позволит обеспечить пациентов технологиями, доступными ведущим мировым научно-исследовательским центрам, они смогут обращаться к тем же зарубежным врачам, получать те же лекарства и оборудование, что и за границей.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В МОСКВЕ

Медицинскую реабилитацию по заболеваниям центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматическим заболеваниям прошли:



ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТОИМОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ПО ОПРЕДЕЛЕННОЙ НОЗОЛОГИИ ИЗ СРЕДСТВ ОМС, РУБ.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ



Для пациента

Выздоровление или улучшение общего состояния

Восстановление работоспособности и социальной адаптации

Уменьшение или отказ от зависимости постороннего ухода

Адаптация к новым условиям жизни с минимальными ограничениями, сохранение привычного образа и качества жизни

Сокращение сроков временной нетрудоспособности

Снижение затрат на медицинское обслуживание, в том числе сокращение случаев повторных госпитализаций

Сокращение затрат на оплату больничных листов

Участие в процессе производства, снижение экономических потерь

Предотвращение финансовых расходов на социальное обеспечение (выплаты пенсий по нетрудоспособности, льготы)

Профилактика повторных инфарктов, инсультов и преждевременной смертности

Для экономики



60 122,77



Другие цереброваскулярные болезни.

31 156,19



Отдаленные последствия цереброваскулярной болезни.

28 874,75



Спондилез и связанные с ним состояния. Остеохондроз позвоночника.

24 669,35



Последствия травм нервной системы.

СВЕТЛАНА ВАЛИУЛЛИНА

МЫ СОЗДАЕМ В МОСКВЕ ПОЛНОЦЕННУЮ
ТРЕХЭТАПНУЮ РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

АВТОРЫ: ОКСАНА ПЛИСЕНКОВА, ПЕТР САПОЖНИКОВ

С.А. Валиуллина,
педиатр, организатор
здравоохранения высшей
квалификационной
категории, д.м.н.,
профессор

Если это случилось, задача врачей - как можно быстрее начать лечение и провести максимально полную реабилитацию ребенка, подготовить родителей к тому, что им придется вести новую жизнь с ним, которая будет совершенно отличаться от прежней. О том, как это происходит в Москве, рассказала Светлана Валиуллина, педиатр с многолетним стажем, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ), первый заместитель директора ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ» (НИИ НДХиТ).

- Светлана Альбертовна, в чем особенность детской реабилитации? Как она организована в Москве?

– Детскую и взрослую реабилитацию действительно нужно разделять – то, что показано для взрослых, детям может совершенно не подходить. У детей выше нейропластичность мозга, более выражено спонтанное восстановление. Дети более подвижны, в каждом возрасте у них свои нейропсихологические особенности. Они совершенно по-другому мотивированы и тесно связаны с родителями. В детской реабилитации необходимо строго подобрать то, что ребенку подходит в данное время.

Добавлю, что человека от животного отличает вертикальное положение тела. Оно по-другому ощущает гравитацию. Только в вертикальном положении полноценно функционируют все внутренние системы организма, и, каким бы тяжелым ни было состояние пациента, мы должны как можно быстрее вернуть его в вертикальное положение и дать ему возможность полноценно функционировать. Реабилитологи ведущих центров первоначально интересуются у пациентов, что они хотят получить от реабилитации. Их желание может кардинально отличаться от того, что думает по этому поводу врач. Поскольку основная задача реабилитации – повысить качество жизни пациента, то мы должны понимать, что для него главное. При таком подходе реабилитация протекает более успешно. В отличие от взрослых, в педиатрии мы должны спрашивать мнение как ребенка, так и родителей. Но бесполезно заставлять его делать то, от чего он категорически отказывается.

- Насколько различаются школы отечественной и западной реабилитологии?

– Начнем с того, что в России изначально развивалась физиотерапевтическая школа. Однако российские подходы к физиотерапии отличаются от западных, так как в основном ориентированы на аппаратную физиотерапию и предусматривают пассивное получение пациентом лечения. По современным канонам, реабилитация – это комплексный системный мультидисциплинарный подход с активным участием в реабилитационном процессе самого пациента, а в нашем случае – и родителей. Реабилитация начинается только тогда, когда из-за заболевания или травмы были утрачены те или иные функции организма при наличии реабилитационного потенциала. Соответственно, основная цель реабилитации заключается в восстановлении либо компенсации утраченных функций, чтобы пациент имел желаемый уровень качества жизни. Физиотерапия в российском понимании этого слова является составной частью реабилитационных мероприятий, и несмотря на то, что по международным подходам аппаратная физиотерапия не имеет степени доказательности, ее регулярное применение при разных заболеваниях и травмах показало свою эффективность.

Сегодня в России во всех регионах интенсивно внедряется трехэтапная система реабилитации, утвержден профессиональный стандарт врача-реабилитолога, в ближайшее время будет подписан новый приказ о порядке оказания реабилитационной помощи. Все это позволит еще более четко регламентировать процесс.

- Как это организовано в вашем лечебном учреждении?

– Реабилитация тяжело травмированного ребенка начинается сразу после стабилизации витальных функций еще в реанимации. К этому процессу сразу активно подключают аппаратную физиотерапию, специалистов лечебной физической культуры (ЛФК), массажиста и обязательно психолога, который начинает работать с родителями, сопровождая их на всем протяжении реабилитации. В течение недели родители находятся в состоянии стресса – как это произошло, почему? Ведь травму никто не ждет, трагедия происходит внезапно. Нам нужно как можно быстрее начинать «собирать» пациента и родителей, потому что после полученной травмы близкие находятся в состоянии горя, а для нас важно, чтобы они стали членами реабилитационной команды. Имеется определенная периодизация горя – сначала стресс, шок, потом чувство несогласия, вины не только себя, но и окружения, изоляция. Если пропустить этот период, то через 4 месяца существует угроза развития депрессии и даже распада семьи. Поэтому психолог сопровождает родителей на всех этапах горя, помогает справиться с ним, принять ситуацию, настроить на долговременную реабилитацию.

Когда мы создавали службу нейрореабилитации, то в основу были положены три составляющие: психолого-педагогическая часть, ЛФК и физиотерапия. Жизнь показала, что все они могут существовать только в связке. В результате сформировались служба двигательной и служба когнитивной реабилитации. Но главное, что необходимо, – это помощь родных и близких ребенка. Если родители становятся членами нашей команды, то мы совместно работаем в рамках спонтанного восстановления ребенка и нас ждет успех.

- Все родители охотно идут на контакт?

– Наши педагоги и психологи по отдельности друг от друга провели исследования, и данные получились приблизительно одинаковыми. Более 2/3 родителей – это активно-неконфликтная группа, люди, которым безразлична судьба ребенка, они активно помогают нам в его реабилитации. 6–7% – это пассивно-неконфликтная группа. Они не мешают работать, но и помощи от них особой нет. 7–8% – это активно-конфликтная группа. С момента попадания ребенка в стационар они всем недовольны, им все кажется неправильным. Но самая тяжелая группа – это остальные, конфликтно-латентная группа. Вроде бы слышат врачей, все понимают, идут на



контакт, но в больницу начинает поступать вал писем и проверок из вышестоящих организаций, что говорит о том, что родители абсолютно не доверяют врачам и пытаются заставить их работать «правильно». В этом случае идет моментальное выгорание команды, что никому не приносит пользы. Ведь реабилитация – это очень тонкий процесс. Нужны самые обширные знания, и в команду подключаются все новые и новые специалисты.

- Расскажите об эпидемиологических особенностях черепно-мозговых травм у детей. Какой характер они носят - техногенный, бытовой? Как снизить их число?

– Ежегодно более 3,3 млн получают разные травмы. 450 тыс. из них госпитализируется, 3–5% госпитализированных требуют длительного лечения и многоэтапной реабилитации. В структуре травматизма преобладают бытовые травмы. В отличие от Германии, Австрии, Швейцарии, Великобритании, где большинство составляют дорожно-транспортные травмы. Бытовая травма – это, прежде всего, вина взрослых. Как только приходит теплое время года, начинается массовое падение детей из открытых окон с незакрепленными москитными сетками. У маленьких детей самая тяжелая часть тела – голова, вот они и летят головой вниз, получая тяжелые черепно-мозговые травмы, переломы шеи. У детей раннего возраста часты падения с высоких поверхностей, стягивание на себя незакрепленных тяжелых предметов. У подростков – многочисленные травмы в результате занятий экстремальными видами спорта, селфи на высоких поверхностях и крышах электрочек и т. д. Наше нейрохирургическое отделение порой бывает переполнено такими детьми.

Вторая российская особенность – неимоверный рост травматизма у девочек, хотя у мальчиков за последнее десятилетие он остался практически неизменным. Это говорит о том, что девочки начали вести более активный и даже более агрессивный образ жизни.

Третье: дети получают травмы, находясь с кем-то. Только 11% детей травмируются в одиночку. Как правило, присутствуют либо родители, либо учителя, либо сверстники.

Во многих европейских странах законодательно закреплён

возраст, до которого ребенка нельзя оставлять одного – где-то до 12, где-то до 14 лет. В США, если оказывается, что новорожденный будет жить на 2-м этаже или выше, его не выпишут из роддома, пока на окна не будут поставлены ограничители. А у нас ребенок встает на подоконник, опирается на москитную сетку окна и вместе с ней падает вниз!

- Как идет разработка клинических рекомендаций по организации ранней реабилитационной помощи детям?

– Наши специалисты участвовали в разработке нескольких клинических рекомендаций, которые утверждены Союзом реабилитологов России, их можно найти как на сайте Союза, так и на сайте Минздрава России. Сейчас утверждены методические рекомендации по психолого-педагогической работе с пациентами для медицинских психологов, нейропсихологов, нейропсихиатров, логопедов, педагогов-дефектологов, неврологов. В них говорится о том, что должен делать каждый из них на каждом этапе реабилитации ребенка со сниженным уровнем сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы. Они есть и в электронном виде, и могут стать хорошим подспорьем для врачей. Пока они не переведены в клинические рекомендации, но мы, скорее всего, это сделаем.

Сейчас на очереди разработка клинических рекомендаций по черепно-мозговым травмам. Их первый вариант мы представили на обсуждение в Союз реабилитологов России. Но это очень большая тема, которую, видимо, придется разделить на несколько отдельных рекомендаций. Также готовятся рекомендации по спинальным травмам.

- Как вы считаете, в Москве достаточно отделений и центров детской нейрореабилитации?

– Она прекрасно реализована в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. Спасибо директору центра, главному детскому психиатру Департамента здравоохранения Москвы Марине Беччук, мне очень нравится организация ее службы. Так же прекрасно все поставлено у Татьяны Батышевой, директора Научно-практического центра детской психоневрологии



ДЗМ, главного детского реабилитолога России и главного детского невролога Москвы, но у нее есть только психоневрологические койки, больные с острыми состояниями туда не поступают. В Детской городской клинической больнице св. Владимира есть хорошее загородное отделение травматологии с хорошей реабилитационной базой для пациентов с костно-мышечной патологией. В Филатовской больнице у Антонины Чубаровой развернут 3-й этап реабилитации и койки дневного стационара.

У нас в НИИ работает отдел реабилитации с отделениями двигательной и психолого-педагогической реабилитации. В первом работают физиотерапевты, специалисты ЛФК, кинезитерапевты, массажисты, рефлексотерапевты, педиатры. Во втором – медицинские психологи, нейропсихологи, педагоги-дефектологи, логопеды, нейропсихиатры.

Все сбалансировано: с тяжелыми пациентами работает мультидисциплинарная реабилитационная команда, которая регулярно собирается, ставит цели и задачи по реабилитации каждого ребенка и последовательно их решает. Сначала мы определяем реабилитационный потенциал ребенка. Потом – задачи для каждого специалиста, подбираем методы и средства реабилитации, составляем индивидуальную программу реабилитации, проводим реабилитационные мероприятия, оцениваем их эффективность и снова ставим задачи. Программа зависит от типа повреждения, нарушенных функций, уровня сознания, толерантности к нагрузкам, которую мы оцениваем на каждом этапе. Порой с пациентом с тяжелой травмой работают до 30 врачей.

- Одно из направлений вашей работы - создание «дорожной карты» детей с последствиями тяжелой травмы, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении, в частности, на базе санаториев Южного берега Крыма и Кавказа. Как продвигается эта работа?

– Для детей с тяжелыми травмами выстраивается индивидуальная маршрутизация. Есть пациенты, которые действительно нуждаются в реабилитации в санаториях Краснодарского края, Крыма – там, где есть явная курортная составляющая. С одной стороны, – это дети-инвалиды, для которых выстраивается индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА), и ими занимаются органы социальной защиты. С другой, – мэром и правительством Москвы выделяются значительные средства для реабилитации детей на базе санаториев Черноморского побережья. Мы со своей стороны взяли шефство над детским санаторием им. Н.К. Крупской в Евпатории, подготовили местных специалистов, помогли ему получить лицензию на медицинскую реабилитацию. И многих детей с тяжелыми спинальными, черепно-мозговыми и сочетанными травмами мы отправляем туда.



- Вами организована школа волонтеров по уходу за детьми, нуждающимися в длительной реабилитации. Как она работает?

– Поскольку наши пациенты, как правило, поступают в тяжелом состоянии, как я уже говорила, страдают не только они, но и все их окружение. Поэтому волонтерская помощь нам всем очень нужна. Сначала это были сестры милосердия из расположенной по соседству Марфо-Мариинской обители, потом стали получать помощь от Союза мусульман России. Круг волонтеров постоянно расширяется, конечно, желательно, чтобы это были подготовленные люди, которые могут ухаживать за ребенком, общаться с ним и помочь родителям, освободить немного их времени.

Потом мы решили привлечь школьников, которые хотят стать врачами и ходят в медицинские классы – сейчас они есть в 69 столичных школах. Совместно с Департаментом образования города Москвы нами был разработан проект «Вахта милосердия», в рамках которого школьники приходят к нашим пациентам, читают им книги, играют с ними, помогают за ними ухаживать и проводить с ними реабилитационные мероприятия. Это оказалось очень хорошим начинанием, и ребята выстраиваются в очередь, записываются заранее, чтобы к нам прийти поработать волонтерами.

Очень важно, чтобы мама, находясь с ребенком, была не плачущей, а красивой и цветущей, что невозможно, если она постоянно находится рядом с тяжелобольным ребенком.

Поэтому помощь волонтеров позволяет нам сделать так, чтобы родители хоть немного отдохнули. Мы порой заставляем мам пойти попить кофе, сходить на массаж, в салон красоты – сделать прическу или маникюр, отвлечься от проблем, погулять по Москве.

Я недавно была в Испании, в Институте Гуттманна. Это очень хороший нейрореабилитационный центр с мощной школой волонтерства, и там каждый волонтер проходит подробное тестирование, сдает экзамены – только после этого он допускается к пациентам. Я считаю, что такие школы обязательно надо развивать и у нас.



Татьяна Батышева, главный внештатный детский специалист Минздрава России по медицинской реабилитации, главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ), директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ». О своих маленьких пациентах она неизменно говорит «мои дети», как, наверное, и должен говорить каждый детский врач. Она рассказала «Московской медицине» о том, как организована работа возглавляемого ею центра и особенностях реабилитации детей с неврологическими заболеваниями и аутизмом, как спорт помогает их социализации и как ведется работа с родителями пациентов..

ТАТЬЯНА БАТЫШЕВА: «НЕПРЕРЫВНОСТЬ И СИСТЕМНОСТЬ – ГЛАВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УСПЕХА РЕАБИЛИТАЦИИ»

АВТОР: ОЛЕГ ПЕТРОВСКИЙ

- Татьяна Тимофеевна, в чем уникальность возглавляемого вами центра?

– Это единственное на данный момент учреждение в столице, предоставляющее ребенку с психоневрологическими заболеваниями весь объем современных диагностических, лечебных и реабилитационных методик на одной площадке. К ним относят: консервативные (лекарственные и немедикаментозные) и оперативные («ручные» и высокотехнологичные), психолого-педагогические и прочие медицинские методики.

За более 35 лет работы центра нами был накоплен огромный опыт. В нашей клинике мы проводим комплексное этапное стационарное и амбулаторное восстановительное лечение детей и подростков с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Также в последние годы ведется научная работа по совершенствованию методов диагностики, лечения, физической и социальной адаптации, по внедрению в практику новых методов реабилитации детей с эпилепсией, рассеянным склерозом, расстройствами аутистического спектра.

Клиника оснащена самым современным медицинским оборудованием. Все обследования проводятся с использованием функциональных, нейрофизиологических, ультразвуковых, рентгенологических, биомеханических и лабораторных методов исследований.

Врачи центра регулярно выступают на зарубежных и российских научно-практических конференциях с международным участием.

- Как ведется работа с детскими неврологами, обучение и подготовка кадров?

– В рамках реализации образовательных программ практически еженедельно проводятся неврологические советы, ежеквартально проходят межклубные семинары с участием детских неврологов всей Москвы. На таких площадках поднимаются, освещаются и обсуждаются самые актуальные вопросы клинической и организационной работы специалистов.

Активно ведется научно-практическая и образовательная работа с молодыми специалистами. В процессе обучения участие принимают не только профильные специалисты по неврологии, но и врачи-кардиологи, гастроэнтерологи, пульмонологи, эпилептологи, педиатры и другие – осуществляется междисциплинарный подход.

Также на базе центра уже на протяжении нескольких лет существует клиническая ординатура по специальности «неврология», и такая обучающая площадка действительно уникальна. У наших ординаторов есть исключительная возможность

фактически сразу совмещать изучение теоретической части и практических навыков. Как правило, изучение каждой темы, нового образовательного сегмента мы, как преподаватели, всегда подкрепляем детальным разбором конкретных ситуаций и случаев из реальной жизни.

В нашем центре проходят обучение и стажировку специалисты со всей России и из Европы.



- Расскажите об опыте и перспективах социализации и интеграции детей с ранним детским аутизмом, с особыми образовательными потребностями. Как проходит социализация и реабилитация детей-инвалидов с ментальными нарушениями?

– Реабилитация – это не только медицина. Это всегда комплекс различных направлений помощи, слитых воедино. И достижение значимых результатов в этом процессе напрямую зависит от полноценного применения всех доступных методов. Социализация, психолого-педагогическая составляющая в таком случае так же необходима, как и все остальное. Это ключ к всестороннему развитию ребенка, становлению его как личности. Получая двигательные навыки, ребенок, безусловно, остро нуждается и в поддержке психолога, и в коррекционной работе с логопедом-дефектологом, и в специализированной индивидуальной программе социализации. Дети с аутизмом, расстройством аутистического спектра и другими пограничными состояниями получают такую же комплексную помощь. При диагностике данных нарушений и динамической оценке нашими специалистами используются самые современные шкалы и опросники. Для реабилитации таких больных применяются актуальные и самые результативные на данный момент методики.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

- ✓ Консультирование и экспертиза проектов в сфере управления, организации и экономики здравоохранения
- ✓ Проведение маркетинговых, социологических, демографических и статистических исследований рынка медицинских услуг
- ✓ Повышение качества, доступности и эффективности медицинской помощи
- ✓ Международное сотрудничество



+7 (495) 951-20-54

E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru

Москва, Шарикоподшипниковская, 9

Одним из направлений в реабилитации, активно развивающихся в нашей клинике, является спорт. Несколько лет на базе центра реализуется проект «Москва как стартовая площадка развития паралимпийского спорта», основанный и поддерживаемый мэром Москвы Сергеем Собяниным. В центре создана уникальная лаборатория спортивного прогноза. На основе специальных тестов для каждого ребенка подбирается тот вид спорта, который ему подходит по физиологическим параметрам. На занятиях адаптивными видами спорта создаются условия, при которых, вместе с лечебной физкультурой, мануальным и медикаментозным лечением, ортопедической и психологической коррекцией, заметен стойкий оздоровительный результат даже при непродолжительных сроках.

Адаптивная физическая культура и спорт способствуют не только более полному раскрытию физических возможностей ребенка, но и социальной адаптации. Во время постоянных занятий ребенок получает возможность проявить себя как личность, найти новых друзей.

Пара-каратэ, следж-хоккей, футбол, армрестлинг, фехтование, бадминтон – это лишь часть того, чем сегодня занимаются наши дети, достигая невероятных результатов.

- В чем заключается современный подход к реабилитации детей и подростков с поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата?

– Часто мы имеем дело с полиорганными заболеваниями у детей. Поэтому, в первую очередь, это мультидисциплинарный подход, когда необходима комплексная медицинская помощь. И это действительно уникально, когда с ребенком одновременно работают невролог, физиотерапевт, врач ЛФК, ортопед, логопед, дефектолог, психолог; когда есть возможность в кратчайшие сроки организовать консилиум с привлечением педиатра, эпидемиолога, уролога, нейрохирурга, психиатра, офтальмолога и других специалистов. Также нельзя не сказать о необходимых диагностических методиках. У нас есть современное оборудование для компьютерной и магнитно-резонансной томографии, есть возможность проведения электроэнцефалографии с длительным видеомониторингом. Очень важна в такой ситуации работа психолого-педагогической службы, представленной в нашем центре в полном объеме. Ее деятельность, прежде всего, направлена на развитие творческих способностей малышей.

Мультидисциплинарный подход в целом позволяет составить план реабилитации каждого ребенка с учетом его индивидуальных возможностей и в дальнейшем корректировать его во времени, принимая во внимание рост и развитие малыша, результаты назначенных процедур и медикаментозной терапии.

Также очень важно, что методы лечения в каждом случае

подбираются на основе индивидуальных особенностей ребенка. Учитываются возраст, ведущий патологический симптом в двигательной сфере, степень двигательных нарушений, наличие осложнений основного патологического состояния и сопутствующих заболеваний. При подборе индивидуальной программы реабилитации необходимо помнить, что основной целью восстановительного лечения ребенка с детским церебральным параличом (ДЦП) является его адекватная социальная адаптация, которая, помимо двигательной функции, предполагает наличие коммуникативных навыков, интеграции в среду сверстников, получение образования и профессии. Поэтому среди восстановительных мероприятий у пациента с ДЦП обязательно должны присутствовать методы социальной и педагогической реабилитации. Такие, например, как арт-терапия, трудотерапия и, конечно, спорт.

- Насколько важно раннее начало реабилитации детей с неврологическими и психическими заболеваниями? Насколько более она успешна по сравнению с реабилитацией взрослых?

– В основе хорошего результата реабилитации всегда лежит целый ряд факторов. И одним из ключевых выступает время ее начала. Очень важно проводить реабилитационные мероприятия с максимально раннего возраста малыша. К нам в клинику поступают маленькие пациенты, начиная с третьих суток после появления на свет. Эти первые дни и недели можно назвать «золотыми»: то, что сделано в этот период, иногда не могут заменить годы постоянной работы. Так, например, нейропластичность мозга ребенка в первый год жизни уникальна. Возможности мозга в части восстановления в этот период чрезвычайно высоки, а значит, и шансы на успех многократно возрастают! Важным условием появления стабильного улучшения в любом возрасте является соблюдение сроков курсового

лечения. Часто, увидев положительную динамику, родители не считают нужным продолжать активную реабилитацию в надежде на то, что «все наладится само». И это серьезная ошибка. Конечно, объемный блок работы должен проводиться и дома, но при постоянном дистанционном контроле специалистов. Непрерывность и

системность – главные принципы любого лечения. При правильном и регулярном выполнении рекомендаций специалистов по реабилитации часто мы можем говорить о практически 100% положительном результате.

- Насколько родители ваших пациентов вовлечены в процесс реабилитации, проводите ли вы с ними тренинги, как им себя вести в больнице, дома, на отдыхе? Как организован постреабилитационный процесс этих детей?

– Родители – это всегда часть команды по реабилитации. Настоящий успех приходит только тогда, когда семья малыша и врачи идут рука об руку. На родительских плечах всегда лежит огромная доля всей работы. Не ошибусь, если скажу, что большую часть времени с ребенком обычно проводит мама. Она рядом всегда. Мы, с профессиональной стороны, стараемся делать максимально много, но без близкого человека, без

родного сердца рядом результат будет иным. Тепло маминых рук, ее забота, ее любовь – лучшее лекарство для любого малыша.

В клинике в рамках работы с родителями проводятся регулярные встречи, на которых каждый может задать интересующий его вопрос и получить квалифицированную помощь. С родителями регулярно работают психологи, психотерапевты, даже проводятся занятия йогой, способствующие стабилизации психоэмоционального состояния взрослого. Ведь от этого напрямую зависит и психоэмоциональное состояние наших маленьких пациентов.

Научно-практический центр детской психоневрологии

Единственное в России лечебное учреждение, проводящее комплексное этапное амбулаторное и стационарное восстановительное лечение детей и подростков с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Центр был построен по специальному проекту для детей-инвалидов, и оснащен современным оборудованием. Накоплен богатый опыт лечения и реабилитации пациентов с ДЦП, врожденными и приобретенными заболеваниями центральной и периферической нервной системы, позвоночника и грудной клетки, деформациями конечностей, контрактурами суставов. Ведется научно-практическая работа по внедрению в практику новых методов реабилитации детей с эпилепсией, рассеянным склерозом, расстройствами аутистического спектра.

НИКОЛАЙ ШАМАЛОВ

«МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, У КОТОРЫХ СЛУЧИЛСЯ ИНСУЛЬТ, ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 2 СУТОК ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Н.А. Шамалов,
и.о. директора ФГБУ
«Федеральный центр
цереброваскулярной
патологии и инсульта»
Минздрава России, д.м.н.

Главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы Николай Шамалов - о разнообразии видов и методов лечения и реабилитации больных, перенесших ишемический или геморрагический инсульт.

- Николай Анатольевич, как после начала проведения тромбэкстракций в Москве изменилась статистика по реабилитации больных инсультом?

– Тромбэкстракция – это методика, которая показана не всем пациентам с ишемическим инсультом, а только тем, у кого он обусловлен закупоркой самых крупных артерий головного мозга. Соответственно, эта методика

направлена на снижение летальности только таких пациентов. В соответствии с приказом ДЗМ, который регулирует маршрутизацию пациентов на второй этап медицинской реабилитации, в МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, которым руководит Ирэна Владимировна Погонченкова, направляются около 20% больных после выписки из острых инсультных отделений. Два года назад этот показатель был существенно ниже – около 5–7%.

– Какая часть таких пациентов после тромбэкстракции и реабилитации могут вернуться к нормальной жизни – той, которую они вели до инсульта?

– Исходно это очень тяжелые пациенты. Об их функциональном восстановлении мы судим по так называемой модифицированной шкале Рэнкина, которая применяется в неврологии для оценки функционального восстановления пациентов. Для больных, которым была проведена тромбэкстракция, 0–2 балла по этой шкале означают, что или вообще никаких последствий не осталось, или остались минимальные симптомы, которые практически не препятствуют обычной жизнедеятельности. После выполнения процедуры тромбэкстракции 33% пациентов с 0–2 баллами по шкале Рэнкина выписываются из стационара, соответственно, если бы им данная процедура не выполнялась, этот показатель был бы существенно меньше – 15–20%.

– В чем заключается тактика ведения реабилитации пациентов, у которых случился геморрагический инсульт? Таким больным необходим особый восстановительный период?

– Реабилитация при геморрагическом инсульте примерно такая же, как и при ишемическом, она зависит не от диагноза, а от повреждения, от того, какой функциональный дефицит имеется у пациента. Это могут быть частичные или полные параличи конечностей, нарушения чувствительности, речевые нарушения, нарушения других когнитивных функций – памяти, внимания, мышления и т. д. По этим симптомам пациенты с ишемическим и геморрагическим инсультами схожи. Отличаются только методы лечения, для больных ишемическим инсультом – это тромбэкстракция и тромболизис, для тех, у кого произошел геморрагический инсульт, – это или нейрохирургическая операция, которая выполняется в 10–15% случаев, или консервативное лечение.

– В чем заключаются общие методы реабилитации пациентов, которые перенесли инсульт?

– Медицинская реабилитация пациентов, у которых случился инсульт, должна начинаться в течение первых 2 суток от начала заболевания в отделении нейрореанимации. Реабилитация каждого пациента индивидуальна и зависит от того, насколько выражен его функциональный дефицит, каков возраст, от наличия сопутствующих заболеваний и т. д. Поэтому она включает совершенно разные методы, способы, подходы и методики. Мероприятия могут быть весьма ограниченными, если невелики реабилитационные возможности и способности больного, и он не может выполнять большой объем нагрузок. Тогда ему будет достаточно 30–40 минут в день каких-то несложных упражнений. Пациенту с незначительным инсультом будут назначены реабилитационные мероприятия в более полном объеме. Помимо вертикализации, это занятия с логопедом и медицинским психологом. Это самые разные методики лечебной физкультуры, в том числе, кинезотерапия – существует огромное число ее разновидностей.

– Как организован третий этап медицинской реабилитации пациентов, которые перенесли инсульт?

– Третий этап включает в себя реабилитацию в амбулаторных условиях. Это поликлиники, дневные стационары, санаторно-курортное лечение. Есть еще такая форма, как выездные реабилитационные бригады, которые могут заниматься с пациентами на дому. Появилась телереабилитация, когда какие-то упражнения пациент может делать дома под контролем медицинского работника с помощью телекоммуникационных средств связи.

– Как вы инструктируете родственников больных, рассказываете, что и как нужно делать дальше, когда пациент вернется домой?

– Работа с родственниками ведется как по линии профессиональных медицинских сообществ, так и со стороны пациентских организаций, в числе которых можно выделить Общество родственников больных инсультом. Для родственников проводятся различные школы, где объясняется, в чем суть заболевания, как ухаживать за пациентом, как подготовиться к приему дома, как создать определенную среду для этого пациента. Это беседы и занятия родственников с психологом, ведь им придется во многом перестроить свою жизнь.



ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА

«МЫ СТАРАЕМСЯ КАК
МОЖНО БЫСТРЕЕ
ВЫПОЛНИТЬ ОПЕРАЦИЮ
ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ
КРОВОТОКА В
КОРОНАРНЫХ
АРТЕРИЯХ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Е.Ю. Васильева,
главный врач ГБУЗ «Городская
клиническая больница
им. И.В. Давыдовского ДЗМ»,
руководитель лаборатории
атеротромбоза Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И. Евдокимова, д.м.н.,
профессор

Главный внештатный специалист кардиолог
Департамента здравоохранения города Москвы
Елена Васильева рассказала «Московской
медицине» о том, как за последние десятилетия
изменились подходы к лечению и реабилитации
больных сердечно-сосудистыми заболеваниями,
прежде всего, инфарктом миокарда.

**- Елена Юрьевна, что изменилось в последние
годы в лечении и реабилитации больных сер-
дечно-сосудистыми заболеваниями?**

- Я всю жизнь проработала в кардиологии. И за это время
лечение и реабилитация больных значительно изменились.
Прежде всего, касается это пациентов, которые перенесли

инфаркт миокарда. Когда только начинала работать, боль-
ные лежали по 25–30 дней в кровати, лишь через несколько
дней пациентам разрешалось присаживаться, свешивать
ноги с кровати и т. д. Потом начинался длительный процесс
реабилитации. Идея была в том, что покой дает заруbbe-
ваться миокарду и тем самым уменьшить риск его разрыва.

- Насколько был оправдан такой подход?

– Это было мало оправданно. Но в те времена не было таких эффективных способов лечения больных инфарктом миокарда, которые существуют сейчас. В настоящее время мы стараемся как можно быстрее выполнить операцию по восстановлению кровотока в коронарных артериях. Поэтому все меньше и меньше мы видим «огромные» инфаркты, которые приводят к разрыву миокарда. Гораздо меньше стало и послеинфарктных жизнеугрожающих аритмий, которые при быстро выполненной операции не успевают развиться. Раньше также считалось, что нужен покой, чтобы их не спровоцировать. Практически мы не видим сейчас тромбоэмболий как осложнений инфаркта миокарда, раньше их было гораздо больше, поскольку они также были обусловлены длительным постельным режимом.

В настоящее время восстановительного лечения после успешно выполненной реваскуляризации уже не нужно. При неосложненном остром инфаркте миокарда, как правило, уже на 2-3 сутки пациент ходит по отделению, и реабилитация в том, старом варианте ему не нужна.

В старом понимании реабилитация нужна пациентам после «больших» операций на открытом сердце – аортокоронарного шунтирования, замены сердечных клапанов и т. д. Таким пациентам нужно просто физическое восстановление, и оно требует какого-то времени. Это, пожалуй, единственная категория кардиологических больных, которым желательно санаторно-курортное лечение.

- То есть после лечения больного инфарктом миокарда с помощью стентирования он может возвращаться к своему привычному образу жизни? Или он должен сделать шаги для того, чтобы у него не случилось повторного инфаркта миокарда?

– Главными факторами риска являются курение, недостаточная физическая активность и неправильное питание. Поэтому пациенту необходимо будет поменять свою парадигму питания и поведения. Лечащему врачу надо убедить его, что здоровый образ жизни после перенесенного инфаркта миокарда – обязательное условие, а не прихоть. Хорошо, если пациент принимает эту концепцию, не впадает в депрессию и активно вступает в новую жизнь.

Нередко, как это ни парадоксально, больные, перенесшие инфаркт миокарда, становятся здоровее, чем до него. Они прооперированы, у них не осталось стенозов в коронарных артериях, и они начинают вести здоровый образ жизни, что нередко дает им лучший прогноз, чем у людей, у которых не было инфаркта миокарда, но есть

стенозы, избыточный вес, которые курят, едят жирную пищу и ведут малоподвижный образ жизни.

Реабилитация, которую мы сейчас стараемся организовать, – это правильная борьба с факторами риска и дозированные физические нагрузки для пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Сейчас в поликлиниках создаются кабинеты, где пациент может позаниматься, получить физическую нагрузку под контролем медицинских работников. Так или иначе все больные, перенесшие инфаркт миокарда, в течение года наблюдаются в кабинетах вторичной профилактики инфарктов миокарда и инсультов. И там же врачи следят, чтобы больные получали все необходимые препараты для профилактики повторного развития инфаркта миокарда – дезагреганты, препараты, снижающие уровень холестерина в крови и т. д. Очень важен контроль за артериальным давлением, регулярные аэробные нагрузки. Все это в комплексе и составляет профилактику повторного инфаркта миокарда.

- Вы говорите, что убедить пациента в необходимости здорового образа жизни должен врач. Как он может это сделать? Какие пациенты являются наиболее приверженными к такому переходу?

– Врачу действительно важно найти правильные слова. Чтобы пациент почувствовал вкус и перспективу. Как правило, очень хорошо перестраиваются деловые активные люди, которые раньше не занимались своим здоровьем, а создавали бизнес и делали карьеру. Они быстро начинают понимать, что то, что с ними случилось, – это еще одно дело в их жизни. Они как бы записывают в свой календарь: проверить уровень холестерина, исключить потребление нездоровой пищи, принимать лекарства. Они начинают так же увлеченно бороться со своей болезнью, как и решать другие задачи.

Сложнее с пассивными людьми, они нередко впадают в депрессию после перенесенного инфаркта миокарда. И от них не добьешься правильного питания и ежедневных физических нагрузок, пока они не выведены из этого состояния. Иногда в этом виноваты сами врачи – всего несколько неверных слов могут загнать человека в уныние. Например, очень аккуратно нужно отвечать на вопросы о сексуальной жизни после инфаркта миокарда. Пациенты часто интересуются этим и спрашивают, когда им можно возобновить половую жизнь? Правильный ответ: «Сразу после выписки из стационара, если есть такая потребность». А нередко врачи начинают говорить: «Потерпите хотя бы месяц» или «Пожалуйста, с осторожностью», что загоняет людей в депрессию. Я обычно даю еще один совет: «В ближайшее время не заводите новых партнеров».



Е.А. Брюн,
заслуженный врач РФ,
член Общественной палаты
РФ (комиссия по здоровью
нации, развитию спорта
и туризма), д.м.н., профессор.

ЕВГЕНИЙ БРЮН

«РЕАБИЛИТАЦИЯ – МИР ЗДОРОВЬЯ И ОБНОВЛЕНИЯ»

Об изменениях в работе наркологической службы Москвы, ключевых способах реабилитации пациентов рассказал директор ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», главный психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн.

Основные подходы к выздоровлению наркозависимых пациентов

Говоря о реабилитации в современной наркологии и психиатрии, основное, к чему мы стремимся, – это дестигматизация и социализация наркозависимых пациентов. В этом направлении сейчас сосредоточены вся философия и этика наркологической помощи. Нам, врачам, тоже не лишним будет иногда еще раз подумать о том, что человек, избавляясь от физической зависимости, по-прежнему ощущает внутреннюю пустоту, вакуум, который нужно заполнить. Заполнить новыми, ясными смыслами, правильными установками. Иначе все проведенное лечение пройдет зря: возвращаясь в свою среду, человек вновь погрузится в токсичность, из которой ему и так нелегко было выбраться.

По статистике, среди пациентов, которые ограничились только медикаментозной помощью, выздоравливают всего 1–5% пациентов; число выздоровевших увеличивается до 18%, если пациенты прибегают к помощи психиатров-наркологов; до 28–30% возрастает шанс полностью отказаться от алкоголя и наркотиков у людей, которые параллельно занимались с психотерапевтами и медицинскими психологами в амбулаторных реабилитационных программах. И наконец, 48% пациентов сохраняют годовую ремиссию при прохождении полного курса, который включает в себя стационарное лечение, реабилитацию, постлечебную программу и сопровождение группами самопомощи «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы». Разница очевидна. Сейчас мы уходим от «репрессивной» стратегии профилактики наркозависимости. Современная концепция оказания наркологической помощи предполагает добровольное участие пациентов в реабилитационных программах. Человек должен прийти к этому решению осознанно, без принуждения. Мировой и отечественный опыт свидетельствует, что именно такой подход дает высокий шанс на полное выздоровление, физическое и духовное. Главный прогностический фактор формирования ремиссии – это установка пациента на отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ).

18% ИЗЛЕЧИВАЮТСЯ ОТ ЗАВИСИМОСТИ, ЕСЛИ ПРИБЕГАЮТ К ПОМОЩИ ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

1–5% ПАЦИЕНТОВ ВЫЗДОРАВЛИВАЮТ, ЕСЛИ ИХ ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧИЛОСЬ ТОЛЬКО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩЬЮ

Что изменилось в структуре наркологической помощи Москвы

На первом этапе реорганизации были объединены все наркологические диспансеры (филиалы «МНПЦ наркологии») в единое учреждение. Затем – все стационары (клинические филиалы «МНПЦ наркологии»). Сейчас – оптимизируем коечный фонд.

Сегодня в каждом административном округе Москвы есть свой амбулаторный наркологический диспансер. Врач на месте решает, лечить пациента амбулаторно или направить в стационар. Развитие наркологической помощи позволяет нам увеличить поток пациентов в амбулаторную сеть и уменьшить стационарную часть этой работы за счет улучшения лечебно-реабилитационных технологий. Нам очень помогают в этой работе волонтерские пациентские организации, например, «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы».

20 января 2015 г. в Москве заработала амбулаторная постреабилитационная программа «Возвращение». Она была создана для лиц, прошедших длительную медико-социальную реабилитацию в загородном реабилитационном центре. За первый год работы она подтвердила эффективность своей работы на базе филиала № 8 МНПЦ наркологии (ул. Кастанаевская, 26). На конец 2015 г. программу прошли 90 человек. Среди обратившихся к нам пациентов преобладают наркозависимые – 79% и соответственно 21% пациентов с диагнозом «хронический алкоголизм».

11 января 2016 г. была организована вторая площадка амбулаторной программы на базе филиала № 9 МНПЦ наркологии (проспект Маршала Жукова, 64, корп. 2), а 1 июля 2016 г. начала свою работу третья площадка на базе филиала № 4 (ул. 16-я Парковая, 13). В 2016 г. лечение получили уже 188 человек – 40 обратились с проблемой хронического алкоголизма и 148 – с проблемой наркозависимости.

В 2017 г. заработала четвертая площадка на базе филиала № 6 (Москва, 2-й Автозаводский проезд, 4). В 2017 г. была открыта детская амбулаторная программа «Новый шаг» на базе Центра профилактики зависимого поведения, расположенного по адресу: ул. Остоженка, 53А.

Благодаря объединению площадок были выработаны единый механизм перевода пациентов в отделения медико-социальной реабилитации филиалов № 4, 6, 8 и 9 из реабилитационного центра МНПЦ наркологии, а также алгоритм переводов внутри постреабилитационного пространства, согласно периодам лечебно-реабилитационного процесса и индивидуальной реабилитационной программе пациента.

Задача программы «Возвращение» – образование и волонтерство

Наша цель – не оградить пациентов от общества, а, напротив, вернуть их в семью, на работу и учебу, вновь сделать их активными членами общества. Дополнительно на пути выздоровления мы предлагаем вчерашним пациентам посещать профориентационные занятия. Например, в Центре труда и занятости ЮВАО Москвы специалисты тестируют участников программы, помогают составлять анкеты, проводят профориентацию и практическую подготовку к беседе с потенциальными работодателями. В этих целях между Центром занятости молодежи Москвы и МНПЦ наркологии подписано соглашение о сотрудничестве. Кроме того, с декабря 2016 г. специалисты Центра занятости молодежи Москвы проводят выездные мероприятия в филиале № 4. Пациенты, прошедшие реабилитационную программу «Возвращение», активно участвуют в волонтерском движении. На сегодня 52 пациента оказывают волонтерскую помощь в программе детской реабилитации «Квартал». 83 человека помогают медицинскому персоналу клинического филиала № 1 МНПЦ наркологии. Еще 10 пациентов работают в центре социальной адаптации.

В 2018 г. мы объединили все четыре площадки, создав единую социально-психологическую службу, которая

28–30% ПАЦИЕНТОВ ПОЛНОСТЬЮ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ, ЕСЛИ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЗАНИМАЛИСЬ С ПСИХОТЕРАПЕВТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ПСИХОЛОГАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ

48% ПАЦИЕНТОВ СОХРАНЯЮТ ГОДОВУЮ РЕМИССИЮ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПОЛНОГО КУРСА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО В СЕБЯ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПОСТЛЕЧЕБНУЮ ПРОГРАММУ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ГРУППАМИ САМОПОМОЩИ «АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ» И «АНОНИМНЫЕ НАРКОМАНЫ»

работает с 16 июля и расположена по адресу: ул. Высокая, 12.

Идеи по развитию программы «Возвращение»

Мы собираемся создать общегородскую телефонную «горячую линию» с диспетчерской функцией и кабинет анонимного консультирования по вопросам зависимости и созависимости, единое терапевтическое пространство, наполненное лечебной субкультурой, арт-терапией, досуговыми и спортивными мероприятиями, а также тренингами на природе и занятиями по йоге. Создать единое централизованное волонтерское движение. Разработать различные программы для пациентов с разным уровнем мотивации на лечение и разным уровнем реабилитационного потенциала.

Также в наших планах – создание образовательного центра по нескольким направлениям:

- школа волонтера и социального работника;
- курс профориентации для студентов профильных вузов;
- курс профилактики эмоционального выгорания для сотрудников МНПЦ наркологии.

Современные методы реабилитации наркозависимых пациентов

Главная задача психологической помощи – изменение поведения, самооценки и мировоззрения пациентов с зависимостью от ПАВ. Для этого каждому из них создается индивидуальная программа реабилитации, и, без сомнения, сегодня – это один из наиболее эффективных способов выздоровления. Индивидуальный комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий

включает разные виды, объемы, сроки и порядок реализации психологических, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. Такая программа реабилитации согласовывается с пациентом. А это, в свою очередь, позволяет значительно усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность за ее реализацию самим пациентом.

Каждый этап любой индивидуальной программы и вид реабилитационных услуг ориентированы на конкретную реальную достижимую цель, о которой пациент знает и к достижению которой стремится вместе с врачом. Наша задача – помочь пациентам с наркотической зависимостью преодолеть кризисы повседневной жизни, сформировать новый стиль жизни без зависимости от ПАВ, научиться понимать свои ценности на новом, более высоком уровне.

Индивидуальная программа составляется врачами и психологами на основании клинических и социальных особенностей пациента. Специалисты реабилитационной бригады формируют конкретные средства и методы медико-социальной реабилитации (подходов, методов и техник медикаментозного/немедикаментозного (психотерапевтического) лечения) для комплексного физического, психологического и социального восстановления человека с зависимостью от ПАВ.

Для пациентов с индивидуальной реабилитационной программой срок пребывания в МНПЦ наркологии составляет в среднем 3–4 месяца. Психосоциальная реабилитация включает три основных этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный.

Самый сложный для пациента первый, адаптационный период. Несомненно, привыкать к определенным правилам, «включаться» в режим, соблюдать распорядок дня непросто. Но пройти этот этап критически важно. Иногда люди, добровольно пришедшие на реабилитацию, не выдерживают, уезжают из центра. Но большинство из них со временем возвращаются.

Психотерапия, которая используется в реабилитации, направлена на пробуждение эмоций, которые помогут переосмыслить новые жизненные потребности. Ежедневно проходят занятия в терапевтических группах, которые дают опыт правильных взаимоотношений с собой и миром. По нашей статистике, практически все наши пациенты – из дисфункциональных семей, и в центре многие из них впервые учатся общаться с окружающими, делиться своими переживаниями и проблемами. Им помогают волонтеры – наши выпускники, которые уже прошли курс реабилитации. Это, кстати, отдельный

стимул для выздоровления – получить совет и поддержку от того, кто недавно был в таком же положении.

На этапе прохождения постлечебной программы у пациентов есть возможность опробовать освоенные ими способы коммуникации с привычным окружением, эмоциональные и когнитивные паттерны, поведенческие модели. На этом этапе основным моментом является формирование устойчивой ремиссии. Программа предусматривает индивидуальное и групповое психологическое консультирование, групповые и индивидуальные противорецидивные тренинги.

Пациенты, прошедшие полный курс реабилитации, не должны употреблять ПАВ как минимум в течение 3 месяцев, войти в семейную и социальную среду, овладеть новыми для себя либо забытыми приемами межличностного общения, эмоционального реагирования, навыками решения возможных конфликтов, освоить модель трезвого поведения, установить новые социальные связи, не связанные с употреблением ПАВ. Они должны регулярно, лучше ежедневно, посещать группы самопомощи «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы», работать со спонсором по программе «12 шагов», активно участвовать в противорецидивной программе.

Как правило, к окончанию этапа постлечебной программы пациент готовит вместе с психологом развернутый план поддерживающей терапии с учетом обнаруженных в процессе лечения психологических проблем. Цель программы – вернуть человека в общество самодостаточным, полноценным его участником с длительной пожизненной ремиссией, способного к созидательному труду и самофинансированию.

В рамках реабилитации мы также вносим элементы дополнительного образования. Например, у пациентов есть возможность получить дополнительные знания:

- по концепции болезни и выздоровления;
- аспектам семейного образования;
- философии духовности;
- антистрессовой программе;
- профилактике инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ и т.д.).

**МНПЦ НАРКОЛОГИИ СОЗДАЛ ЕДИНУЮ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ
СЛУЖБУ, КОТОРАЯ РАСПОЛОЖЕНА ПО
АДРЕСУ УЛ. ВЫСОКАЯ, 12**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



НАУЧНЫЕ ПРОЕКТЫ

- ✓ Планирование и реализация научных программ в области здравоохранения
- ✓ Разработка организационных, медико-социальных предложений, направленных на охрану, повышение уровня качества жизни и общественного здоровья
- ✓ Организация и проведение конференций и конгрессов с присвоением кредитов непрерывного медицинского образования
- ✓ Экспертная оценка эффективности деятельности медицинских организаций
- ✓ Разработка комплексных образовательных программ в области медицины и здравоохранения по социологии, демографии, лекарственному менеджменту, изучению иностранных языко



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niiozmm@zdrav.mos.ru
www.niioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

Польза образовательных программ очевидна – мы меняем отношение пациентов к употреблению ПАВ и формированию представления об этом процессе как о патологическом влечении.

В заключение хочу подытожить: реабилитационное пространство – это мир здоровья и обновления. В реабилитации чрезвычайно важно предоставить пациенту все для полноценного развития личности. Многим зависимым от ПАВ, у которых наркозависимость и алкозависимость развились в раннем возрасте, требуется не столько реабилитация, а, по сути, выстраивание личности, взросление, приобретение социального опыта, адаптация к нормальной жизни. Мы констатируем тот факт, что у многих больных наркологического профиля нет навыков нормального взаимодействия с миром и окружающими. Именно поэтому так необходимы все составляющие: и реабилитационная программа, и труд, и обучение, и искусство, и возможность духовного роста.

Результатами полнейшей реабилитации наркозависимых принято считать:

- вытеснение наркотика/алкоголя из системы ценностей индивида, формирование новых ценностных ориентиров;
- возвращение в социум самодостаточного, полноценного человека с пожизненной ремиссией, способного к созидательному труду;
- развитие навыков самостоятельной жизни в социуме и социально приемлемых моделей поведения у химически зависимых лиц;
- содействие становлению индивидуальности и развитию личностного потенциала;
- развитие способностей и формирование личностных целей;
- формирование стойкого негативного отношения к объекту зависимости;
- приобретение трудовых навыков, повышение физической активности;
- восстановление семейных отношений;
- формирование личностных убеждений;
- раскрытие творческого потенциала;
- возрождение морально-этических, духовно-нравственных ценностей;
- нейтрализация негативных изменений личности, вызванных употреблением ПАВ;
- закрепление навыка системной занятости, формирование ответственности;
- ведение здорового образа жизни;
- развитие навыков преодоления проявлений болезни, отталкиваясь от опыта других химически зависимых людей.



Людвиг Гуттман и королева Елизавета II на Паралимпийских играх 1960 г.

ЛЮДВИГ ГУТТМАН ЧЕЛОВЕК, СОЗДАВШИЙ ПАРАЛИМПИАДУ

Основателем паралимпийского движения считается врач-нейрохирург сэр Людвиг Гуттман (03.07.1899–18.03.1980), который в 1939 г. был вынужден эмигрировать с семьей в Великобританию из нацистской Германии. Именно благодаря его усилиям в 1960 г. в Риме прошли соревнования, которые принято считать первыми Паралимпийскими играми.

В 1943 г. правительство Великобритании поручило Людвигу Гуттману создать в Сток-Мандевильском госпитале (Центральная Англия) центр для реабилитации ветеранов Второй мировой войны с тяжелыми спинальными травмами. Поскольку основным контингентом были молодые военнослужащие, врач взял за основу реабилитации спорт и состязательность как средство дополнительной мотивации. В 1948 г. он учредил Сток-Мандевильские игры для инвалидов-колясочников, которые прошли одновременно с летними Олимпийскими играми в Великобритании (они были первыми после 12-летнего перерыва, вызванного Второй мировой войной).

Движение скоро стало международным, и в 1960 году в Риме, спустя несколько недель после летних Олимпийских игр, прошли 9-е международные Сток-Мандевильские игры, в которых участвовали более 400 спортсменов из 23 стран. Сейчас эти соревнования считаются первыми Паралимпийскими играми. 15 февраля 1966 года Людвиг Гуттман был произведен королевой Елизаветой II в рыцари «за помощь страдающим паралимпией».

ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. СПЕЦИАЛИСТ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1 октября 2018 г. вступил в силу профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации», утвержденный приказом Минтруда России от 03.09.2018 № 572н (зарегистрировано в Минюсте России 17.09.2018 г. № 52162), далее - профессиональный стандарт.



Т.И. Курносова,
заместитель директора
ГБУ «Центр клинических
исследований и оценки
медицинских технологий
ДЗМ»

Что такое профессиональный стандарт?

Понятия «квалификация работника» и «профессиональный стандарт» определены в ст. 195.1 Трудового кодекса Российской Федерации. Согласно указанной статье, квалификация работника – это уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника. А в свою очередь, профессиональный стандарт – это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности.

Приказ Минтруда России от 12.04.2013 № 147н «Об утверждении Макета профессионального стандарта» (в ред. от 29.09.2014) устанавливает структуру профессионального стандарта. Основное, на что необходимо обращать внимание в стандарте, – какие обобщенные функции выделены в нем, какой квалификационный уровень установлен по этим функциям, какие трудовые функции и действия должен выполнять работник в рамках своей профессиональной сферы деятельности, какими знаниями и умениями он должен обладать. И самое главное для всех работодателей – как может называться должность, по которой работник будет выполнять эти функции, какое он должен иметь образование и опыт работы.

Обязательны ли профстандарты для применения?

Согласно ч. 2 абз. 2 ст. 57 ТК РФ, если в соответствии с Трудовым кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных

стандартов. Таким образом, работодатель любой формы собственности обязан использовать наименование должности из профессиональных стандартов, если законодательно по этим позициям есть льготы, компенсации и ограничения, в том числе квалификационные. Поэтому применение профессионального стандарта для работодателей любой формы собственности также является обязательным исходя из определения термина «профессиональный стандарт», приведенного в ст. 195.1 ТК РФ. Сферы применения работодателем профессиональных стандартов определены в Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 (в ред. от 23.09.2014).

Правовые основы медицинской реабилитации

Услуга «медицинская реабилитация» присутствует в Положении о лицензировании медицинской деятельности (ПП РФ от 16.04.2012 № 291), виды и условия медицинской помощи по медицинской реабилитации определены приказом Минздрава России от 11.03.2013 № 121н. Также по вопросам организации медицинской реабилитации действует соответствующий приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (зарегистрирован в Минюсте России 22.02.2013 № 27276), а большинство медицинских услуг в данной области включено в Номенклатуру медицинских услуг (приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н). Кроме того, должность врача по медицинской реабилитации предусмотрена Номенклатурой должностей медицинских работников, утвержденной приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н.

Несмотря на это, «медицинская реабилитация» отсутствует в Номенклатуре специальностей, утвержденной приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (далее – Номенклатура № 700н). Кроме того, к данной специальности не установлены квалификационные требования (приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н, далее – приказ 707н, приказ Минздравсоцразвития от 23.07.2010 № 541н). В свою очередь, должность врача физической и реабилитационной медицины не фигурирует ни в одном

из перечисленных нормативных актов. Таким образом, на сегодняшний день правовой статус врача по медицинской реабилитации (врача физической и реабилитационной медицины) недостаточно урегулирован на законодательном уровне.

На кого распространяется профессиональный стандарт «Специалист по медицинской реабилитации»?

Обобщенной трудовой функцией является: проведение медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, при заболеваниях и (или) состояниях.

Профессиональный стандарт предусматривает 4 обобщенные трудовые функции в области медицинской реабилитации, для каждой из которых предусмотрена соответствующая должность, и устанавливает требования к квалификации, знаниям и обязанности (трудовые функции) по должностям врача по медицинской реабилитации, врача физической и реабилитационной медицины, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта и врача по лечебной физкультуре.

Чем занимается специалист по медицинской реабилитации?

Основная цель деятельности врача по медицинской реабилитации – это профилактика, диагностика нарушений функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности вследствие заболеваний и (или) состояний и медицинская реабилитация пациентов с указанными ограничениями и нарушениями в процессе оказания медицинской помощи.

Что должен уметь специалист по медицинской реабилитации?

Согласно профессиональному стандарту, к трудовым функциям специалиста по медицинской реабилитации относятся: проведение медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека, применение физиотерапии, применение рефлексотерапии, применение лечебной физкультуры.

№	Наименование обобщенной трудовой функции	Должности
1	Проведение медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, при заболеваниях и (или) состояниях	<ul style="list-style-type: none"> • Врач физической и реабилитационной медицины • Врач по медицинской реабилитации
2	Применение физиотерапии при заболеваниях и (или) состояниях	<ul style="list-style-type: none"> • Врач-физиотерапевт
3	Применение рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях	<ul style="list-style-type: none"> • Врач-рефлексотерапевт
4	Применение лечебной физкультуры при заболеваниях и (или) состояниях	<ul style="list-style-type: none"> • Врач по лечебной физкультуре

Кто может работать врачом по медицинской реабилитации?	
Требования к образованию и обучению	Высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовка в ординатуре по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» или высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», подготовка в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология», «Герiatrics», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Кардиология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Неврология», «Нейрохирургия», «Неонатология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рефлексотерапия», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Физиотерапия», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология» и дополнительное профессиональное образование – программы профессиональной переподготовки по специальности «Физическая и реабилитационная медицина»
Требования к опыту практической работы	Не определены
Особые условия допуска к работе	Сертификат специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» и (или) свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина». Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных законодательством Российской Федерации

Кто может работать врачом по медицинской реабилитации?

Для занятия должности врача по медицинской реабилитации необходимо получить высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и освоить программы ординатуры по специальности «Физическая и реабилитационная медицина». Допускается также после подготовки в ординатуре по 25 медицинским специальностям пройти профессиональную переподготовку по специальности «Физическая и реабилитационная медицина».

Так, в соответствии с постановлением № 572н Минтруда России особыми условиями допуска к работе по должности врача по медицинской реабилитации и врача физической и реабилитационной медицины является наличие сертификата специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» и (или) свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина».

Однако специальность «Физическая и реабилитационная медицина» не установлена Номенклатурой № 700н. Между тем сертификат специалиста выдается по специальностям, указанным в приведенной Номенклатуре специальностей (п. 2 приказа Минздрава России от 29.11.2012 № 982н). Бланк свидетельства об аккредитации специалиста содержит сведения о специальности в соответствии с Номенклатурой № 700н (п. 7 Порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, утвержденного приказом Минздрава России от 06.06.2016 № 352н).

Таким образом, пока существует очевидное правовое препятствие к осуществлению медицинской деятельности врачами по медицинской реабилитации/физической и реабилитационной медицины.

Особенности требований к врачу по медицинской реабилитации/врачу физической и реабилитационной медицины

К врачу по медицинской реабилитации и врачу физической и

Особенности требований к врачу по медицинской реабилитации/врачу физической и реабилитационной медицины	
Требования к образованию и обучению	Высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовка в ординатуре по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» или высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», подготовка в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология», «Герiatrics», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Кардиология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Неврология», «Нейрохирургия», «Неонатология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рефлексотерапия», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Физиотерапия», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология» и дополнительное профессиональное образование – программы профессиональной переподготовки по специальности «Физическая и реабилитационная медицина»
Требования к опыту практической работы	Не определены
Особые условия допуска к работе	Сертификат специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» и (или) свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина». Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных законодательством Российской Федерации

Особенности требований к врачу-физиотерапевту и врачу-рефлексотерапевту	
Требования к образованию и обучению	Высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» и подготовка в ординатуре по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» или «Физиотерапия»/«Рефлексотерапия» или высшее образование – специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», подготовка в ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология», «Гериатрия», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Кардиология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Неврология», «Нейрохирургия», «Неонатология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рефлексотерапия», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Физиотерапия», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология» и дополнительное профессиональное образование – программы профессиональной переподготовки по специальности «Физиотерапия»/«Рефлексотерапия»
Требования к опыту практической работы	Не определены
Особые условия допуска к работе	Сертификат специалиста по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина» и (или) свидетельство об аккредитации специалиста «Лечебная физкультура и спортивная медицина». Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных законодательством Российской Федерации

реабилитационной медицины профессиональным стандартом предъявляются одинаковые требования к квалификации, знаниям, умениям и трудовым действиям.

Определяя правила к квалификации работников в области медицинской реабилитации, законодатель забыл внести изменения в перечень специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры (приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 №1061), в котором отсутствует специальность «Физическая и реабилитационная медицина». Следовательно, лица, претендующие на должность врача по медицинской реабилитации/физической и реабилитационной медицины, не смогут получить к ней доступ, поскольку подготовка в ординатуре по данной специальности не предусмотрена приказом № 1061 от 12.09.2013.

Также необходимо обратить внимание на то, что особыми условиями допуска к работе по должности врача по медицинской реабилитации и врача физической и реабилитационной медицины является наличие сертификата специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» и (или) свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Физическая и реабилитационная медицина». Однако специальность «Физическая и реабилитационная медицина» не установлена Номенклатурой № 700н. Между тем сертификат специалиста выдается по специальностям, указанным в приведенной Номенклатуре специальностей (Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н). Бланк свидетельства об аккредитации специалиста содержит сведения о специальности в соответствии с Номенклатурой № 700н (п. 7 Порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, утвержденного приказом Минздрава России от 06.06.2016 № 352н).

Особенности требований к врачу-физиотерапевту и врачу-рефлексотерапевту

Квалификационные требования к должности врача-физиотерапевта и врача-рефлексотерапевта установлены приказом № 707н. «Физиотерапия» и «Рефлексотерапия» обозначены и


в Номенклатуре № 700н. Кроме того, данные специальности присутствуют в приказе Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061. Однако регулятор допустил некоторые расхождения в определении требований к их квалификации в новом профстандарте по сравнению с ныне существующими.

Альтернативная подготовка в ординатуре по специальности «Физическая и реабилитационная медицина» не была ранее предусмотрена квалификационными требованиями к указанным специалистам. В настоящее время, начиная с 27 сентября 2018 г., будущий специалист для осуществления деятельности в качестве врача-физиотерапевта или врача-рефлексотерапевта вправе сделать выбор между подготовкой в ординатуре по специальности «Физиотерапия»/«Рефлексотерапия» соответственно и подготовкой в ординатуре по специальности «Физическая и реабилитационная медицина». Но указанное право будет возможно реализовать только после включения специальности «Физическая и реабилитационная медицина» в приказ Минобрнауки от 12.09.2013 № 1061.

В настоящее время условиями допуска к медицинской деятельности по названным должностям, согласно профессиональному стандарту, являются:

- для врача-физиотерапевта – наличие сертификата специалиста по специальности «Физиотерапия» и (или) свидетельства об аккредитации специалиста по специальности «Физиотерапия»;
- для врача-рефлексотерапевта – наличие сертификата специалиста по специальности «Рефлексотерапия» и (или) свидетельства об аккредитации специалиста по специальности «Рефлексотерапия».

В заключение отмечу, что в разделе должностей специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием в профессиональном стандарте упоминаются не все должности, перечисленные в Номенклатуре должностей медицинских работников (приказ Минздрава № 1183н).



СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В МОСКВЕ

ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН

АВТОРЫ:

И.В. Погонченкова, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ, директор ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, д.м.н.

М.А. Рассулова, первый заместитель директора ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, д.м.н., профессор

М.Р. Макарова, ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, к.м.н., доцент

Ежегодно в Российской Федерации выполняется около 250 тыс. операций по эндопротезированию суставов, преимущественно тазобедренного и коленного, реже плечевых и других. С учетом увеличения продолжительности жизни населения, снижения уровня двигательной активности прогнозируется увеличение количества высокотехнологичных оперативных вмешательств на крупных суставах. В этой связи приобретает значимую актуальность медицинская реабилитация как комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на предупреждение и диагностику нарушений функций поврежденных органов, восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций, предупреждение инвалидизации, сохранение работоспособности пациента.

Важнейшими целями медицинской реабилитации являются улучшение качества жизни пациента, предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности в случае развития инвалидности.

Оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в городе Москве организовано в соответствии с государственной программой развития здравоохранения России до 2020 г., подпрограммой 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей», приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 № 1705 «О порядке организации медицинской реабилитации», государственной программой «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012–2020 гг., а также приказом Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 02.10.2017 № 711 «О совершенствовании медицинской помощи по профилю “медицинская реабилитация” взрослому населению города Москвы». Медицинская реабилитация осуществляется в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи.

В государственной системе здравоохранения города Москвы создана трехэтапная модель медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Первый этап медицинской реабилитации соответствует раннему послеоперационному периоду, начиная с 1-го дня операции, и осуществляется в 24 медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, имеющих в своем составе коечный фонд по профилю «травматология и ортопедия», где оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Целями медицинской реабилитации на 1-м этапе после эндопротезирования крупных суставов являются создание условий для нормализации остеointegrации компонентов эндопротеза в костную ткань, безболевого восстановления утраченной функциональной способности к самообслуживанию и независимости в повседневной жизни. Данный

этап сопровождается течением процессов острого послеоперационного реактивного воспаления и заживления послеоперационной раны.

Задачами 1-го этапа медицинской реабилитации в раннем послеоперационном периоде являются:

- контроль послеоперационной боли;
- ранняя активизация и восстановление подвижности оперированного сустава;
- ранняя мобилизация пациента и восстановление важнейших двигательных навыков для самообслуживания;
- предупреждение формирования контрактур;
- профилактика послеоперационных осложнений со стороны жизненно важных органов и систем;
- профилактика пролежней;
- создание оптимальных анатомо-физиологических условий для заживления травмированных во время операций тканей.

Необходимыми требованиями к проведению 1-го этапа медицинской реабилитации в этот период являются строгое соблюдение ортопедического режима для предупреждения осложнений, связанных с избыточной нагрузкой на оперированный сустав, проведение реабилитационных мероприятий в безболевого диапазоне.

После эндопротезирования сустава лечебная гимнастика начинается в день проведения операции при отсутствии противопоказаний. Начиная с первого дня после операции для уменьшения боли, отека и улучшения микроциркуляции в операционной ране целесообразно применение низкоинтенсивной магнитотерапии, лазеротерапии, массажа в электростатическом поле, криотерапии. Со 2–3-го дня после операции назначается разработка сустава в пассивном движении с применением механотерапии.

Второй этап медицинской реабилитации для больных после перенесенного эндопротезирования организован в филиалах ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ» (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ) на 375 реабилитационных койках.

Показаниями для направления пациентов на 2-й этап медицинской реабилитации являются стабильность основных

НАЧИНАЯ С ПЕРВОГО ДНЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ, ЛАЗЕРОТЕРАПИИ, МАССАЖА В ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОМ ПОЛЕ, КРИОТЕРАПИИ. С 2–3 ДНЯ НАЗНАЧАЕТСЯ РАЗРАБОТКА СУСТАВА В ПАССИВНОМ ДВИЖЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕХАНОТЕРАПИИ



витальных функций, наличие перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), уровень физических и нейропсихологических способностей, соответствующий положительным прогнозам восстановления, способность к самостоятельному передвижению или со средствами опоры и самообслуживанию, состояние пациента, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания или травмы, не угрожающих его жизни.

Противопоказания для направления на 2-й этап медицинской реабилитации после эндопротезирования:

- сопутствующие заболевания в острой стадии;
- хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- инфекционные и венерические заболевания в острой или заразной форме;
- все формы туберкулеза в активной стадии;
- тяжелые психические заболевания, психотические расстройства, эпилепсия с частыми (более трех раз в месяц) приступами и/или изменениями личности;

- все виды наркомании и алкоголизма (исключая состояния стойкой ремиссии); кахексия любого происхождения;
- злокачественные новообразования I, II и IV клинических групп диспансерного наблюдения;
- наличие показаний к оперативному вмешательству или применению других специальных методов лечения;
- заболевания, препятствующие применению комплекса восстановительного лечения, необходимого на данном этапе медицинской реабилитации после эндопротезирования;
- наличие пролежней 2-й стадии и выше;
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости пучка Гиса, опасные для жизни;
- рецидивирующие тромбозы глубоких вен нижних конечностей с признаками флотации;
- анемия с содержанием гемоглобина ниже 90 г/л;
- тромбоцитопения с содержанием тромбоцитов ниже 90 000;
- наличие гнойно-септических осложнений, инфицированных ран, пролежней, остеомиелита;
- стабильные необратимые последствия и значительный срок давности перенесенных заболеваний или травм опорно-двигательной и нервной систем, при которых применение комплекса медицинских реабилитационных мероприятий не приведет к восстановлению сниженной или утраченной функции.

Критерии перевода пациента с 1-го на 2-й этап медицинской реабилитации, определение реабилитационного потенциала, цели и задачи медицинской реабилитации определяет мультидисциплинарная бригада. В ее состав входят врачи: травматолог-ортопед, инструктор по ЛФК, физиотерапевт, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, психотерапевт, психолог. Работа мультидисциплинарной бригады позволяет оценить не только клинические аспекты травмы и избрать наиболее эффективные на каждом этапе методы лечения и коррекции, но также принять во внимание все сопутствующие заболевания, которые могут значительно снизить эффективность реабилитационных мероприятий или сделать невозможным их применение. Перевод с одного этапа на другой зависит от прогресса функционального восстановления пациента и оценивается по общепринятым шкалам: модифицированной шкале Рэнкина и индексу мобильности Ривермид. Перевод с 1-го на 2-й этап медицинской реабилитации пациентов после эндопротезирования проводится при достижении 3–4 баллов по шкале Рэнкина и 2–8 баллов по индексу Ривермид в ранний и поздний послеоперационный период после операций по поводу травм опорно-двигательного аппарата, в том числе позвоночника (с 5–7-го дня после

операции), либо в постиммобилизационный (по окончании внешней иммобилизации) период.

В структуре ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ медицинскую помощь в условиях круглосуточного пребывания больным после эндопротезирования суставов оказывают 3 филиала.

В филиале № 1 (клиника спортивной медицины), расположенном по адресу: Москва, ул. Земляной вал, 53, находится 65 коек для медицинской реабилитации больных заболеваниями опорно-двигательной системы, где в 2017 г. 1500 москвичей получили стационарную медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация». В филиале функционирует биомеханическая лаборатория, которая позволяет тестировать пациентов после оперативных вмешательств с целью определения эффективности проведения реабилитационных методов лечения. Кроме того, в клинике спортивной медицины находится 30 специализированных коек по профилю «травматология и ортопедия», где оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по оперативному лечению пациентов с повреждением крестообразных связок коленного сустава, выполняемому на самом современном уровне с использованием биорассасывающихся материалов и артроскопических методик.

Филиал № 2 (специализированная клиника восстановительного лечения) расположен по адресу: Москва, ул. Талалихина, 26а. Клиника обеспечивает потребности пациентов города Москвы в специализированной физиобальнеологической помощи, на базе клиники развернуто 70 круглосуточных коек для медицинской реабилитации больных заболеваниями опорно-двигательной системы. Отличительной особенностью клиники от многих других медицинских учреждений города Москвы является осуществление лечения больных на основе применения природных и преформированных факторов с использованием минеральной воды из скважины, расположенной на ее территории. Главным лечебным фактором является минеральная вода с высокой концентрацией солей из артезианской скважины глубиной 1402 м. Скважина введена в эксплуатацию в 1965 г. и содержит бромные хлоридно-натриевые рассолы с минерализацией 255–269 г/л и эксплуатируется до настоящего времени. На основе минеральной воды готовят хлоридно-натриевые ванны любых концентраций, применяемые в бальнеотерапии. Их терапевтические свойства хорошо известны в лечении больных травматологического профиля. Ежегодно в стационарных условиях помощь по медицинской реабилитации в филиале получают свыше 2300 пациентов, жителей города Москвы с заболеваниями опорно-двигательной системы. Организована и работает школа эндопротезирования для пациентов с целью получения новых знаний о своем состоянии, освоения навыков быстрой ходьбы и

умений удержать устойчивость в вертикальном положении пациентами на 2-м этапе медицинской реабилитации.

В филиале № 3 (многопрофильная клиника медицинской реабилитации), расположенном по адресу Москва, 2-я Вольская ул., 19, развернуто 550 коек по медицинской реабилитации, из них 240 коек для больных заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ежегодно в филиале № 3 проходят лечение свыше 13,2 тыс. пациентов, из них после эндопротезирования крупных суставов – 2,1 тыс. В состав отделения лечебной физкультуры и физиотерапии филиала № 3 входят 14 залов лечебной физкультуры, 4 тренажерных зала, 15 кабинетов для лечебного массажа. Современное высокотехнологичное оборудование позволяет восстановить нарушенный паттерн движения – начиная с простейших движений, заканчивая сложными координационными двигательными актами.

Задачами 2-го этапа медицинской реабилитации (начального этапа функционального восстановления оперированной конечности) являются:

- увеличение объема движений в оперированном и смежных суставах в пределах переносимой болезненности;
- профилактика развития контрактур;
- восстановление силы и баланса параартикулярных мышц конечностей и туловища;
- восстановление опорности по оси конечности;
- восстановление координации движений, манипуляторной и локомоторной активности;
- повышение толерантности к физическим нагрузкам.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ РЭНКИНА И ИНДЕКСУ РИВЕРМИД

На данном этапе тренировку правильного стереотипа манипуляций и локомоции проводят в протезно-ортопедических аппаратах. Применяют массаж оперированной конечности по дренажной методике. На время разработки сустава с целью обезболивания применяют низкочастотную электротерапию, амплипульстерапию, электрофорез лекарственных средств. Современные металлические импланты не являются противопоказанием для назначения лечебных электромагнитных процедур при правильном расположении электродов на оперированной



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



УПРАВЛЕНИЕ КОММУНИКАЦИЙ

- ✓ Информационное сопровождение и пиар-поддержка медицинских учреждений и социальных проектов
- ✓ Проведение встреч с журналистами: интервью, пресс-конференции, медиаттуры, продвижение в блогосфере
- ✓ Инициирование телевизионных и радиосюжетов с представителями медицинских организаций
- ✓ Организация и проведение социально значимых мероприятий
- ✓ Издание газеты и журнала «Московская медицина»
- ✓ Совместная работа с телеканалом «Москва 24» над проектом «Пульс города»



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

конечности. Через 4–5 нед после операции при наличии стойких контрактур, гипотрофии мышц назначают методы теплolecения, лечебные ванны и души. При формировании комплексов лечебной гимнастики обращают внимание на состояние мышц, окружающих оперированный сустав, проводят коррекцию их состояния на расслабление и растяжение, упражнения с отягощением и сопротивлением, продолжают разработку суставов на механоаппаратах, блоковых и циклических тренажерах.

Третий этап медицинской реабилитации организован в 47 амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях города Москвы.

Задачами 3-го этапа медицинской реабилитации (период функционального восстановления) являются:

- повышение выносливости и укрепления параартикулярных мышц;
- восстановление профессиональных навыков и возвращение к труду ранее работающих пациентов.

Критериями перевода с 1–2-го на 3-й этап медицинской реабилитации служат выраженность нарушения жизнедеятельности по модифицированной шкале Рэнкина в 1–2 балла; индекса мобильности Ривермид в 9–15 баллов, отсутствие поздних послеоперационных осложнений.

Общая продолжительность медицинской реабилитации индивидуальна и зависит от тяжести травмы, степени нарушений бытовых и профессиональных навыков, ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни, факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

Для пациентов – жителей Москвы в соответствии с постановлением правительства Москвы от 27 июля 2010 г. № 591-ПП «О долечивании (реабилитации) больных из числа работающих граждан, имеющих регистрацию по месту жительства в городе Москве, в специализированных санаториях (отделениях) непосредственно после стационарного лечения», приказами ДЗМ разработана и внедрена в практику система направления на долечивание (реабилитацию) больных из числа работающих граждан, имеющих регистрацию в городе Москве, в специализированные санатории после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также после оказания 2-го этапа медицинской реабилитации. В санатории направляются больные после операций ортопедического, травматологического профиля при дефектах и пороках развития позвоночника, пластики суставов, эндопротезирования и резэндопротезирования, реплантации конечностей, находящихся в удовлетворительном состоянии, при отсутствии осложнений, не нуждающихся в перевязках, способные к самостоятельному передвижению, с уровнем физических, умственных и психических



способностей, достаточных для пребывания в санатории без постороннего ухода. В 2017 г. 117 пациентов, перенесших оперативное вмешательство, получили санаторно-курортную помощь за счет бюджета Москвы.

Для формирования картины состояния здоровья населения, нуждающегося в медицинской реабилитации, необходимо проведение анализа данных, полученных из различных источников: электронной истории болезни, Международной классификации болезней (МКБ-10), Международной классификации функционирования (МКФ), регистра больных, нуждающихся в реабилитации, регистров социальной службы.

Формирование координационно-аналитического центра медицинской реабилитации позволит определить потребности в медицинской реабилитации нуждающихся пациентов (регистр больных), разработать оптимальную

маршрутизацию, сформировать индивидуальный реабилитационный план лечения, оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий, получить учетно-отчетную информацию, проводить клинико-экспертные мероприятия.

Организация системы медицинской реабилитации больным травматологического профиля – это динамический процесс, который направлен на максимальное удовлетворение потребностей пациентов в скорейшем восстановлении функциональной активности. Московское здравоохранение работает в рамках современных трендов лечения и медицинской реабилитации больных и обеспечивает наиболее рациональное использование трудового потенциала во имя сохранения гарантированности и доступности качественной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, В.М Шаповалова. СПб.: РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2008. 324 с.
2. Буйлова Т.В., Цыкунов М.Б., Карасева О.В., Кочетова Н.В. Реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава в специализированном отделении стационара. Федеральные клинические рекомендации. Нижний Новгород, 2014. 33 с.
3. Избранные лекции по медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Коришева. Российская академия наук, отделение медицинских наук, секция профилактической медицины. М.: АНО: «Международный университет восстановительной медицины», 2016. 274 с. Макарова М.Р. Лекция 2. Медицинская реабилитация больных после протезирования суставов.
4. Рудь И.М., Мельникова Е.А., Рассулова М.А. Особенности восстановления пострурального контроля у больных после эндопротезирования суставов конечностей. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2017; 2 (2), Т. 94. 125 с.

АВТОРЫ:

А.Н. Разумов,
президент ГБУЗ МНПЦ
МРВСМ ДЭМ, д.м.н.,
профессор, академик
РАН

Е.А. Мельникова,
главный научный
сотрудник отдела
медицинской
реабилитации ГАУЗ
МНПЦ МРВСМ ДЭМ, д.м.н.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИ- ЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

Хронические боли являются распространенной причиной дезадаптации и снижения качества жизни пациентов, вызывая необходимость в частых визитах к врачу, повторных курсах стационарного или амбулаторного лечения, постоянном приеме обезболивающих препаратов. По данным российского исследования EPIC, жалобы на боль являются причиной обращения к неврологу в 39% случаев [1].

Выделяют острую (ноцицептивную) и хроническую (невропатическую) боль, которые различаются по этиопатогенезу и условиям возникновения. Ноцицептивная боль возникает при нарушении целостности тканей в ответ на травматическое повреждение или воспаление. В этих случаях боль может продолжаться весь период заживления, формирования рубца или восстановления тканей.

Невропатическая боль не является реакцией организма на непосредственное повреждение тканей. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, боль считается хронической (невропатической), если длится более 3 месяцев или сверх периода полного заживления тканей [2]. Невропатическая боль (НБ) – это боль, «оторвавшаяся» от своего первичного субстрата, характерными феноменами которой являются гипералгезия и аллодиния. НБ развивается на фоне основного заболевания или состояния, приводящего к нарушению функции центрального и периферического компонентов ноцицептивной системы, а также дефицита антиноцицептивной системы [3].

В настоящее время принято рассматривать НБ как самостоятельное заболевание, требующее этиопатогенетического лечения.

Наиболее полно изучены механизмы периферической невропатической боли (ПНБ), которая встречается чаще (91,74% пациентов с хроническими болями), чем центральная [4]. По данным тестирования пациентов, участвовавших в российском исследовании EPIC, невропатическая боль выявлена у 17,8% из них по опроснику DN4. Почти половина случаев НБ (50,58%) приходится на боли в спине, на втором месте – диабетическая полиневропатия – 10,64% [4].

Выделяют следующие варианты ПНБ в зависимости от этиологии повреждения периферических проводников: компрессионные (туннельные синдромы, радикулопатии, плексопатии, синдром сдавления позвоночного канала); паранеопластические; врожденные (болезнь Фабри, наследственные

сенсорные невропатии); инфекционные (постгерпетическая невралгия, невропатии на фоне инфекционного мононуклеоза, сифилиса); метаболические (при сахарном диабете, амилоидозе, гипотиреозе); алиментарные (при дефиците фолиевой кислоты, тиамин); токсические (алкогольные, при отравлении мышьяком, приеме противотуберкулезных и химиопрепаратов); посттравматические (постампутационные, вследствие спинальной травмы, комплексный регионарный болевой синдром); на фоне системных заболеваний соединительной ткани (при узелковом периартериите). Причинами центральной НБ могут быть инсульт, эпилепсия, сирингомиелия, травма спинного мозга и другие патологические процессы в ЦНС.

Патогенетические процессы, лежащие в основе развития ПНБ, затрагивают все уровни нервной системы: ноцицепторы, афферентные проводники, спинномозговые узлы, задние рога спинного мозга (СМ), собственный сегментарный аппарат СМ, гипоталамус, лимбическую систему, околоспинальное серое вещество, кору больших полушарий. В настоящее время выделяют несколько патофизиологических механизмов формирования невропатической боли (табл. 1). Вся болевая импульсация, идущая по А- δ - и С-болевых волокнам, подводится к области в пределах I и II пластин задних рогов спинного мозга, где сконцентрированы глутаматергические рецепторы и происходит переключение на вставочные нейроны. Рецепторы NMDA-подтипа к глутамату обнаружены на мембранах вставочных нейронов в желатинозной субстанции. Установлено, что блокада выделения глутамата в эксперименте *in vivo* и *in vitro* приводит к развитию аналгезии [5]. Эти

Таблица 1. Патогенетические механизмы развития периферической невропатической боли

Патофизиологический механизм	Причина развития	Молекулярный субстрат для воздействия и противоболевой механизм действия	Возможный вариант воздействия препаратом
Спонтанная генерация импульсов в поврежденных нервных волокнах, несинаптическая передача импульса	Повышенная экспрессия натриевых каналов и демиелинизация проводников, патологическая регенерация нервных волокон	Блокада натриевых каналов	Лидокаин
Снижение порога возбудимости ноцицепторов и чувствительных нейронов в спинномозговых узлах	Повышенная экспрессия потенциалзависимых кальциевых каналов	Блокада $\alpha 2\delta$ -субъединицы потенциалзависимых кальциевых каналов на пресинаптической мембране	Габапентин, Прегабалин, Карбамазепин
Центральная сенситизация на уровне задних рогов спинного мозга	Повышение аффинности и внутренней активности агонистов и коагонистов NMDA-рецепторов, нарушение баланса эндогенных агонистов/антагонистов [5]	Блокада NMDA-рецепторов	Кетамин, Мемантин
Усиление выработки проболевых цитокинов (интерлейкин-1, фактор некроза опухоли- α) глиальными клетками	Повреждение нервных проводников	–	–
Деафферентация центральных нейронов, их растормаживание и усиление передачи импульсов в вышележащие отделы центральной нервной системы	Нарушение проведения возбуждения по соматосенсорному пути	–	–

данные позволили предложить использование антагонистов NMDA-рецепторов в качестве анальгезирующих препаратов. Однако поиск эффективных и безопасных анальгетиков, блокирующих эффекты глутамата, ограничивается психомиметическим действием данного класса веществ, поскольку NMDA-рецепторы представлены во всех отделах центральной нервной системы (ЦНС), в том числе в гиппокампе, лимбической системе, фронтальной коре, подкорковых ядрах. Большая часть глутаматергических рецепторов расположена внесинаптически, при этом NMDA-рецепторы обладают латеральной подвижностью, позволяющей им перемещаться из внесинаптической области на синаптическую мембрану. Управление взаимодействием глутамата с NMDA-рецепторами лежит в основе модулирования нейропластичности [6]. Имеются данные о том, что NMDA-рецепторы участвуют в механизмах центральной сенситизации при невропатической боли [7].

ПЕРВЫЕ ПОПЫТКИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МАГНИТНОЕ ПОЛЕ В ЦЕЛЯХ МОДУЛЯЦИИ РАБОТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ К НАЧАЛУ XX ВЕКА.

Применение электрического и магнитного факторов в лечении боли

На сегодняшний день в связи с недостаточной эффективностью анальгетиков, необходимостью их длительного приема, частыми побочными эффектами возрастает значение немедикаментозных методов в лечении невропатической боли.

На протяжении последнего столетия были предложены различные физиотерапевтические методы лечения пациентов с хроническими болями. Их применение предполагает как местное воздействие в области повреждения, так и модуляцию активности структур ЦНС, отвечающих за анализ и регуляцию ноцицепции. Транскраниальные методы основаны на действии электрического тока или магнитного поля.

Первые упоминания об использовании электрического тока как лечебного фактора можно обнаружить в трудах римских врачей I в. н.э., предлагавших лечить пациентов с головной болью и артритами мраморным электрическим скатом. В XVIII в. с помощью электрического тока пытались лечить пациентов с параличом, а также ознобом, болями в горле, «умственным помешательством» и другими недугами. Начиная с XX в. электротерапия вышла на новый уровень. Первый метод электротерапии – электросон – был предложен в 1902 г. для лечения пациентов с расстройствами сна и тревожностью. В 1903 г. S. Leduc предложил электронаркоз для

обезболивания перед операцией. После полувекового изучения этот метод был отвергнут из-за сомнительной эффективности и высокой частоты осложнений.

Итальянские психиатры U. Cerletti и L. Bini в 1938 г. ввели в практику метод электросудорожной терапии для лечения больных шизофренией. Электросудорожную терапию используют в психиатрии до сих пор, но список показаний к ней значительно сужен по сравнению с серединой XX в.

Первые попытки использовать магнитное поле в целях модуляции работы головного мозга относятся к началу XX в., когда усилиями известного английского физика S.-F. Thompson было создано устройство для стимуляции головного мозга, имеющее в своем составе переменные магниты.

Современная транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) разработана А.-Т. Barker и соавт. в Шеффилдском университете и предложена к клиническому применению в 1985 г. [8].

В настоящее время внедрены в практику следующие варианты транскраниальной физиотерапии.

Воздействие электрическим током:

- электросон (electrosleep – ES);
- транскраниальная электросудорожная терапия (electroconvulsive therapy – ECT);
- транскраниальная электростимуляция (transcranial electrical stimulation – TES);
- транскраниальная стимуляция постоянным током (transcranial direct current stimulation – TDCS), в том числе транскраниальная микрополяризация (transcranial micropolarization);
- транскраниальная стимуляция переменным током (transcranial alternating current stimulation – TACS), в том числе транскраниальная синусоидально-модулированная электростимуляция (transcranial sinusoidal direct current stimulation);
- транскраниальная стимуляция током случайной частоты (transcranial random noise stimulation – TRNS);
- чрескожная краниальная электростимуляция (transcutaneous cranial electrical stimulation – TCES).

Воздействие магнитным полем:

- транскраниальная магнитная стимуляция (transcranial magnetic stimulation – TMS).

Теоретически НБ может являться показанием к применению указанных транскраниальных методов.

К транскраниальной электростимуляции (ТЭС) относится любое воздействие на ЦНС через мягкие ткани и кости черепа с помощью электрического тока. В научной англоязычной литературе под термином «Transcranial Electrical Stimulation» (TES) принято понимать воздействие током высокой интенсивности, низкой частоты с малой продолжительностью импульса. На настоящий момент существует 12 различных методик ТЭС, различающихся по параметрам используемого тока, схемам наложения электродов и их площади (табл. 2).

В связи с низкой плотностью тока ТЭС постоянным током не вызывает потенциала действия в нейронах головного мозга. Ее основной эффект – это субпороговые изменения трансмембранного потенциала, которые влияют на скорость развития и распространения импульса и лежат в основе модуляции нейрональной возбудимости [10, 11]. При анодной стимуляции происходит возрастание кортикальной возбудимости, а при катодной – ее подавление.

В развитии нейромодуляции при ТЭС постоянным током определенную роль играют глутаматергические NMDA-рецепторы [12]. ТЭС постоянным током повышает порог болевой чувствительности у пациентов с хронической болью [13].

Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) как метод неинвазивной стимуляции головного и спинного мозга была разработана в 70-80-х гг. XX в. в НИИ экспериментальной медицины. Термин «транскраниальная микрополяризация» впервые был предложен в лаборатории Н.П. Бехтеревой. Основные электрохимические изменения, возникающие под действием ТКМП, происходят в коре больших полушарий, подлежащей наложенным электродам. Однако, по данным функциональной магнитно-резонансной томографии и электроэнцефалографии, нейромодуляция захватывает и другие отделы ЦНС.

При центральной НБ происходит изменение внутриволновой и межволновой когерентности электроэнцефалограммы (ЭЭГ), снижение амплитуды α -ритма во фронтальной коре [14, 15]. Во время воображаемого движения у пациентов с центральной НБ (вследствие спинального повреждения) значительно возрастает десинхронизация ЭЭГ-ритма в α -, β - и θ -диапазонах по сравнению с пациентами без хронической боли [16]. ТКМП переменным током усиливает межволновую и внутриволновую когерентность ЭЭГ при исходно сниженных ее значениях [17].

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) является альтернативой ТЭС и имеет важное преимущество перед электротерапией, так как не вызывает болевых ощущений во время сеанса при соблюдении всех правил его проведения вследствие отсутствия раздражения кожных болевых рецепторов при прохождении магнитными волнами покровов черепа.

Основой ТКМС является переменное магнитное поле, образуемое 0- или 8-образной катушкой, которое оператор направляет в заданную область конвекса. Переменное магнитное поле изменяет трансмембранный электрический потенциал подлежащих нейронов коры головного мозга и более глубоко расположенных структур за счет электромагнитной индукции. Среди эффектов ТКМС выделяют усиление спонтанной нейрональной активности и пролонгирование эффектов моноаминергической трансмиссии, включающее усиление синтеза серотонина из триптофана, высвобождение дофамина и экспрессию адренергических рецепторов во фронтальной и стриарной областях [18–21]. При исследовании пациентов с хроническими болями был отмечен ряд положительных воздействий ТКМС [22, 23]. Так, применение ТКМС правой вторичной соматосенсорной коры в зоне SII курсом 10 сеансов у пациентов с хроническим панкреатитом и выраженной висцеральной болью привело к уменьшению интенсивности болевого симптома. Эффект сохранялся в течение 3 нед после завершения лечения [24]. Имеются данные о том, что эффективность использования ТКМС в лечении пациентов с болями может быть связана с повышением содержания β -эндорфинов в сыворотке крови [25]. При депрессии проводят ТКМС левой дорсолатеральной префронтальной коры, что можно применять и при лечении пациентов с НБ, учитывая ее коморбидность с депрессией и схожие нейробиохимические основы указанных состояний [26, 27].

Таблица 2. Параметры стимуляции при некоторых видах транскраниальной электротерапии [9].

Вид электротерапии	Параметры тока: сила тока, мА частота импульсов, Гц продолжительность импульса, секунды (с)/миллисекунды (мс)	Продолжительность сеанса, мин
Электросон	Монофазные прямоугольные импульсы, 20–25 мА, 1 – 130:150 Гц, 0,3–0,5 мс	20–60
Транскраниальная электросудорожная терапия	Бифазные синусоидальные или монофазные прямоугольные импульсы, 200–300 Вт; 800 мА; 1–6 с. Количество разрядов зависит от состояния пациента	Вариабельно
Транскраниальная стимуляция постоянным током	Постоянный ток 1–2 мА	5–20
Транскраниальная микрополяризация	Постоянный ток 0,05–0,7 мА, электроды малой площади: 100–600 мм ²	20–40

При НБ наблюдается снижение уровня сывороточного серотонина, коррелирующее с выраженностью болевого симптома и сопутствующей депрессии [28]. В одном из сравнительных исследований, посвященных изучению лечения пациентов с депрессией антидепрессантами и антидепрессантами в комбинации с курсом ТКМС, была показана более высокая эффективность комбинированной терапии [29, 30].

Эффективность транскраниальных методов: данные сравнительных исследований

Электро- и магнитотерапия отличаются меньшей специфичностью воздействия по сравнению с фармакологическими методами лечения пациентов с НБ: при транскраниальном воздействии нельзя говорить о конкретных синаптических мишенях, и эффекты, вызываемые в ЦНС, являются более обширными и универсальными. Таким образом, медикаментозные препараты позволяют обеспечить более «скорый» эффект, а транскраниальные методы – сохранить его на долгий срок, в том числе за счет купирования сопутствующих патологических синдромов. Некоторые авторы рекомендуют транскраниальную электро- и магнитотерапию для лечения пациентов с фармакорезистентной болью [31]. При метаанализе имеющихся на сегодняшний день 56 исследований, посвященных изучению сравнительной эффективности транскраниальных методов в лечении пациентов с хронической болью, была показана их невысокая результативность в качестве монотерапии. Однако обращает на себя внимание низкий уровень доказательности анализируемых исследований, что позволяет сделать вывод о необходимости



ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН

выработки единого подхода к стандартизации эффектов транскраниальной стимуляции и проведения исследований с участием большего количества респондентов [32]. Помимо распространенного тестирования по визуальной ранговой шкале, существуют инструментальные методы объективизации выраженности НБ, используемые в контроле лечения пациентов с НБ, на наш взгляд, недостаточно широко. Эти методы позволяют количественно оценить результаты противоболевого лечения и включают альгометрию, количественное сенсорное тестирование, исследование ноцицептивного флексорного рефлекса. В заключение следует отметить, что в лечении пациентов с НБ представляется перспективным совместное использование анальгезирующих средств и транскраниальной физиотерапии с целью уменьшения дозировок препаратов и пролонгирования эффекта их курсового применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты. Вестник РАМН. 2012; 9: 54–58.
2. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy, 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
3. Якупова А.А., Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А. Клинико-электрофизиологическая характеристика эпизодической и хронической головной боли напряжения. Неврологический вестник. 2006; XXXVIII (3-4): 10–16.
4. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С., Данилов А.Б., Амелин А.В., Куликов С.М. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности нейропатической боли, ее причин и характеристик в популяции амбулаторных больных, обратившихся к врачу-неврологу. Боль. 2008; 3: 24–32.
5. Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э. Нейропсихофармакология антагонистов NMDA-рецепторов. СПб.: Невский диалект, 2000.
6. Семьянов А.В., Казанцев В.Б. Нейрон-глиальное взаимодействие в мозге. Учебно-методические материалы. Н. Новгород, 2007.
7. Чеснокова Н.П., Моррисон В.В., Понукалина Е.В., Морозова О.Л. Патофизиологические аспекты нарушений соматовисцеральной чувствительности и двигательной активности. Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед. университета, 2006.
8. Barker A.-T., Jalilou R., Freeston I.L. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. Lancet. 1985; 1(8437): 1106–7.
9. Guleyupoglu B., Schestatsky P., Edwards D., Fregni F., Bikson M. Classification of methods in transcranial Electrical Stimulation (tES) and evolving strategy from historical approaches to contemporary innovations. J. of Neuroscience Methods. 2013; 219: 297–311.

10. Reidler J.S. Modulation of Pain with Transcranial Direct Current Stimulation and Diffuse Noxious Inhibitory Controls. Harvard Medical School, HMS Theses and Dissertations. 2014. URL: <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:12407609>.
11. Gunduz A., Kumru H., Pascual-Leone A. Outcomes in spasticity after repetitive transcranial magnetic and transcranial direct current stimulations. *Neural. Regen. Res.* 2014; 9 (7): 712–8.
12. Liebetanz D., Nitsche M.A., Tergau F., Paulus W. Pharmacological approach to the mechanisms of transcranial DC-stimulation-induced after-effects of human motor cortex excitability. *Brain.* 2002; 125: 2238-2247.
13. Simis M., Reidler J.S., Duarte Macea D., Moreno Duarte J., Wang X., Lenkinski R., Petrozza J.C., Fregni F. Investigation of Central Nervous System Dysfunction in Chronic Pelvic Pain Using Magnetic Resonance Spectroscopy and Noninvasive Brain Stimulation. *Pain Practice.* 2014. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12202/abstract>.
14. Крупина Н.А., Чурюканов М.В., Кукушкин М.Л., Алексеев В.В. Анализ когерентности ЭЭГ у больных рассеянным склерозом в зависимости от наличия центрального болевого синдрома. *Российский журнал боли.* 2011; 2 (31): 49–50.
15. Pascoal-Faria P., Yalcin N., Fregni F. Neural Markers of Neuropathic Pain Associated with Maladaptive Plasticity in Spinal Cord Injury. *Pain Pract.* 2014. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12237/abstract>.
16. Vuckovic A., Hasan M.A., Fraser M., Conway B.A., Nasserolelami B., Allan D.B. Dynamic oscillatory signatures of central neuropathic pain in spinal cord injury. *J. Pain.* 2014; Jun; 15(6): 645–55.
17. Шарова Е.В., Мельников А.В., Новикова М.Р., Куликов М.А., Греченко Т.Н., Шехтер Е.Д., Заславский А.Ю. Изменения спонтанной биоэлектрической активности головного мозга при транскраниальной электрической и электромагнитной стимуляции. *Журнал высшей нервной деятельности.* 2006; 56 (3): 363–370.
18. Leuchter A.F., Cook I.A., Jin Y., Phillips B. The relationship between brain oscillatory activity and therapeutic effectiveness of transcranial magnetic stimulation in the treatment of major depressive disorder. *Front. Hum. Neurosci.* 2013; 26 (7): 37–49.
19. Rokyta R., Fricova J. Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain. *Physiological Research.* 2012; 61: 23–31.
20. Suppa A., Biasiotto A., Belvisi D., Marsili L., La Cesa S., Truini A., Cruccu G., Berardelli A. Heat-Evoked Experimental Pain Induces Long-Term Potentiation-Like Plasticity in Human Primary Motor Cortex. *Cereb. Cortex.* 2013; 23 (8): 1942–1951.
21. Kole M.H., Fuchs E., Ziemann U., Paulus W., Ebert U. Changes in 5-HT_{1A} and NMDA binding sites by a single rapid transcranial magnetic stimulation procedure in rats. *Brain Research.* 1999; 826: 2: 309–312.
22. Hasan M., Whiteley J., Bresnahan R., MacIver K., Sacco P., Das K., Nurmikko T. Somatosensory Change and Pain Relief Induced by Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Patients With Central Poststroke Pain. *Neuroimodulation.* 2014. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ner.12198/abstract>.
23. Moreno-Duarte I., Morse L.R., Alam M., Bikson M., Zafonte R., Fregni F. Targeted therapies using electrical and magnetic neural stimulation for the treatment of chronic pain in spinal cord injury. *Neuroimage.* 2014; 85 (3): 1003–13.
24. Fregni F., Potvin K., DaSilva D., Wang X., Lenkinski R.E., Freedman S.D., Pascual-Leone A. Clinical effects and brain metabolic correlates in non-invasive cortical neuromodulation for visceral pain. *European J. of Pain.* 2011; 15: 53–60.
25. Mohamed A. Ahmed, Sahar A. Mohamed, Douaa Sayed. Long-term analgic effects of repetitive transcranial magnetic stimulation of motor cortex and serum beta-endorphin in patients with phantom pain. *Neurological Research.* 2011; 33 (9): 953–958.
26. Табеева Г.Р. Коморбидность хронической боли и депрессии у неврологических больных. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013; 3: 4–12.
27. Yalcin I., Barrot M. The anxiodepressive comorbidity in chronic pain. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2014; 27 (5): 520-7.
28. Третьякова Е.А., Каракулова Ю.В. Клинико-биохимическое исследование механизмов формирования хронической боли в пояснично-крестцовой области. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2011; 9: 58–60.
29. CINP (The International College of Neuropsychopharmacology). *Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. Российское общество психиатров. Перевод на русский язык подготовлен под ред. Краснова В.Н. М., 2008.*
30. Datta A., Dmochowski J.P., Guleyupoglu B., Bikson M., Fregni F. Cranial electrotherapy stimulation and transcranial pulsed current stimulation: A computer based high-resolution modeling study. *NeuroImage.* 2013; 65: 280–287.
31. Cruccu G., Aziz T.Z., Garcia-Larrea L., Hansson P., Jensen T.S., Lefaucheur J.-P., Simpson B.A., Taylor R.S. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *European J. of Neurology.* 2007; 14: 952–959.
32. O'Connell N.E., Wand B.M., Marston L., Spencer S., DeSouza L.H. Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain (Review). *The Cochrane Library.* 2014; 4.

Опубликовано:

Разумов А.Н., Мельникова Е.А. Нейрофизиологические основы эффективности транскраниальных методов в лечении невропатической боли // Журнал «Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры». – 2015. - № 2. С. 37–42

ФОТО: ЕКАТЕРИНА КОЗЛОВА,
ИГОРЬ ЧУНУСОВ

«...Если звезды зажигают -
значит, это кому-нибудь нужно?»»

Антуан де Сент-Экзюпери,
«Маленький принц»



ИРОНИЯ ДВУХ СУДЕБ

«Звезды» наших героев - разной величины и из разных «Вселенных». По земным меркам разница в возрасте у них серьезная - 28 лет. По космическим - она ничего не значит. Один из них - «светило» российского и даже мирового кинематографа Андрей Леонидович Мартынов, известный миру как «старшина Васков» из фильма «А зори здесь тихие». Второй - «звезда» московской медицины, главный врач Городской клинической больницы № 15 имени О.М. Филатова Валерий Иванович Вечорко. По какой-то загадочной причине они встретились.



ДОСЬЕ

Андрей Леонидович МАРТЫНОВ

Ровесник Победы, Андрей Леонидович Мартынов родом из Иваново. В детстве, глядя, как его отец – учитель с ограниченными возможностями – с увлечением занимался в драматическом кружке при обществе слепых, он решил стать актером. Годы спустя, когда в Щукинском училище парень прошел все три тура, педагоги по речи удивлялись, что у него нет ивановского «оканья». Секрет оказался прост: мальчик часто слушал радиопередачи и потом читал тексты, подражая любимым артистам. Однако в училище Мартынова не взяли – ему не было 17 лет. Проработав год на стройке каменщиком, он поступил в ГИТИС только следующей весной...

Сегодня в послужном списке народного артиста России Андрея Мартынова – десятки сыгранных ролей в кино, на телевидении, в театре. Но первая известность пришла к нему благодаря главной роли в фильме Станислава Ростоцкого «А зори здесь тихие», где Мартынов сыграл старшину Федота Васкова. Сначала Ростоцкий нехотя согласился посмотреть на пробах игру Мартынова – он считал, что на такую роль «мальчишка» не подойдет. Но когда 26-летний дебютант, который до этого никогда не видел камеры, со слезами на глазах начал читать сценарий – сомнения отпали. Ради этой роли Андрей отрастил усы – чтобы казаться старше и изменил манеру говорить. А смерть пяти девушек переживал так, будто это была его личная потеря. «Не уверен, что даже у Шекспира есть такая драма!» – вспоминает Андрей Леонидович. Картина вышла на экраны в 1972-м, в кинотеатре «Россия», где за год на нее было продано 132 миллиона билетов. Год спустя «Зори» номинировались на «Оскар» как лучший фильм на иностранном языке.

А еще через несколько лет актера прославил роль Кирияна в киноопере «Вечный зов», после выхода которой Мартынов стал лауреатом Государственной премии.

Приехав на Берлинский кинофестиваль с показом «Зорь», Мартынов познакомился там и затем женился на дочери немецкого дипломата Франциске Тун, окончившей филфак МГУ и защитившей кандидатскую по Шукшину. Но жить в России периода перестройки

женщина не смогла и уехала с их общим сыном в Германию. Мартынов принял решение остаться: «Я не могу находиться ни в какой стране, кроме России, – хоть золотом меня осып и бриллиантами». Сегодня его сын и внуки живут в Германии, а он с гордостью говорит о том, что «внедрил в Европу троих Мартыновых».

Возможно, их объединили черты, присущие настоящим звездам, – яркость и смелость поступков, выход за пределы орбит и шаблонов. В рамках одной жизни их судьбы выглядят как череда настоящих мужских поступков. В рамках Вселенной их всегда поддерживал «господин Случай».

Некоторые назовут это «иронией судьбы». По этой самой иронии один из наших героев, которого в



России знали как «советского старшину», женился на немке. Но, пронизанный любовью к Родине, остался жить в России. Второй, начав работать фельдшером в районном центре под Чернобылем, много лет спустя возглавил одну из перспективных клиник столицы.

Театральное знакомство

Мартынов: У нас было нетипичное знакомство. Как-то я пришел в прекрасный восстановленный театр «Геликон-опера» на Большой Никитской на премьеру «Пиковой дамы». Рядом со мной в зале оказался молодой человек. Спектакль еще не начался, и мы разговаривались... Так я узнал, что в соседнем кресле сидит главный врач больницы № 15, которую я считал своей «родной», где мне много раз помогали в самых разных ситуациях. Помню, меня удивило, что врач нуждается не только в том, чтобы ставить диагнозы, но и в духовной «пище». Причем в опере, которую сложно отнести к «массовым искусствам». Хотя, признаюсь, не раз встречал здесь некоторых прославленных людей из медицинской среды, и при этом было приятно осознавать, что в Храме искусства присутствуют такие же мастера из «параллельной» сферы. А со временем я узнал, что Валерий Иванович обладает хорошим слухом и сам прекрасно поет...

Поскольку с больницей № 15 я «познакомился» раньше, чем с Валерием Ивановичем, то сегодня вспоминаю – какой она была до его прихода: если кратко – это были замечательные врачи, которые работали в здании с облупленными стенами. Позже, когда я пришел в Филатовскую клинику со своими очередными проблемами, Вечорко показал мне, что здесь теперь все иначе. Произведенные изменения сказались на всем, и наблюдать их было приятно, учитывая мое давнее «знакомство» с 15-й больницей.

Вечорко: Я иначе расскажу о знакомстве с Андреем Леонидовичем. Когда-то в детстве посмотрел фильм «А зори здесь тихие» и всегда прекрасно помнил о старшине Васкове, хотя картина вышла за год до моего рождения. Да и Кирьян из «Вечного зова» всегда был для меня близким по духу человеком. Так что у меня особое

отношение к этим персонажам и персональная благодарность Мартынову за эти роли. Но я и представить себе не мог, что мне доведется не просто встретиться с таким по-настоящему народным артистом, но еще и посидеть с ним за одним столом. Поэтому, когда мы познакомились, я решил для себя, что просто обязан участвовать в поддержании здоровья Андрея Леонидовича. В результате наше знакомство переросло в нечто более близкое: иногда вместе посещаем раннюю службу в Богоявленском кафедральном соборе, иногда просто общаемся... И я благодарен судьбе и за нашу случайную встречу, и за наши сложившиеся отношения.

Другая московская медицина

Мартынов: Я всегда рад, когда Валерий Иванович находит время позвонить, куда-то выбраться вместе.

Кстати, независимо от того, что я – народный артист, обращаю внимание, как Вечорко относится к обычным пациентам без регалий: он не делит людей на «своих» и «чужих». Я не видел в этой больнице ни одного человека, кому не оказали бы такую же помощь, как и мне. А ведь когда-то здесь не было мест и люди лежали в коридорах... Приятно осознавать такие перемены в

родной клинике. Мне трудно судить о внутренней системе работы этого учреждения, но Валерию Ивановичу я благодарен за то, что он ежедневно с 7 утра здесь заботится обо всех нас.

Вечорко: Как же иначе? Если так вышло, что стал главврачом – надо работать с полной отдачей. А если не получается – лучше уйти. У нас большая больница – около 1500 коек, и, конечно, к нам порой госпитализируются и народные артисты, и другие знаменитые люди. В основном мы работаем для жителей Москвы, но также принимаем в рамках ОМС и иногородних по программе «Москва – столица здоровья».

Мартынов: Подчеркну, что здесь изменилось отношение не только к немосквичам, поменялось отношение и к пожилым, и к старикам, которых раньше



Андрей МАРТЫНОВ

«НЕ ВИДЕЛ В ЭТОЙ БОЛЬНИЦЕ НИ ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА, КОМУ НЕ ОКАЗАЛИ БЫ ТАКУЮ ЖЕ ПОМОЩЬ, КАК И МНЕ. А ВЕДЬ КОГДА-ТО ЗДЕСЬ НЕ БЫЛО МЕСТ И ЛЮДИ ЛЕЖАЛИ В КОРИДОРАХ...»

ДОСЬЕ

Валерий Иванович ВЕЧОРКО

Легких путей он искать не стал – начал медицинскую практику фельдшером станции скорой помощи в Чернобыльской зоне отселения. «Приходилось выезжать в отдаленные населенные пункты, где требовалась экстренная помощь. Мобильной телефонной связи тогда не было, поэтому каждый выезд был в неизвестность. Работали в очень жестком режиме. Межрайонная станция находилась в Столине, а жил я на квартире в соседнем селе, на расстоянии 25 с лишним километров. До трассы меня довозили на машине, а дальше – ежедневно шел до дома пешком 12 км», – вспоминает Валерий Иванович. Потом работал врачом на «Скорой», затем – врачом противотуберкулезного диспансера. За плечами остались Минский государственный медицинский институт, Международный юридический институт и десятки лет работы на руководящих должностях в здравоохранении, стажировка в одной из крупнейших клиник Израиля. С июня 2016-го он стал главным врачом одного из крупнейших многопрофильных клинических учреждений столицы – Городской клинической больницы № 15 имени О.М. Филатова. Больница вошла в пилотные проекты Департамента здравоохранения: по пациентоориентированности, «Москва – столица здоровья», по медицинской реабилитации, по качеству и безопасности оказания медицинской помощи (совместно с Росздравнадзором). Ежегодно сюда обращаются за помощью 70–80 тысяч человек, в том числе со всей Москвы и инородные. Рабочий день главврача Вечорко – десятки встреч, обходов, планерок, совещаний, решений. Оставшееся время — для того, чтобы недолго отдохнуть и сыграть в футбольной команде больницы, где Вечорко – капитан: «Всегда считал, что смогу добиться в медицине большего, если активно буду заниматься спортом». Считая, что лучший вариант руководителя – врач, прошедший подготовку в области юриспруденции, экономики и управления, он уверен, что комфортно в больнице должно быть всем – и пациенту, и врачу, и медицинской сестре, и санитарке. При этом коллеги должны разговаривать на одном профессиональном языке и понимать существование четких правил: «Как на большом корабле, каждый специалист должен знать свой маневр. И тогда лайнер обойдет все мели и будет плыть выбранным курсом».





Андрей МАРТЫНОВ

**«ОБЩНОСТЬ МЕДИЦИНЫ
И ИСКУССТВА УЖЕ НЕ РАЗ
БЫЛА ДОКАЗАНА НА ПРАКТИКЕ
АВИЦЕННОЙ, ЧЕХОВЫМ,
БУЛГАКОВЫМ, ЛЕСКОВЫМ,
КОНАН ДОЙЛОМ...»**

вообще отказывались брать в больницы.

Вечорко: И это естественно. Ведь мы сегодня работаем совсем в другой системе. Мы заранее знаем – кого ждать и с каким предварительным диагнозом. На базе больницы № 15 работает один из самых крупных «сосудистых центров», поэтому к нам доставляют пациентов с инсультами и инфарктами миокарда – то есть тех больных, для которых имеет значение каждая минута времени, кого необходимо доставить на операционный стол в пределах «золотого часа», сохраняющего жизнь. И пока «скорая» везет такого человека к нам – мы уже готовим рабочее место и рабочие руки в блоке интенсивной терапии.

Я благодарен судьбе еще и за то, что она привела меня не просто в московское здравоохранение, а на ответственную должность главврача. Согласен с Андреем Леонидовичем в том, что сегодня в медучреждении все зависит от «головы», где необходимо руководить огромным творческим коллективом – в нашем случае 2500 сотрудников. Так что на данном посту у меня нет и малейшего шанса, чтобы не суметь организовать всю эту работу. Я должен, просто

обязан это сделать, независимо от своих желаний или амбиций, ведь руководителю коллектива не пристало отступать перед трудностями и проблемами. Поэтому сегодня в моей жизни все направлено на то, чтобы наша больница стала одной из лучших не только в Москве, но и в России. Для этого у нас есть все возможности.

Для сравнения расскажу про свою недавнюю поездку в Латинскую Америку (Мексику и Перу) в составе профессиональной делегации. Запомнилась встреча с мэром Лимы, который говорил о проблемах с финансированием больниц и о том, как местные врачи создают «госпитали солидарности», размещая их в старых брошенных автобусах, чтобы хоть как-то проводить диспансеризацию населения (кстати, оно здесь не бесплатно



Валерий ВЕЧОРКО

«СЕГОДНЯ В МОЕЙ
ЖИЗНИ ВСЕ НАПРАВЛЕНО
НА ТО, ЧТОБЫ НАША БОЛЬНИЦА
СТАЛА ОДНОЙ ИЗ ЛУЧШИХ
НЕ ТОЛЬКО В МОСКВЕ,
НО И В РОССИИ»

для пациентов). Мэр рассказывал об этих «госпиталях» как о местном достижении, которым можно гордиться. А я поймал себя на мысли о том, что недовольным современной российской медициной пациентам не мешало бы взглянуть на эти перуанские «чудеса» и сравнить их с нашими «скромными» достижениями... Мы были в мексиканском госпитале на 186 койко-мест, где врачи тоже стараются и работают по мере сил... используя то, что есть под руками. Все это не идет ни в какое сравнение с нашим оснащением, развитием, финансированием...

Мартынов: Но такое оснащение, возможно, существует только в Москве?

Вечорко: Не так давно я навещал отца и посетил одну из региональных районных больниц, где начинал когда-то работать фельдшером. Наблюдая за ситуацией в

регионах, уверенно скажу: конечно, в других городах не так, как в столице. Московская медицина – более сильная, оснащенная и квалифицированная. Но это неслучайно: когда руководство города и Департамент здравоохранения города Москвы уделяет столько времени и финансирования охране здоровья людей – такое внимание не проходит даром.

Медицина и искусство

Мартынов: Профессия врача – особенная, потому что каждый из нас рано или поздно приходит за помощью к доктору. Нет в мире человека, который бы никогда не обращался к врачу. А сам врач – не просто «постановщик диагнозов» и «распорядитель лекарств», а творческая личность, которая нуждается в музыке, театре, духовной пище, поэтому даже после изнурительной и сложной работы и бешеного графика он идет на концерт, спектакль, в консерваторию.

Насчет своих коллег скажу, что в актерской среде немало высококлассных и образованных профессионалов – чисто интонирующих, с красивыми голосами, записанными в студийном формате. Однако их



Андрей МАРТЫНОВ

**«Я В ОЧЕРЕДНОЙ РАЗ
ЗАМЕТИЛ, ЧТО «ПОГОДА»
В КЛИНИКЕ ЗАВИСИТ
НЕ ТОЛЬКО ОТ СРЕДСТВ,
А В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ –
«ОТ ГОЛОВЫ»
РУКОВОДИТЕЛЯ»**

работа не производит на меня такого впечатления, как непрофессиональное, но чувственное и искреннее исполнение какой-то музыкальной вещи. Мне дороже и ближе то, что сделано в творчестве с душой — даже если и звучит не так идеально. Вот насчет Валерия Ивановича Вечорко скажу, что у него есть и музыкальный дар, и желание петь, есть и творческое нутро, которому он позволяет выплескиваться не только через свою профессию.

Вечорко: Андрей Леонидович, а сами вы считаете, что медицина как-то связана с искусством?

Мартынов: Это провокационный вопрос, потому что вы, Валерий Иванович, прекрасно знаете, что еще с древнейших времен врачи демонстрировали человечеству высший пилотаж творчества — открытия и операции, которые требовали самых

тонких манипуляций, изобретения, где нельзя было обойтись без полета фантазии. Да и сама профессия издревле носила название «искусство врачевания». И даже сегодня, в век высоких технологий, врачевание остается особым видом искусства.

Вечорко: Со своей стороны, добавлю, что во время сбора анамнеза и постановки предварительного диагноза любой мой коллега является не только доктором, но еще и своего рода актером. Ведь чтобы услышать пациента, понять его, врачу необходимо встать с ним на один уровень – интеллектуальный, психологический, войти в его образ.

Мартынов: Вот именно это нас объединяет! Артисту для исполнения роли тоже необходимо вжиться в нее, чтобы внутри родился настоящий образ. Впрочем, общность медицины и искусства уже не раз была доказана на практике Авиценной, Чеховым, Булгаковым, Лесковым, Конан Дойлом...

Вечорко: Кроме того, у наших врачей сегодня существуют уникальные возможности получить

образование в любой точке мира. Мои коллеги регулярно проходят стажировки в странах, где представлены наиболее передовые медицинские технологии и опыт – в Германии, Южной Корее, Израиле. Мне тоже довелось бывать в этих странах, но при этом хочу отметить, что, к примеру, наша 15-я больница (которая специализируется на кардиологии) не уступает по своей оснащенности ни одной из них. В частности, у нас есть и кардиохирургия, и сосудистая, и гнойная хирургия, терапия, офтальмология (где периодически проходит обследование Андрей Леонидович), и многое другое. Говорю это не только потому, что здесь – мое место жизни и работы, но еще и потому, что сегодня в пределах моей Родины есть все возможности, чтобы профессионально расти и развиваться. Конечно, до идеала нам еще очень далеко – каждый день возникают какие-то вопросы, отсрочки, проблемы. Но, думаю, несмотря на сложности и выступления многочисленных «борцов с современной системой здравоохранения», нам надо смотреть и двигаться только вперед.

БЛИЦ-ОПРОС

**Андрей
МАРТЫНОВ**

Что вас удивляет в профессиональном враче?

Что врач нуждается не только в том, чтобы «колоть и резать», но и в духовной «подпитке».

Что вам дороже всего в творчестве?

Мне дороже и ближе то, что сделано в творчестве с душой, – пусть даже и звучит не так идеально.

Что вас удивило, когда вы после долгого перерыва оказались в современной московской больнице?

Я подумал тогда: «Надо же, отличная аппаратура, прекрасный ремонт, высокие технологии, вежливый персонал – а мы все ругаем современную медицину!» Все это настраивает на другое отношение и к болезни, и к жизни.

**Валерий
ВЕЧОРКО**

Что вы и ваши коллеги еще успеваете, кроме профессиональной деятельности?

Я и мои коллеги успеваем играть в футбол, водружать флаг Победы на Эльбрус, ходить в театр...

В чем главное отличие московской медицины от региональной?

Сегодня главврачам столичных медучреждений дана такая управленческая инициатива, где каждый из нас может реализовать все свои способности. И еще очень важно, что власти нас слышат.

Как вы смотрите на работу главврача больницы?

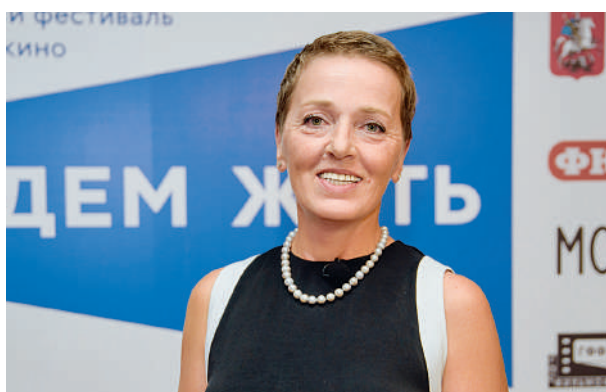
Если так вышло, что стал главврачом, – надо работать с полной отдачей. А если не получается – лучше уйти.

О том, что представляет собой проект «Арт-терапия», как мотивировать пациентов на отказ от пагубных зависимостей, зачем показывать спектакли в больничной палате и планах на будущее, рассказала заведующая Детским наркологическим центром ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» Вероника Готлиб.

ВЕРОНИКА ГОТЛИБ:

«НАША ЗАДАЧА – ПРЕДОСТАВИТЬ ДЕТЯМ, ПОМИМО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЕЩЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ»

АВТОРЫ: Ирина Слободян, Петр Сапожников



– Вероника Яковлевна, что являлось исходной точкой московского проекта «Арт-терапия» – наработки зарубежных коллег или работа российских психиатров?

– Арт-терапия существует с древнейших времен. Только у нее не было такого названия. К ней хорошо подходит древнегреческое слово «катарсис», одним из значений которого является «оздоровление». Этот метод использовали столпы психоанализа в своей практике, в частности, используя для получения психотерапевтического эффекта сочинение рассказов, рисование, лепку и т. д. Схожие методы используются и в России – знаменитый психиатр Марк Евгеньевич Бурно

еще в прошлом веке разработал метод под названием «терапия творческим самовыражением» для лечения широкого спектра психических расстройств. Он очень эффективен и безопасен и, в частности, включает выражение пациентом в рисунке своего состояния. Здесь очень важно слово «безопасен». С детьми рациональная психотерапия не работает, для их лечения нужны образность, сказочность. Терапевт все время «отзеркаливает» состояние пациента.

Что же касается проекта «Арт-терапия», он был задуман НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ) не только для терапии, но и в целях дестигматизации психиатрической службы в Москве. В нем с самого начала приняли участие очень достойные театры, такие как «Театриум» и «Геликон опера». И директор НИИОЗММ Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов пригласил в 2018 г. наш центр также принять участие в нем. Мы присоединились к этому проекту вслед за ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

- В чем специфика работы Детского наркологического центра?

– Одна из основных целей деятельности нашего учреждения состоит в укреплении духа наркологических больных и предотвращении вторичного погружения в болезнь. Для возвращения пациентов к здоровому образу жизни в нашем центре проводится лечебно-диагностическая работа с детьми, подростками и их родными. Также у нас хорошо развита стационарная помощь и постоянно расширяется постлечебная программа.

Вывести пациента из состояния психологической зависимости от пагубного пристрастия гораздо сложнее, нежели снять физическую зависимость. Концептуальное поле работы с пациентами наркологического профиля не должно ограничиваться лишь медикаментозным лечением. Важно заполнить тот вакуум, который образовался после того, как ребенок или подросток перестал принимать психоактивные вещества. Поэтому наша задача – предоставить детям, помимо медикаментозного лечения, еще и медико-психологическую помощь. Вхождение пациентов в реабилитационную программу мы начинаем с врачебного подхода, а потом уже постепенно в работу с пациентами включаем психолого-терапевтическую форму. Благодаря усилиям мультидисциплинарной бригады врачей происходит осмысление больными новых потребностей, морального и этического понимания жизненного пространства, возникает умение сопереживать, уважать общечеловеческие ценности и опираться на них.

Работа с подрастающим поколением при наркологической зависимости имеет ряд специфических особенностей. У них маленький биологический возраст по сравнению со взрослыми и большой, зачастую негативный жизненный опыт. Они обладают большим потенциалом к развитию, но вместе с этим у них больше шансов на рецидив заболевания. Другая

особенность – наши пациенты обычно отрицают наличие проблем и заболеваний, поэтому у них на начальном этапе часто нет мотивации к терапии, а мы во многих случаях не можем рассчитывать на помощь их родителей. Наша основная задача – сделать все, чтобы занять их познавательным процессом, помочь им наладить отношения с семьей.

Еще одна особенность состоит в том, что в случае с детьми рациональная психотерапия неэффективна, для их лечения нужны образность, сказочность. Поэтому мы используем арт-терапию, телесно-ориентированную терапию, лечебный грим, маска-терапию, скульптурный автопортрет, сказкотерапию, библиотерапию и кинотерапию.

Безусловно, медикаментозная терапия корректирует особенности эмоционального состояния. Но главное для нас – подготовить ребенка к жизни без тяги к вредным привычкам. Для этого мы проводим занятия и формируем группы пациентов, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, любящих спорт или искусство. Затем мы стараемся перенести акцент на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей цель возвращения их в семью и общество. При рациональном включении данных методик процесс ресоциализации проходит положительно. Мы делаем все возможное, но дальше все зависит только от самого пациента.

- Почему концепцию приобщения пациентов к миру искусства важно включать в программу лечебно-реабилитационных учреждений?

– Мы уверены, что искусство победит зависимость. Ведь главная задача нашего учреждения – сделать так, чтобы пациенты, находящиеся на начальной стадии формирования зависимости, нашли ей здоровую альтернативу. Как раз такое положительное влияние оказывает проект «Арт-терапия». У нас уже сформировалась группа, которая включает около 30 пациентов, посещающих театры. Количество участников, которые были задействованы в съемке фильма «Окна нашего дома», составило 15 человек. Постепенно мы сформировали собственную актерскую труппу.

Нам всегда хотелось, чтобы дети приходили в театр не только как зрители, но и как актеры. Дело не столько в творческих талантах пациентов, а в том, что именно тогда происходит процесс реабилитации. На съемочной площадке они могут полноценно общаться и выражать свои эмоции. Проект дает возможность формирования социальных навыков, которые не получили должного развития в результате дизонтогенеза. Активное участие в творческом процессе способствует появлению у детей причастности к делу, добавляет ощущение своей нужности и значимости.

Самая распространенная проблема детей, которые приходят в наш центр, – это волевые нарушения, в том числе связанные с целеполаганием. Организация досуга наркологических больных ликвидирует состояние безделья, при котором у них



возникает целый ряд эмоциональных расстройств и негативных ассоциаций, что приводит к неадекватным формам поведения и рецидивам. В этом контексте важно сказать, что для пациентов, которые уже прошли реабилитацию и вернулись в обычную жизнь, всегда большая проблема социализироваться. Конечно, у них есть свой круг общения. Такие же, как они, потребители психоактивных веществ и их продавцы. Наша задача – и в том, чтобы предоставить нашим пациентам возможность общаться в более конструктивной среде – в театре, на съемочной площадке.

Проект «Арт-терапия» помогает сформировать здоровое ценностноориентированное отношение к миру. Увлечение театром способствует развитию когнитивных функций, что в дальнейшем приводит к успешному социальному функционированию. Кстати, теперь в проект «Арт-терапия» включено посещение лучших столичных музеев.

В этом году у наших детей были экскурсии в музей-заповедник Царицыно, парк «Зарядье», они приняли участие в фестивале цветов Moscow Flower Show и заняли 3-е место. Сейчас анализируем результаты участия в проекте «Арт-терапия», начата научная работа в этом направлении.

- Какими критериями руководствуетесь в выборе театрального репертуара и развлекательной программы для своих пациентов? Есть ли ограничения?

– Начну с того, что у нас нет детей с выраженными ментальными нарушениями и тех, кому были бы противопоказаны занятия арт-терапией. Что касается репертуара театральной программы, то здесь мы полностью соблюдаем возрастную классификацию «12+» и «16+». Безусловно, многие художественные работы оказывают влияние на детей. Поэтому ребенок должен быть как подготовлен до того, как включается в проект, так и адаптирован после него.

Когда дело касается переживаний, подростки имеют определенные возрастные особенности. Мы стараемся не только подбирать соответствующий репертуар, но и подготавливать пациентов к просмотру драматических произведений. Также мы обсуждаем работы, делимся эмоциями и переживаниями. Мы все время говорим с нашими пациентами о чувствах. Дело в том, что большинство из них страдают алекситимией. Один из ее симптомов – неспособность выражать свои чувства. Посредством этого проекта мы стараемся научить пониманию того, что сложное эмоциональное переживание не повод бросаться в крайности. Поэтому я не боюсь включать в развлекательную программу постановки, в которых есть место отрицательным переживаниям.

Мы не смотрим только «легкие» спектакли. Дети заранее читают книги, по которым поставлен спектакль, они должны развивать свой эмоциональный интеллект, даже находясь на больничной койке. Поэтому я попросила «Театриум» приехать к нам в стационар, чтобы показать спектакль «Освенцим».



Черное молоко». Конечно, глубокое эмоциональное воздействие может даже воскресить какие-то травмы, но рядом будут находиться наши сотрудники, чтобы контролировать весь процесс. Важно, чтобы специалист держал руку на пульсе и мог откорректировать состояние.

- Специалисты осуществляют психотерапевтическую помощь наркологическим больным на всех этапах реабилитации. Насколько они включены в творческую жизнь подростков в рамках проекта?

– Сейчас в эту программу вовлечены 4 наших сотрудника. Разумеется, мы контролируем всю творческую жизнь наших пациентов. Но в процесс постановки спектакля стараемся не вмешиваться. Для ребят очень важно чувствовать себя самостоятельными. Если на эмоциональном уровне у ребенка что-то идет не так, то наши специалисты его всегда поддерживают и помогают.

Проект приносит большую пользу и для самих специалистов нашего центра. Среди работников наркологического профиля широко распространен синдром профессионального выгорания. Его появление связано с непрерывной коммуникацией со своими пациентами в стенах лечебного учреждения, а также с тяжелой психологической обстановкой. Отсюда появляется истощение нервной системы. Для нас важно сохранить наших сотрудников психологически здоровыми, а такая смена обстановки дает положительный результат. К тому же совместная развлекательная программа гармонизирует отношения между врачом и пациентом. Часто они становятся более доверительными, а иногда переходят в дружеские. Специалисты центра отмечают, что им стало легче работать и выстраивать отношения.

- Есть ли еще идеи о том, как дальше развивать проект?

– Арт-терапия необходима не только детям и подросткам, но и мотивированным на выздоровление взрослым. Есть понятие «взрослые дети алкоголиков» (ВДА). Это очень интересный контингент, ему посвящено много статей, у них даже есть свои сайты и сообщества в соцсетях. Хотя сами ВДА не употребляют психоактивные вещества и алкоголь, они копируют привычки родителей, в том числе их стигму – психологическое «клеймо» заболевания. Я хочу пригласить выздоравливающих родителей и их детей в возрасте 6–9 лет в Московский театр кукол. Мы уже составили список спектаклей этого театра для такого совместного посещения. Арт-терапия поможет им познакомиться друг с другом, и, надеюсь, совместными усилиями мы сможем избавить родителей от вредных привычек и предотвратим попадание их детей в группу ВДА. Попробуем помочь детям в коррекции тех психологических травм, которые они получили, живя с родителями – наркоманами и алкоголиками, и в оздоровлении детско-родительских отношений, чтобы эта стигма не лежала на детях пожизненным грузом.



Е.А. Печатникова

окончила Московскую медицинскую академию им. И.М. Сеченова. Врач высшей категории. Сфера профессиональных интересов - система непрерывного профессионального образования, организационно-методическая работа, взаимодействие лечебных учреждений московского здравоохранения, контроль качества лечебного и учебного процессов.

ЕВА ПЕЧАТНИКОВА:

**«МЫ ДОЛЖНЫ НЕ ТОЛЬКО РЕФОРМИРОВАТЬ
МОСКОВСКУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ,
НО И ПРОВЕСТИ ЕЕ ДЕСТИГМАТИЗАЦИЮ»**

Заместитель директора ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» по организационно-методическим вопросам Ева Печатникова - о том, как проходит реформа психиатрической службы в Москве, с чем связано сокращение сроков пребывания пациентов в психиатрических больницах, как организована их реабилитация и что представляет собой проект «Арт-терапия».

С чего начиналась реформа московской психиатрической службы?

В 2015 г. правительством Москвы, в частности, заместителем мэра, курирующим социальную политику города, Леонидом Михайловичем Печатниковым, перед НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ) Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) была поставлена непростая задача – провести полный аудит московской психиатрической службы. Туда уходило колоссальное количество бюджетных денег, а показатели эффективности были, мягко скажем, «не очень». Учитывая особую чувствительность этого направления здравоохранения, прежде всего юридическую, необходимо было понять, как реструктурировать, модернизировать, а главное – совместно с самыми лучшими московскими психиатрами, ориентируясь на международный успешный опыт, знания, лечебные методики, создать современную психиатрическую службу столицы, ориентированную на пациента, максимально быстрое

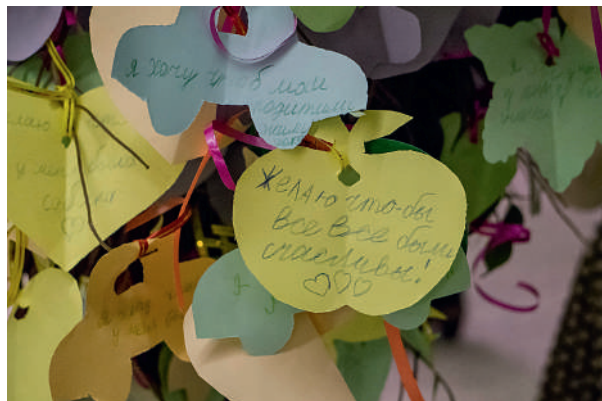
достижение им ремиссии, психосоциальную реабилитацию, возвращение в нормальную жизнь.

В первую очередь НИИОЗММ ДЗМ создал большую команду экспертов, куда вошли сотрудники организационно-методического отдела по психиатрии НИИОЗММ, главврачи всех психиатрических больниц столицы, известные и авторитетные специалисты из федеральных учреждений, в частности Зураб Ильич Кекелидзе, главный внештатный психиатр Минздрава России, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. Под оперативным руководством директора НИИОЗММ Давида Валерьевича Мелик-Гусейнова эта рабочая группа занялась детальной проработкой «дорожной карты» развития московской психиатрической службы. Все возможные изменения обсуждались, просчитывались, причем, отнюдь не только экономически.

Одной из главных задач было обоснование реформы, прежде всего, клиническими показателями. Такой показатель, как возвращение пациенту трудоспособности и социального статуса, стал определяющим. Поэтому обвинения со стороны общественных организаций и средств массовой информации в том, что все изменения делались исключительно для того, чтобы сократить расходы, носили голословный и несправедливый характер. Напротив, передача пациентов, которым нужны социальный уход или реабилитация, в специализированные учреждения позволила увеличить финансирование каждой койки в психиатрических стационарах и сделать их работу более профильной.

Активными вдохновителями реформы были Георгий Петрович Костюк (главный внештатный специалист-психиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»), Владимир Аронович Меркель (заместитель главного внештатного специалиста психиатра, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»), Роман Авенирович Черемин (главный врач ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ») – лучшие из лучших!

Владимир Аронович оказался настоящей находкой для рабочей группы, его личный вклад в ее работу переоценить невозможно. Объясню почему: еще в далеком 2001 г. НИИ психиатрии (который ныне является отделением Института Сербского) предложил психиатрической больнице № 10, главным врачом которой в тот момент был А.А. Меркель, принять участие в совместном российско-канадском проекте «Общественная реабилитация в психиатрии», международным партнером которого был город Калгари. В течение 7 лет раз в квартал в московскую больницу приезжали специалисты из Канады и обучали отечественных психиатров новой модели оказания психиатрической помощи. Помимо Москвы, в проект



вошли еще 4 российских города – Санкт-Петербург, Ставрополь, Рязань и Омск.

Благодаря этому был получен поистине уникальный опыт, прошедший 7-летнюю обкатку в отечественных условиях, который был учтен московскими специалистами при разработке «дорожной карты» реформы. В основе канадской модели лежит биопсихосоциальный подход в лечении пациентов с душевными расстройствами в дополнение к современной медикаментозной терапии.

Главными ее составляющими являются открытость, партнерство и образование. Открытость подразумевает, что помощь пациентам с нарушениями ментального профиля

должна оказываться в наименее стесненных, максимально открытых условиях пребывания с участием родственников, волонтеров и прочих заинтересованных лиц. Это способствует не только ускорению реабилитации, но и дополнительной защищенности больных и врачей от эмоционального выгорания.

Партнерство, а не патернализм, как было в советской психиатрии, а потом в российской, когда врач все решал сам без участия пациента. Новая концепция основывается на пациентоориентированности, то есть врач для пациента, а не пациент для врача, как раньше.

Образование – дополнительная просветительная и психологическая работа с семьей для выстраивания партнерских отношений между больными, родственниками и медиками. В тот период проектом руководил ныне покойный Исаак Яковлевич Гурович, заместитель директора НИИ психиатрии по научной работе, известный психиатр, д.м.н., и я не могу не сказать об этом. Важно понимать, что более 10 лет назад московские психиатры начали задумываться о необходимости реформы всей отрасли для устранения ментальных стигм общества и стереотипов у самих врачей. Именно он стоял у истоков всей реформы и сумел увидеть стратегические отличия современной психиатрии от наших подходов.

В течение 7 лет все главные врачи психиатрических больниц и многие специалисты ездили в Канаду, неделями учились и впервые увидели ту высокую степень вовлеченности простых здоровых людей в процесс реабилитации психиатрических пациентов, социальную ответственность общества – волонтеров, общественных организаций инвалидов и их родственников. Увидели стационары открытого типа, откуда пациенты могут свободно выходить для культурного досуга, прогулок, занятий спортом. Впервые тогда прозвучали слова об арт-терапии как технологии, замещающей стационары и способствующей ускорению реабилитации.

Владимир Аронович до старта нашей программы имел опыт передачи психиатрической больницы в социальный департамент. Эти знания также помогли учесть все нюансы при составлении «дорожной карты». Рабочей группой были изучены все действующие зарубежные модели, чтобы понять, какие из них могли бы работать у нас – с учетом наших особенностей, менталитета, отношения к тем или иным психиатрическим проблемам. Мы внимательно смотрели материалы, собранные Олдридом Ньюфелдом, который много лет руководил кафедрой психиатрии в Канадском университете, был член комиссии ВОЗ по вопросам ментальной инвалидности.

Мы понимали, что в российском обществе есть глубокие стереотипы, связанные с психиатрией. И действительно, они сразу же проявились в панике, которая началась в

СМИ. Увы, это звучало примерно так: «Психушки в Москве закрывают, психов выпустили на улицы». Именно так выглядит стигма психиатрического диагноза. Он делает человека с ним «прокаженным», его боятся, лучше изолировать его от общества за высоким забором с колючей проволокой. А задача, которая стояла и стоит перед московским здравоохранением, – не только провести реформу психиатрической службы, сделав ее эффективной, доступной и современной, но и дестигматизировать отрасль в целом – как пациентов, так и медицинский персонал. Ведь, попадая за эти высокие заборы, врачи и медсестры, кураторы, логопеды, психологи и преподаватели мединституты становятся такими же париями в глазах общества, как и их пациенты.

Современная психиатрия, во многом благодаря фармакологии, сделала большой рывок по сравнению с тем, что было еще 50 лет назад. Появились новые препараты для лечения больных шизофренией и другими хроническими психическими заболеваниями, ранее не поддававшимися терапии. Сегодня вполне возможно снять острый приступ психического расстройства у пациента за короткое время пребывания в стационаре, а дальнейшее лечение и реабилитацию проводить амбулаторно, посещая кабинет в поликлинике. Мировая практика показала, что чем скорее пациент возвращается домой, тем больше у него шансов полностью реабилитироваться, сохранить трудо- и дееспособность.

При этом представление обывателей о том, что пациенты с психиатрическим диагнозом очень опасны и их необходимо изолировать от общества, также является стигмой из прошлого. Тяжкие преступления, такие как убийства, разбой, кражи, насилие, совершают психически здоровые люди, это легко проверить.

Вызывали удивление общественные организации, которые устраивали демонстрации под лозунгами: «Не дадим закрыть такую-то психиатрическую больницу, ей 200 лет». Мне хотелось возразить митингующим: «Люди, зайдите в эту больницу, посмотрите внимательно. Это тюрьма с решетками на окнах. И если 200 лет назад ее существование было оправданно, поскольку не было лечебных препаратов, пациентов изолировали от общества, привязывали к кроватям, надевали на них смиренные рубашки, обливали ледяной водой и сажали в клетки, как диких зверей, то сейчас этого ничего не нужно! Неужели вы хотите сохранить старые корпуса барачного типа, с допотопной канализацией, невозможностью установить современное диагностическое оборудование, огромными палатами на десятки человек? Зачем? Мир изменился, технологии, понятия о комфорте тоже».

Сегодня, чтобы пациент регулярно принимал препараты, он должен доверять врачу, чувствовать себя в безопасности, видеть вокруг себя красоту, ощущать заботу и интерес



к себе, своим проблемам со стороны гражданского общества. Тогда возникает заинтересованность в излечении, как теперь модно говорить – комплаентность. Пусть он как можно быстрее приходит в красивую светлую поликлинику вместе с пациентами другого профиля, чтобы не чувствовать свою отверженность.

Пациентам нужны свобода и арт-терапия

В чем же ключевая особенность московской реформы психиатрической службы? В федеральном законе о социальной реабилитации пациентов ментального профиля прямо прописана такая возможность, как арт-терапия. Также в нем достаточно подробно даны инструкции, как

организовать кабинеты арт-терапии в стационарном или амбулаторном звене, перечисляются виды искусства, способствующие реабилитации: музыка, театр, кино, живопись, предлагается организовывать групповые или индивидуальные занятия по этим направлениям. Но есть там еще одна замечательная фраза «или иным образом». Именно она и позволила нам, сотрудникам НИИОЗММ, посмотреть на эту проблему под другим углом. Конечно, пока больной находится в стационаре, хорошо, что там он получает такие навыки. Но когда он выписывается на амбулаторное лечение, получается, он вынужден возвращаться в стационар и получать арт-терапию в больничных стенах! Это же закрепляет стигму диагноза и в голове больного, и в глазах общества. Получается, к нормальным людям ему нельзя, даже искусство он способен воспринимать отдельно, за высоким забором клиники, в отдельном кабинете арт-терапии. Это же абсурд!

Наши сотрудники под руководством Любови Алексеевны Ходыревой, заместителя директора НИИОЗММ по научной работе, д.м.н., провели колоссальную работу, изучили иностранный опыт применительно именно арт-терапии к пациентам ментального профиля. Оказалось, что не только Канада, но и многие европейские страны уже десятилетия назад пошли по этому пути, накоплен достаточный положительный опыт.

В Германии даже была изобретена интересная формула: инклюзия самых разных пациентов ментального профиля по отношению к здоровым может достигать 20 к 80. То есть, если мы 20% людей с психиатрическими диагнозами в стадии ремиссии погружаем в обычную городскую среду: театр, кино, музей, концертный зал, они полностью в ней растворяются. Даже дети с нарушениями аутистического спектра и другими ментальными проблемами, впервые оказавшись в театре или музее, спокойно адаптируются, начинают копировать поведенческие реакции остальных ребят, у них ускоряются не только процессы социализации и реабилитации, но происходит развитие интеллекта, параллельно идет образование в самых разных направлениях, приобретение дополнительных навыков и знаний. И мы решили попробовать! Благодаря поддержке и личному энтузиазму таких людей, как директор Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой профессор Марина Александровна Бебчук, заведующая Детским наркологическим центром (филиал) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» Вероника Яковлевна Готлиб, заведующий Социально-психологической службой ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» Андрей Викторович Новаков, почти два года активно работает московская программа реабилитации «Арт-терапия».

В чем ее особенность? Пациенты малыми и большими группами в сопровождении врачей и кураторов,

родственников и волонтеров посещают прекрасные московские театры, выставки и концерты, сами снимаются в кино и принимают участие во многих других творческих процессах. Первое время нам приходилось преодолевать страх и недоверие самих пациентов, их родственников и даже врачей.

Родители боялись идти в театр со своими детишками, рассуждая так: вдруг мой больной ребенок будет себя неадекватно вести? Вдруг с ним случится припадок в общественном месте? Нас выгонят с позором, это будет ужасно. Надо сказать, что среди творческих людей нашлось немало тех, кто готов был разделить этот риск с нами. Кто сказал: мы не просто готовы к этому, мы хотим участвовать и делаем все возможное, чтобы ужаса не случилось, мы верим в победу искусства над болезнью!

Медицина как искусство, искусство как медицина

В самом начале нашей работы мы задумались – что же будет главным компонентом терапии – музыка? живопись? театр? Как оценить эффективность? Какие критерии определить для понимания, что реабилитация пациентов идет успешно? После изучения специальной научной литературы, зарубежного опыта, дискуссий со специалистами стало понятно – если пациенты начнут чувствовать себя комфортно в общественных местах: театрах, музеях, парках, там, где они встретятся с искусством как обычные люди – это и будет главным критерием их социализации. Мы нашли данные зарубежной научной литературы из стран, где по этому пути пошли раньше нас, что положительные результаты уже есть! Получается интересный процесс: не только медицина проявляет себя как искусство врачевания, но и искусство становится инструментом медицины. Сейчас в НИИОЗММ рабочая группа под руководством Любови Алексеевны Ходыревой вместе с сотрудниками научно-практических центров психиатрии и наркологии ведет научно-исследовательскую работу в этом направлении.

Московские врачи поставили перед нами задачу доказать, что арт-терапия может служить не только психосоциальной реабилитации, но и стать самостоятельным терапевтическим средством в определенных ситуациях. Надеемся, наша работа покажет, что это возможно!

«Потому что ты нужен...»

Самым удивительным для меня в этой работе было осознание того, как много в городе хороших людей, способных пропустить чужую боль, проблемы, болезни через собственное сердце. Наш «штаб», если можно так сказать, собирался вначале в НПЦ им. Г.Е. Сухаревой у Марины Александровны Бибчук, позже к нам присоединились

МНПЦ наркологии, Морозовская детская городская клиническая больница и Детская городская клиническая больница св. Владимира. На наши встречи приезжали артисты, режиссеры, руководители московских театров и их помощники, театральные критики, такие, как художественный руководитель «Театриума на Серпуховке» Тереза Ганнибаловна Дурова, театровед, кинокритик, телеведущая Марина Александровна Райкина, художественный руководитель московского музыкального театра «Геликон-Опера» Дмитрий Александрович Бертман, его заместитель по продюсерской работе Эдуард Георгиевич Мусаханянц, ныне покойный художественный руководитель театра «Практика» Дмитрий Владимирович Брусникин.

Мы вместе ходили по отделениям, смотрели, как живут пациенты, разговаривали с ними, с врачами, с персоналом. В какой-то момент я поняла, что наша жизнь изменилась, что мы уже никогда не сможем просто так забыть, что есть эти все люди, которые по-прежнему практически живут в домах с решетками на окнах, за высокими заборами с колючей проволокой. Во время одной из таких встреч Тереза Ганнибаловна показала фильм про то, как артисты «Театриума на Серпуховке» играют интерактивный спектакль для пациентов с аутизмом и с их непосредственным участием.

Для него специально была написана песня, в которой много раз повторялись слова «потому что ты нужен...» В этот момент они и стали девизом нашей программы. Это в полной мере относилось к каждому участнику проекта – пациенты нужны не только сами себе, но и их родным и близким, испытавшим на себе давление стигмы психиатрического диагноза, выдавливающего всю семью из нормальной жизни, врачам и другим сотрудникам больниц, в которых мы увидели признаки эмоционального выгорания от работы в таких закрытых, сложных условиях.

Это относилось и ко всему нашему обществу в целом, нуждающемуся в новом современном отношении, ломке ментальных стереотипов. Круг участников программы постоянно расширяется, и это лишнее доказательство того, что она важна и нужна людям. Помимо «Театриума на Серпуховке», «Геликон-Оперы», театра «Практика», теперь это международный театральный фестиваль «Гаврош», Московский театр кукол, Сказочный детский театр, театр «Мост», парк «Зарядье», музейно-парковый комплекс Царицыно, Музей Москвы, Центр документального кино, выставочный центр MustART и многие другие.

Все эти люди своей личной целью поставили помощь пациентам психиатрического и наркологического профиля вернуться в нормальную жизнь. Не только реабилитировать их в психологическом смысле, но и сформировать условия для их дальнейшего образования и трудоустройства.



М.А. Бебчук,
врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.

МАРИНА БЕБЧУК: «В ПСИХИАТРИИ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ ВМЕСТЕ С ЛЕЧЕНИЕМ»

АВТОР: ЕКАТЕРИНА СИРИНА
ФОТОГРАФИИ ВЫПОЛНЕНЫ ЦЕНТРОМ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

Заместитель главного внештатного специалиста психиатра Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) по детству, директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ» Марина Бебчук о том, как ведется реабилитация детей и подростков с ментальными нарушениями, какую помощь в этом оказывает арт-терапия и как проходит обучение родителей для продолжения процесса восстановления психического здоровья пациентов на дому.

- Марина Александровна, каковы основные направления работы по реабилитации детей с ментальными нарушениями?

– Выражение «медицинская реабилитация» имеет очень широкий спектр толкований – от узкого понимания реабилитации как восстановления утраченных функций до очень широкого, характеризующего возвращение человека к привычному или возможному для него образу

жизни. В детской психиатрии же оно приобретает особое звучание: реабилитация, по сути, начинается вместе с лечением и включает в себя постоянную поддержку пациента со стороны семьи. Именно семья принимает решение об обращении к врачу-психиатру, и в семью ребенок возвращается после госпитализации. Содействие и сочувствие родственников маленькому пациенту не менее важны, а правильное сказать – важнее, чем



помощь медиков. Достичь успеха можно только совместными усилиями.

Для реабилитационного процесса, в фокусе которого семья с душевнобольным ребенком, необходимы хорошо и целенаправленно подготовленные специалисты. В нашем центре за последние два года существенно увеличилось количество семейных психологов – с 1 до 38 человек. Это уникальные специалисты, имеющие не только высшее психологическое образование по специальности «клиническая психология», но и прошедшие 3-летнюю образовательную программу подготовки в области семейной психотерапии. В каждом отделении центра сегодня работают от одного до четырех таких специалистов. Психологическое сопровождение семьи начинается с первых дней госпитализации. Благодаря этому, к моменту выписки из стационара родители уже подготовлены и обучены конструктивным формам взаимодействия с ребенком. Так они становятся значительно более последовательными, учатся правильно реагировать на болезненное и зачастую манипулятивное поведение ребенка, возрастает их устойчивость к стрессу. Все эти факторы важны и значительно снижают риск рецидива, даже при наиболее тяжелых проявлениях болезни, в первую очередь, суицидального поведения.

В центр им. Г.Е. Сухаревой дети приходят вместе с родителями, это требование закона. Конечно, нашими пациентами являются дети, но на практике родители в той же степени требуют нашего внимания. Поэтому большое количество консультативных, психотерапевтических, обучающих, психообразовательных и антистигматизационных программ Центра нацелено именно на них. Встречи в «Родительском клубе» проводят психологи, логопеды, дефектологи и другие специалисты центра. В «Родительском клубе» можно не только обсуждать возникшие проблемы и поддерживать друг друга, но и учиться справляться с особенностями своего ребенка в режиме тренинга.

- Расскажите о новом отделении реабилитации, которое заработало в центре.

– В созданном чуть менее года назад отделении «Реабилитации, адаптации и социализации» (РАС) реализуются самые

современные методики, уже хорошо зарекомендовавшие себя в мире, и уникальные, авторские разработки наших специалистов. Мы используем множество разнообразных подходов, направленных на формирование речи, эмоционального регулирования, бытовых и социальных навыков, как правило, в комплексе.

На занятия в отделение РАС приходят дети самого разного возраста из всех отделений центра. За неполный год через него прошли более 2,5 тыс. детей, проведено около 13 тыс. занятий. На данный момент в отделении работают 24 специалиста – клинические психологи, нейропсихологи, дефектологи, специалисты по АВА-терапии, адаптивной физической культуре, танце-двигательной терапии, арт-терапии. Здесь есть игровые залы со специальными игрушками и оборудованием. Например, пескотерапия хорошо помогает детям с проблемами сенсорного восприятия. Адаптивной физической культурой в хорошую погоду дети занимаются на улице, в плохую она проводится в отделении.

Дети очень любят арт-терапевтические занятия, которые ведут профессиональные артисты – мимы. Это уникальные специалисты, которые учат детей узнавать и выражать эмоции без участия речи. Зал, в котором проходят такие



занятия, оборудован небьющимися зеркалами, чтобы ребенок мог видеть себя и учиться адекватно и понятно для окружающих выражать свои эмоции. Таким образом, у ребенка или подростка развивается эмоциональный интеллект, то есть умение понимать эмоции других людей.

В отделении РАС работает детский психотерапевтический театр. Актеры-подростки с удовольствием показывают свои спектакли детям отделений дошкольного возраста.

В холле отделения проходят встречи «Родительского клуба», а специалисты приходят в отделение РАС на совместные просмотры кинофильмов с последующим их обсуждением, в библиотеку и игротеку, где всегда и родители, и специалисты могут взять книжки и игрушки. Мы заметили, к большому сожалению, что сегодня многие родители не умеют играть с детьми. С помощью игротеки родителей учат играть с пользой и в удовольствие.



В отделении РАС дети обучаются социально-бытовым навыкам и самостоятельности, а родителей специалисты обучают развивать эти навыки в домашних условиях. Специалисты учат детей чистить зубы, пользоваться туалетом и ванной, стирать и гладить белье, резать хлеб, варить сосиски и готовить яичницу. Для этого есть специально предназначенные помещения. Такие навыки очень важны для социализации ребенка, они помогают ему стать более самостоятельным и независимым.

Мы просим родителей приходить в отделение на коррекцию вместе с детьми, чтобы потом взрослые могли продолжить занятия и закрепить полученные навыки дома, ведь работа специалистов в отделении реабилитации направлена на будущее ребенка.

Если продолжить тему ориентации на будущее, то очень важная часть нашей реабилитационной работы проходит еще в одном новом отделении центра – отделении социального развития и психологической реабилитации. Именно в нем у нас появилось и развивается новое направление помощи – клиническая профессиональная ориентация. Трудоустройство людей с ментальными нарушениями – это большая социальная проблема, которой мало кто занимается. Уникальные специалисты центра им. Г.Е. Сухаревой – профессиональные психологи – стараются найти для наших детей будущую профессию по душе. В центре впервые разработаны уникальные авторские методики, огромный инструментарий – тесты, стимуляционные



Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой – старейшее медицинское учреждение в России в области детской психиатрии. С конца XIX в. здесь ведется активная научная деятельность, связанная с вопросами помощи детям с ментальными нарушениями, накоплен большой опыт работы с детьми с любыми видами душевных расстройств, в том числе с задержкой интеллектуального и речевого развития, расстройствами аутистического спектра, нарушением пищевого поведения, аффективными расстройствами, суицидальным поведением и многими другими.

В центре работают врачи-психиатры, психотерапевты, неврологи, педиатры, генетики, дефектологи, логопеды, психологи, а также врачи других специальностей. Дети постоянно находятся под наблюдением воспитателей, имеющих высшее педагогическое образование и прошедших специальную дополнительную подготовку. Круглосуточный стационар рассчитан на 630 коек. Действует дневной стационар, а также ведется амбулаторный прием пациентов. Для детей, находящихся на стационарном лечении, в центре работает школа.

материалы. Эта работа проводится как с детьми, так и с родителями, а процесс адаптации ребенка к выбранной профессии реализуется как в индивидуальном, так и в групповом формате.

Для того чтобы правильно выбрать профессию, надо ее «пощупать», попробовать. Это важно и для здоровых людей, но особенно необходимо людям с ментальными нарушениями, поскольку реальный опыт может оказаться неприятным и пугающим. У нас есть студия звукозаписи, швейная, столлярная, кулинарная и даже автомастерская. Кроме того, с помощью волонтеров мы организуем семинары, которые знакомят детей с «интеллектуальными профессиями». Так, уже прошли семинары по астрофизике и геологии. Формат таких мероприятий различен – это и лекции, и интерактивное взаимодействие. Занятия могут продолжаться и один день, и целую неделю в небольших группах заинтересованных подростков по 2–3 человека. Такую работу мы готовы проводить до тех пор, пока у подростка не возникнет ясность и перспектива на будущее.

Многие семьи наших пациентов привыкли быть в изоляции, устали от напряжения и постоянной оценки со стороны общества их воспитательных усилий и компетентности. Мы



считаем, что и дети, и родители должны иметь возможность развиваться, приобретать профессию, быть включенными в социальную жизнь. Специалисты центра им. Г.Е. Сухаревой помогают в этом семьям как в период госпитализации ребенка, так и после выписки. Например, нам кажется очень важным, чтобы, уходя в лечебный отпуск домой на выходные, ребенок провел это время, не уткнувшись головой в компьютер, а в позитивном общении с родными и близкими. Для этого семейные психологи интегрируют свои занятия с возможностью пойти в выходные дни в музей или театр. Семьи получают билеты в театр, а психолог дает «домашнее задание» – обсудить спектакль по определенной схеме после возвращения домой. На следующей встрече с семейным психологом разбираются результаты посещения театра и подводятся итоги выполнения задания, а потом будет новый поход в театр и новое задание...

– Это программа по арт-терапии? Кто в ней участвует?

– Социокультурная реабилитация – важнейшее направление работы с нашими пациентами. Комплексную программу по арт-терапии, которая называется «Потому что ты нужен...», мы реализуем совместно с НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Департаментом культуры города Москвы, различными творческими коллективами, в частности, с театром «Геликон опера», «Мост», «Театриум на Серпуховке». Благодаря этой программе, наши дети регулярно получают бесплатные билеты в театры и посещают спектакли. Мы сотрудничаем со многими московскими музеями, со студией ландшафтного дизайна, библиотеками.

– Как развивается проект «Антистигма»? Как удалось добиться изменения в лучшую сторону имиджа детской психиатрической службы?

– Люди должны понимать, что сегодня в психиатрии невозможно работать так, как это было 20–30 лет назад.

Современная психиатрия выходит «из тени», становится «прозрачной», и те преобразования, которые происходят у нас, активно обсуждаются в прессе, нашими коллегами, общественностью и родителями. Помимо открытости, к современной психиатрии предъявляются требования безопасности, дружелюбия и профессионализма. То, чем мы занимаемся, я бы назвала психиатрией с человеческим лицом. Для такого подхода, конечно, должны быть возможности. В центре им. Г.Е. Сухаревой работают около 1000 сотрудников, и при поддержке ДЗМ в нашем распоряжении есть все лучшее, что предлагается в мире для помощи детям с ментальными нарушениями.

Однако одна из основных проблем всей психиатрии в целом и детской психиатрии в частности – ее стигматизация: психиатры воспринимаются как страшные и коварные специалисты. Нас боятся, визит к нам стараются всячески оттянуть. Несколько лет назад мы проводили исследование, которое показало, что в среднем срок между появлением у ребенка первых признаков душевного неблагополучия и обращением к специалисту составляет около 3 лет. На протяжении этого времени родители обращаются к педиатрам, неврологам, парапсихологам, гадалкам, экстрасенсам... К кому угодно, только не к врачам-психиатрам. Это означает, что теряется время, но ведь не только в психиатрии, а в любой области медицины известно, что чем раньше будет оказана помощь, тем благоприятней прогноз. А как часто самим родителям важно правильно уметь реагировать на определенные действия ребенка! Особенно остро эту потребность чувствуют родители подростков с суицидальным поведением. Здесь мы сталкиваемся с парадоксом: родители не обращаются с вопросами к специалисту (врачу-психиатру) даже если осознают, что важно понимать состояние ребенка, хотя освободиться от собственных страхов и беспомощности, иметь в арсенале способы оказания психологической помощи своему ребенку.

Мифы о психиатрии касаются многих аспектов нашей деятельности, в том числе юридической сферы. Например, многие считают, что обращение к психиатрам автоматически





означает «постановку на учет», и мало кто знает, что это не так. В момент выписки передача сведений о пациенте по месту жительства, участковому врачу, может быть осуществлена только с согласия родителей (законных представителей). Такая система в России действует давно и хорошо отлажена – мы руководствуемся письменным заявлением родителей. Большинство из них пока предпочитают сведения не передавать, хотя в некоторых случаях мы считаем это желательным, хотя бы потому, что именно участковый врач-психиатр оформляет инвалидность, дает заключение о требуемых специальных образовательных условиях (например, некоторым детям положен тьютор), помогает получить льготное лекарственное обеспечение. Это называется, кстати, «диспансерное наблюдение», а вовсе не «постановка на учет». Страхи и мифы о психиатрии, к сожалению, влияют на поведение большинства людей, в том числе врачей-педиатров. Поэтому так необходима психопросветительская работа, которая проводится сейчас во всем мире. Наши сотрудники выступают с лекциями, проводят семинары и консультации на разных площадках, рассказывая о наиболее важных проблемах детской психиатрии, о том, как устроена детская психиатрическая служба, куда обращаться в разных случаях. Кстати, пользуясь случаем, хочу заметить, что у нас в центре все консультации для семей с детьми с суицидальным поведением бесплатны.

Мы уже упоминали один из самых распространенных мифов о психиатрии – о «пожизненной постановке на учет», другой часто звучащий миф о психиатрах – они «любого могут упечь в психушку». Есть мифы и о наших лекарствах: всем пациентам выписываются «страшные» препараты, которые «вызывают зависимость и превращают в овощ». Современная фармакология достигла значительных успехов с точки зрения эффективности и безопасности лекарственных средств. Обсуждая побочные эффекты «наших» препаратов, люди забывают, что они есть у всех лекарств, включая жаропонижающие и витамины. Что же касается психотропных препаратов, применяемых в детской психиатрии,

то производители стараются сделать их максимально безопасными с учетом необходимости длительного применения, к тому же они проходят длительную и очень серьезную процедуру клинических испытаний.

Из-за специфического отношения к пациентам с ментальными нарушениями трудно приходится как им, так и их семьям. Чуть раньше мы обсуждали ту изоляцию, в которой находятся семьи наших пациентов. На улице, в транспорте, в поликлинике родителям делают замечания о том, что они плохо воспитали ребенка, а ведь изо дня в день родители детей с ментальными нарушениями выполняют тяжелую работу. Сейчас мы планируем реализовать проект «Передышка», чтобы родители могли оставить детей хоть на несколько часов под присмотром специалиста и заняться своими делами. Наш центр совсем не соответствует тем представлениям, которые существуют в обществе о психиатрии, и для того, чтобы в этом убедиться, надо просто прийти и увидеть.

- Возглавляемый вами центр ведет активную научную деятельность, проводит конференцию «Сухаревские чтения». Насколько часто на них поднимаются вопросы, связанные с реабилитацией?

– Как я уже говорила, в психиатрии практически невозможно провести грань между лечением и реабилитацией. Именно поэтому темы, которые мы поднимаем на Сухаревских чтениях, ежегодно проводимой нами научно-практической конференции с международным участием, так или иначе связаны с вопросами реабилитации. В прошлом году конференция была посвящена профилактике суицидального поведения у детей и подростков. В этом году Сухаревские чтения пройдут 11–12 декабря. Тема конференции – нарушения пищевого поведения: булимия, анорексия, сложности питания у детей с аутизмом и многое другое. Очень важно, что мы проводим это мероприятие совместно с педиатрами и рассчитываем, что союз врача-психиатра и педиатра не только может способствовать повышению знаний в области психиатрии у врачей широкого профиля, но и будет полезен нашим пациентам – детям с ментальными нарушениями.



КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

23.07.18

ФЛЕГМОНА И СЕПСИС

На клиничко-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы 23 июля 2018 г. рассматривалось клиническое наблюдение пациента Г. 1956 г. р., который умер 4 марта 2018 г. от флегмоны и сепсиса.



Леонид Печатников,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

ОТ РЕДАКЦИИ

По просьбе заместителя мэра Москвы по социальным вопросам Леонида Печатникова редакция максимально сохранила авторский стиль выступлений докладчиков, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Пациент Г. наблюдался в ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ» с 2004 по 2014 гг. По профессии был асфальтобетонщиком. Трудовую деятельность продолжал до 2011 г. Имел двоих детей. Вредные привычки отрицал.

В 2004 г. зафиксировано первое обращение к участковому врачу-терапевту по поводу болей в правой кисти, правом лучезапястном и локтевом суставах. С диагнозом артрозо-артрит правого лучезапястного и правого локтевого суставов получал лечение нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС).

Следует отметить, что приверженность пациента лечению была крайне низкой. Он обращался в поликлинику лишь в случаях, когда выраженность болей становилась серьезной и малотерпимой либо в дальнейшем для переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ).

В октябре 2005 г. при обследовании у участкового врача-терапевта впервые были выявлены изменения в анализах крови (табл. 1). С целью уточнения диагноза назначены рентгенологическое исследование суставов, консультации ревматолога и ортопеда.

В ноябре 2005 г. был осмотрен врачом-ортопедом. На рентгенограмме кистей выявлены кистозные изменения костей пясти, запястья. Диагноз: ревматоидный артрит? Направлен на стационарное лечение. Но данные о проведенном стационарном лечении отсутствуют.

Медицинская документация больного свидетельствует о том, что пациент большие отрезки времени к врачам не обращался, поэтому ими не наблюдался.



А.А. Тяжелников,
главный врач ГБУЗ
«Консультационно-
диагностическая
поликлиника
№ 121 ДЗМ»

Таблица 1. Клинический анализ крови пациента Г., октябрь 2005 г.

Показатель	Значение показателя	Норма
С-реактивный белок (СРБ), мг/л	30,7	до 6
γ-глобулины, %	21,7	до 19,9%
α ₁ -глобулины, %	5,10%	до 4,4
Альбумин, г/л	32,9	34–48
Ревматоидный фактор, Ед/л	19,7	до 30
СОЭ, мм/ч	21	до 10

14.06.2013



К.А. Лыткина,
заведующая
ревматологическим
отделением
ГБУЗ «Городская
клиническая больница
№ 4 ДЗМ»

В дальнейшем он попадал в поле зрения врачей только от случая к случаю, при госпитализации в стационары, что подтверждается выписками из его историй болезни. В феврале 2007 г. был осмотрен врачом-ревматологом. Диагноз: остеоартроз крупных и мелких суставов? Ревматоидный артрит? Выдано направление на стационарное лечение в ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ» с целью верификации диагноза. С июня 2007 г. до февраля 2011 г. за медицинской помощью не обращался. Базисную терапию лекарственными препаратами, назначенными врачом-ревматологом, судя по всему, не принимал.

В феврале 2011 г. в связи с прогрессированием заболевания, которое было выражено в болях в суставах кистей, стоп и локтевых суставах, появлении деформации суставов кистей, с диагнозом «ревматоидный артрит, полиартрит» пациент был направлен в ревматологический центр при ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ».

С 6 по 29 апреля 2011 г. находился на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова. Диагноз: ревматоидный артрит 3 степени, функциональная недостаточность (ФН) 2 степени, активность 2 степени, серопозитивный. Рекомендован прием метотрексата и фолиевой кислоты. С результатами обследования в ревматологическом центре направлен на освидетельствование в бюро МСЭ для определения группы инвалидности.

В августе 2011 г. был признан инвалидом 2 группы.

В феврале 2013 г. был осмотрен врачом-ревматологом. Диагноз: ревматоидный артрит 3 стадии, ФН 2–3 степени, активность 3 степени, серопозитивный. На фоне отмены пациентом базисной терапии отмечалось прогрессирование заболевания: усиление деформации суставов, появление синовитов пястно-фаланговых и лучезапястных суставов. После внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов и анестетиков отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности болей.

В апреле-мае 2013 г. проходил обследование для переосвидетельствования в бюро МСЭ. Были проведены анализы крови (табл. 2).

Пациент Г. признан инвалидом 2 группы бессрочно. С июня 2013 г. не обращался за медицинской помощью в ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ».

Пациент Г. поступил в ГКБ № 4 1 марта 2007 г. При поступлении жаловался на боли в мелких суставах кистей и скованность в движениях по утрам в течение часа. Из анамнеза: считал себя больным в течение двух лет, когда впервые появились боли и признаки воспаления в мелких суставах кистей. В течение последнего года к врачам не обращался, когда же сделал это, ему был выставлен диагноз: ревматоидный артрит. Но рекомендованные лекарственные препараты не принимал, а медицинская документация отсутствовала. Ухудшение состояния произошло в январе 2007 г., когда появились вышеуказанные жалобы. Госпитализирован в плановом порядке в ревматологическое отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4 ДЗМ». При поступлении общее состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, единичные очаги гиперкератоза на коже груди и волосистой части головы. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пульсация на периферических артериях сохранена. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 18/мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Артериальное давление (АД) – 130/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 72/мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Мочевыделительная система без особенностей. Дизурии нет.

Выявлены атрофия межкостных мышц, гипотрофия тенара и гипотенара, признаки умеренно выраженного воспаления в проксимальных межфаланговых суставах кистей, в правом лучезапястном, левом локтевом суставах, вальгусная деформация I пальца левой стопы. На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра пациенту выставлен диагноз: ревматоидный артрит, полиартрит, активность 1 степени, ФН 2 степени, серонегативный. Дифференциальная диагностика с псориатическим артритом.

Таблица 2. Клинический анализ крови пациента Г., апрель 2013 г.

Показатель	Значение показателя	Норма
СРБ, мг/л	12,4	до 6 мг/л
Ревматоидный фактор, Ед/л	180,7	до 30
СОЭ, мм/ч	24	до 10

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, единичные очаги гиперкератоза на коже груди и волосистой части головы. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пульсация на периферических артериях сохранена. В легких перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18/мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 72/мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Мочевыделительная система без особенностей. Дизурии нет.

В клиническом анализе крови гемоглобин при поступлении – 141 г/л (норма – 120–150 г/л), в динамике – 140 г/л. СОЭ – 13 мм/ч как при поступлении, так и при выписке. Лейкоцитоза не было. Формула крови не изменена. Анализ мочи в норме. В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение СРБ до 11,5 мг/л (норма – до 6 мг/л). Ревматоидный фактор на тот момент – 12,4 Ед/л (норма – до 30 Ед/л). Пациент был серонегативен по ревматоидному фактору. Отмечено также повышение уровня холестерина.

Рентгенологические исследования.

Рентгенография кистей была проведена 5 марта 2007 г. Выявлено умеренное сужение суставных щелей в дистальных межфаланговых суставах кистей и в проксимальных межфаланговых суставах IV–V пальцев обеих кистей. При рентгенографии поясничного отдела позвоночника у пациента выявлены признаки С-образного сколиоза и остеохондроза на уровне V поясничного и I крестцового позвонков.

Выполнена электрокардиограмма. Ритм синусовый, ЧСС – 78/мин, нормальное положение электрической оси сердца. Пациент проконсультирован дерматологом 6 марта 2007 г. Заключение: себорейный дерматит. Данных за псориаз на тот момент выявлено не было. Рекомендовано лечение в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства. Был поставлен клинический диагноз: ревматоидный артрит 1 степени, полиартрит, активность 1 степени, ФН 2 степени, серонегативный. Остеохондроз, сколиоз позвоночника. Себорейный дерматит.

На тот момент действовали классификационные критерии ACR от 1997 г. Диагноз «ревматоидный артрит» ставится при наличии 4 из 7 критериев (длительность критериев 1–4 не менее 6 нед). Поэтому поставленный диагноз полностью соответствовал действующим на тот момент критериям ACR (табл. 3). С учетом того, что заболевание имело низкую активность и было серонегативным по ревматоидному фактору, в качестве базисной терапии был выбран сульфасалазин. В ревматологическом отделении им начата терапия по 0,5 г 3 раза в день. Назначены НПВС: диклофенак 3 мл внутримышечно, нимесулид 100 мг по 2 раза в день; ингибитор протонной

помпы омепразол по 20 мг 2 раза в день и физиотерапевтическое лечение.

Таблица 3. Диагностические критерии ревматоидного артрита (ACR, 1997 г.)

Критерий	Наличие
Утренняя скованность не менее 1 ч	+
Артрит 3 или более суставов	+
Артрит суставов кистей	+
Симметричный артрит	+
Ревматоидные узелки	–
Положительный ревматоидный фактор	–
Рентгенологические изменения	–

На фоне проводимой терапии состояние пациента улучшилось. Боли, признаки воспаления в суставах значительно уменьшились. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ревматолога по месту жительства с рекомендацией приема в качестве базисного препарата сульфасалазина 2 г/сут, НПВС, ингибиторов протонной помпы. Рекомендовано освидетельствование МСЭ для определения степени трудоспособности.

16 марта 2007 г. пациент Г. был выписан из ГКБ № 4.

Пациент Г., 1956 г.р., находился на лечении в отделении ревматологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова с 6 по 29 апреля 2011 г. Жалобы при поступлении на боль, припухлость мелких суставов кистей, лучезапястных, локтевых суставов; утреннюю скованность в течение 2 ч; повышение температуры тела до 37,6°C.

Из анамнеза нам было известно, что в 2007 г. пациент прошел стационарное лечение в отделении ревматологии ГКБ № 4. Был установлен диагноз: серонегативный ревматоидный артрит, как сказала Каринэ Арнольдовна Лыткина.

Был назначен сульфасалазин 2 г/сут. В 2009 г. развился артрит лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. Назначена



Е.И. Шмидт,
заведующая
отделением
ревматологии
ГБУЗ «Городская
клиническая больница
№ 1 им. Н.И. Пирогова
ДЗМ»

терапия метотрексатом, дозу которого пациент не помнил. Пациент Г. отменил прием метотрексата через 2 мес после начала его приема и использовал только мази с НПВС. В 2011 г. дерматологом впервые диагностирована кожная форма псориаза. Он был вновь консультирован ревматологом в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова и направлен на стационарное лечение в ревматологическое отделение для коррекции терапии.

При поступлении состояние удовлетворительное. Псориаз волосистой части головы. ЧСС – 80/мин. АД – 175/80 мм рт. ст. Ульнарная девиация кистей. Деформация пястно-фаланговых суставов за счет экссудативно-пролиферативных изменений. Пальпация и движения в суставах кистей, лучезапястных суставах ограничены и болезненны. Гипотрофия межкостных мышц кистей. Мышечная сила кистей снижена. *Hallux valgus* обеих стоп. Переразгибание в плюснефаланговых и межфаланговых суставах II–III пальцев правой стопы. Уплотнение мышц спины. Сглаженность грудного кифоза. Выпрямление поясничного лордоза. Болезненность при пальпации остистых отростков и по паравертебральным линиям грудного отдела позвоночника. В анализах крови СОЭ не превышала 18 мм/ч. Показатели гемоглобина в норме. СРБ составлял 12 мг/л. Латекс-тест был положительным, тест HLA-B27 – отрицательным.

Рентгенография органов грудной клетки была проведена 8 апреля 2011 г.: легкие повышенной прозрачности, посттуберкулезный пневмофиброз. В верхушечном сегменте правого легкого – множественные мелкие петрификаты. Сердце умеренно расширено в обе стороны. Аорта немного расширена.

Был поставлен клинический диагноз: ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный, активность 2 степени (DAS 28–CRP-4,22), 3 стадии, ФН 2 степени. Артериальная гипертензия 2 степени, риск 2. Кальциноз аортального клапана дегенеративного генеза. Пролапс митрального клапана 2 степени. Митральная регургитация 2 степени. Хронический бронхит, вне обострения. Пневмосклероз. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия ремиссии. Псориаз волосистой части головы.

При выписке были рекомендованы направление на МСЭ в связи с ограничением физической активности, прием НПВС при усилении болей в суставах, продолжение базисной терапии метотрексатом в дозе 10 мг в неделю, фолиевой кислотой 5 мг в неделю, омега-3 кислотой 20 мг/сут, наблюдение по месту жительства специалистами: ревматологом, дерматологом. Рекомендована консультация в Московском городском ревматологическом центре через 3 мес для оценки эффективности назначенной базисной терапии.

К моменту выписки 29 апреля 2011 г. уменьшилась боль в суставах, сократилась продолжительность утренней скованности, уменьшились воспалительные изменения в суставах кисти. Показатель по шкале DAS28 составил 2,99. Нормализовалось АД.

Пациент Г., 59 лет, был доставлен в приемное отделение Городской клинической больницы № 17 21 ноября 2015 г. в 21.40 бригадой скорой помощи с направлятельным диагнозом «флегмона I пальца левой стопы».

Жалобы при поступлении были на наличие болезненного инфильтрата в области I пальца левой стопы. Со слов больного, инфильтрат данной локализации появился 14 дней назад. Самостоятельно не лечился. В связи с появлением гиперемии, болей вызвал скорую помощь и был госпитализирован к нам. С 2007 г. у пациента, по его словам, отмечались боли в суставах. И, со слов пациента, диагностирован ревматоидный артрит. С 2011 г. – инвалид 2 группы. Никакой медицинской документации и выписок пациент не предоставил.

Состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8°C, деформация мелких суставов. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС – 98/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул со склонностью к запорам.

Отмечена вальгусная деформация первых пальцев обеих стоп. В области I плюснефалангового сустава левой стопы, по боковой поверхности имеется болезненный инфильтрат размерами 5×4 см с гиперемией и гипертермией кожи над ним, где определяется флюктуация. По результатам обследования при рентгенографии грудной клетки отмечается ограниченный пневмосклероз верхней доли правого легкого. При электрокардиографии отмечается синусовая тахикардия с нормальным положением электрической оси сердца. В клиническом анализе крови обращает на себя внимание лейкоцитоз – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, уровень гемоглобина – 119 г/л. Глюкоза в крови при поступлении 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи в норме.

Консультирован терапевтом в приемном отделении. Заключение терапевта: гипертоническая болезнь 2 степени, 2 стадии, риск 3, хронический бронхит вне обострения, ревматоидный полиартрит вне обострения. Диагноз установлен на основании жалоб. Медицинской документации пациент Г. не предоставил.



А.И. Аникин,
заведующий
отделением
гнойной хирургии
ГБУЗ «Городская
клиническая больница
№ 17 ДЗМ»

Заключение хирурга после консультации терапевта: абсцесс левой стопы, гипертоническая болезнь, хронический бронхит вне обострения, ревматоидный полиартрит вне обострения. Больной госпитализирован в отделение гнойной хирургии для оперативного лечения.

Пациент в срочном порядке был оперирован. Под внутривенной анестезией была выполнена хирургическая обработка гнойного очага левой стопы. Эвакуировано 4 мл жидкого гноя без запаха. Некротические ткани иссечены. Наложена асептическая повязка с водным раствором 0,02% хлоргексидина.

В отделении гнойной хирургии проведен курс терапии: цефтриаксон – по 1 г 2 раза в день внутримышечно, метронидазол – по 0,5 г 3 раза в день, кеторол – по 1 мл 2 раза в день внутримышечно, престариум – 5 мг 1 раз в день по утрам. Проводились перевязки с мазью левомеколь.

На фоне лечения состояние больного значительно улучшилось. Послеоперационная рана левой стопы очистилась. На 3-и сутки появились грануляции, размеры раны уменьшились до 3×0,5 см. Перифокальное воспаление и боли полностью купированы.

Динамика лабораторных показателей. Лейкоцитоз у пациента за время лечения снизился с $12,5 \times 10^9/\text{л}$ до $7,2 \times 10^9/\text{л}$. Отмечалось увеличение СОЭ до 83 мм/ч. В остальном без патологических изменений. Палочкоядерного сдвига не отмечалось. В биохимическом анализе крови патологических изменений выявлено не было, так же как и в клиническом анализе мочи.

Окончательный диагноз: абсцесс левой стопы, гипертоническая болезнь 2 степени, 2 стадии, риск 2, хронический бронхит вне обострения, ревматоидный полиартрит вне обострения.

Пациент выписан 27 ноября 2015 г. с рекомендацией амбулаторного наблюдения хирургом и терапевтом поликлиники и перевязок с гидрофильными мазями.



Ю.Я. Карагодина,
и.о. главного врача
ГБУЗ «Больница
"Кузнечики" ДЗМ»

Пациент Г., 1956 г. р., с 25 ноября 2015 г. прикреплен к Рязановской поликлинике ГБУЗ «Больница "Кузнечики" ДЗМ». С 30 ноября 2015 г. по 14 января 2016 г. проходил амбулаторное лечение у врача-хирурга Рязановской поликлиники с диагнозом: абсцесс I пальца левой стопы. Выполнялись перевязки. Пациент проходил лечение нерегулярно. Рана зажила вторичным натяжением. Клинические анализы крови

без особенностей. Лечение закончено с выздоровлением. Даны рекомендации.

Больше в Рязановскую поликлинику пациент Г. за медицинской помощью не обращался. Уже после его смерти стало известно, со слов жены, что он упал в ванной, получил травму и передвигался по дому при помощи стула. Через некоторое время, в связи с повышением температуры, вызвал бригаду скорой помощи и был госпитализирован.

28.02.2018 18:36



Г.А. Введенский,
заместитель главного
врача ГБУ «Станция
скорой и неотложной
помощи им.
А.С. Пучкова ДЗМ»

По прибытии бригады скорой помощи пациент Г. предъявлял жалобы на одышку, кашель, учащенное сердцебиение, повышение температуры тела до 38°C. Состояние средней тяжести. Оглушение – 14 баллов по шкале комы Глазго. Температура тела на момент осмотра 39,8°C. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон.

ЧДД – 22/мин, ЧСС – 120/мин, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД – 120/100 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Печень у края реберной дуги; селезенка не пальпируется. Дизурии нет, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Поведение спокойное. Чувствительность сохранена. Речь внятная. Зрачки OD=OS, обычные, фотореакция сохранена. Нистагма нет. Менингеальные и очаговые симптомы отсутствуют.

Анамнез: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, гипертоническая болезнь 2 стадии, хронический бронхит. Аллергические реакции, контакт с инфекционными больными пациент отрицал.

Предварительный диагноз: внебольничная нижнедолевая двусторонняя пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) 2 степени. Проведена гипотермическая терапия 50% раствором анальгина – 2 мл внутримышечно и оксигенотерапия. Температура тела снизилась до 38,5°C. Определены показания к медицинской эвакуации, больной доставлен в ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина ДЗМ».

28.02.2018 20:34



Е.Г. Захарова,
заместитель главного
врача ГБУЗ «Городская
клиническая больница
им. С.С. Юдина ДЭМ»

каком этапе это произошло? Все, что мы пока слышали, – это то, что ему проводилось введение кеналога в пораженные суставы.

Е.Г. Захарова

Последний курс таблетированных препаратов, со слов сопровождавшей пациента жены, был назначен в 2017 г.

Л.М. Печатников

Никто из ревматологов этого ведь не делал, да? Евгения Исааковна, Каринэ Арнольдовна, никто из ваших врачей ведь не делал такого назначения? Да еще больному с псориазом.

Е.Г. Захарова

Также в анамнезе имелась травма правого тазобедренного сустава в январе 2018 г. За медицинской помощью по ее поводу пациент Г. не обращался. Со слов жены, после получения травмы пациент самостоятельно не передвигался. Доставлен был лежа на каталке. Из вредных привычек отмечаются курение и регулярный прием алкоголя.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное, неврологического дефицита нет. Кожные покровы обычного цвета, не изменены, деформация, отечность в области правого тазобедренного сустава, температура тела – 38°С. ЧДД 18–20/мин, аускультативно: дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, АД – 130/80 мм рт. ст., ЧСС до 120/мин. Система пищеварения без отклонений, дизурии нет. Выполнен клинический анализ крови, в котором отмечались анемия и сдвиг лейкоцитарной формулы до юных форм (табл. 4).

Пациент доставлен в приемное отделение с жалобами на гипертермию до 40°С, слабость, кашель, одышку в течение суток от момента заболевания. В анамнезе ревматоидный артрит с 2006 г. По его словам, принимает курсами глюкокортикостероиды.

Л.М. Печатников

Никто из выступавших не говорил, что ему назначались курсы приема глюкокортикоидов. Хотелось бы понять, на

Таблица 4. Клинический анализ крови пациента Г. от 28.02.2018 г.

Показатель	Значение
Гемоглобин, г/л	75
Гематокрит, %	23,6
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,6
Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (МСН), пг	20,9
Тромбоциты, тыс. Ед/мкл	391
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	10,6
Миелоциты, %	1
Метамиелоциты, %	1
Палочкоядерные эритроциты (п/я), %	24
Сегментоядерные эритроциты (с/я), %	63
Эозинофилы, %	1
Базофилы, %	0
Лимфоциты, %	7
Моноциты, %	3
Плазматические клетки, %	0
Бластные клетки, %	0
Эритроцитарный индекс MCV, фл	66
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (МСНС), г/л	319
Диапазон распределения эритроцитов (RDW), %	17,3

Была проведена инструментальная диагностика.

ЧСС – 126/мин, ритм синусовый, частичное нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Выполнена рентгенография тазобедренного сустава – выявлен субкапитальный оскольчатый перелом правой бедренной кости с варусным смещением шейки.

При рентгенографии грудной клетки выявлены диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, посттуберкулезные изменения правого легкого в S1 и S2. Также выполнена ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей, признаков тромбоза и нарушения кровотока не выявлено. После обследования в приемном отделении, осмотра терапевтом и травматологом был сформулирован предварительный диагноз: закрытый застарелый перелом шейки правой бедренной кости со смещением и сопутствующее заболевание – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) средней тяжести, ревматоидный артрит. Пациент госпитализирован в травматологическое отделение.

01.03.2018

Пациент Г.: состояние средней тяжести, сознание ясное. Гипертермия до 38,6°C в течение суток, без органной дисфункции. Назначены постельный режим, общая диета, анальгезия НВПС, выполнена инфильтративная анестезия в области перелома.

02.03.2018

Отрицательная динамика состояния пациента Г. Находился в ясном сознании, но уже был вялым, заторможенным. Гипертермия до 39,6°C. Органная дисфункция не наблюдалась. К лечению добавлены антимикробная терапия фторхинолонами, муколитическая терапия, продолжен поиск очага инфекции. Выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, выявлены посттуберкулезные изменения, признаки бронхоиолита. Был осмотрен хирургом. Данных за острое хирургическое заболевание не выявлено. Заключение терапевта: обострение ХОБЛ. Консультирован реаниматологом. Показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не выявлено.

03.03.2018

Усиление отрицательной динамики пациента Г. Состояние тяжелое, сознание: сопор. Нестабильная гемодинамика.

Сатурация (SpO₂) – 85%. Переведен в ОРИТ, катетеризована центральная вена, назначена инфузионная терапия глюкокортикоидами и бета-блокаторами. Также продолжены диагностические исследования с целью поиска очага возможной инфекции. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек, изменений не выявлено. Проведен осмотр хирургом, терапевтом, неврологом, реаниматологом.

04.03.2018

Состояние крайне тяжелое. Острая ДН, острая сердечно-сосудистая недостаточность, манифестация острой почечной недостаточности. Дополнительно назначен норадреналин. Продолжены диагностические исследования, чтобы выявить источник воспаления. Повторные КТ головного мозга и легких – без динамики. При эхокардиографии данных за эндокардит не получено. Данные клинических и биохимических анализов крови представлены в табл. 5–7.

Несмотря на все проводимые мероприятия, 4 марта 2018 г. пациент Г. скончался.

Основной диагноз: ревматоидный артрит, поздняя стадия с выраженной деструкцией суставов, высокой степени активности, функциональный класс 4, закрытый застарелый перелом шейки правой бедренной кости со смещением.

Осложнения: вторичный артроз, бронхоиолит нижней доли правого легкого, интоксикационный синдром, хроническая гипохромная анемия средней степени тяжести, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, отек головного мозга.

Сопутствующий диагноз: посттуберкулезные изменения в верхней доле правого легкого, диффузный пневмосклероз,

Таблица 5. Биохимические анализы крови пациента Г. от 02–04.03.2018 г.

Показатель	Значение от 02.03.2018	Значение от 03.03.2018	Значение от 04.03.2018
Общий белок, г/л	–	53	53
Мочевина, ммоль/л	16,7	23,6	31,4
Креатинин, мкмоль/л	158	230	293
Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Ед/л	83	115	106
Аспартатаминотрансфераза (АСТ), Ед/л	476	695	604
Глюкоза крови, ммоль/л	5,9	5,1	6,2
СРБ	329	–	–
Билирубин общ., г/л	–	28,4	42
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ), Ед/л	–	340	379

Таблица 6. Коагулограмма пациента Г. от 02–04.03.2018

Дата	02.03.2018	03.03.2018	04.03.2018
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), с	35,1	45,9	66,1
Международное нормализованное отношение (МНО), ед.	1,23	1,49	1,7
Тромбиновое время по Квику, с	76,3	–	57
Фибриноген, г/л	–	4,7	4,8
Протромбиновое время (ПТВ), с	–	19,5	21

эмфизема легких, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз сосудов сердца.

Таблица 7. Клинические анализы крови пациента Г. от 03.03.2018 г. и 04.03.2018 г.

Показатель	Значение от 03.03.2018	Значение от 04.03.2018
Гемоглобин	83	84
Гематокрит	25,8	27,1
Эритроциты	3,9	4,02
МСН	21	67
Тромбоциты	190	130
Лейкоциты	9,9	33,7
Эозинофилы	–	2
Базофилы	–	3
Лимфоциты	9	9
Моноциты	4,3	2
MCV	66	–
МСНС	310	–

При исследовании аортально-клапанового комплекса на полулунных створках были обнаружены подвижные



О.А. Тишкевич,
и.о. заведующего
патологоанатомическим
отделением ГБУЗ
«Инфекционная
клиническая больница
№ 2 ДЗМ»

буро-красные вегетации от 0,3 до 1 см, при бактериологическом исследовании которых выделены золотистый стафилококк, кишечная палочка и грибы. Область поражения эндокарда представлена обширной зоной некроза с инфильтрацией полиморфноядерными лейкоцитами без каких-либо признаков пролиферации и ангиогенеза. Сами вегетации представлены фибрином с большим количеством

кокковой флоры. Следующее проявление сепсиса – это острая гиперплазия селезенки, масса 264 г.

При исследовании легких был обнаружен старый спайочный процесс правой плевральной полости. В верхних долях обоих легких были обнаружены очаги фиброза до 1 см и множественные кальцификаты размером до 0,3 см. Также в отделе S7 левого легкого найден плотный узел размером 0,5 см хрящевидной плотности. При гистологическом исследовании обнаружены остаточные посттуберкулезные изменения в виде кальцинированных очагов, окруженные фиброзными капсулами без каких-либо признаков активности и без обнаружения кислотоустойчивых палочек. Также при гистологическом исследовании в легких была обнаружена очаговая гнойная бронхопневмония. Узел, о котором я говорил, был представлен хондроматозной гамартомой. Следующее проявление острого сепсиса обнаружено в печени в виде септических метастазов по типу микроабсцессов и васкулитов с тромботическими массами и микробами.

Признаки ДВС-синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свертывание). Некроз эпителия канальцев почек, фибриновый тромб в сосуде головного мозга, очаговые некрозы в надпочечниках, межтрабекулярный тромб в полости правого желудочка сердца.

Основной диагноз: обширная флегмона в правой ягодичной области и области бедра. При бактериологическом исследовании мягких тканей выделен золотистый стафилококк, грибы в месте закрытого травматического перелома шейки правой бедренной кости давностью около 1 мес, ревматоидный артрит, поздняя стадия с выраженной деструкцией суставов, высокой степени активности.

Осложнения: вторичный артроз, бронхолит нижней доли правого легкого, интоксикационный алкогольный синдром, кровоизлияния в эпикарде, легких и мягкой мозговой оболочке, селезенке, паховых лимфоузлах, надпочечниках, фибриновые тромбы в сосудах головного мозга, мягкой мозговой оболочке, поджелудочной железе, печени, межтрабекулярные фибриновые тромбы сердца, реактивная гиперплазия селезенки,



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ОТДЕЛ ДЕМОГРАФИИ

- ✓ Анализ и прогнозирование демографических процессов в Москве
- ✓ Внедрение научно обоснованных методик оценки заболеваемости и смертности населения для принятия взвешенных управленческих решений
- ✓ Проведение статистических и аналитических исследований в области демографии и здоровья населения
- ✓ Оценка взаимного влияния демографических и социальных факторов на эффективность деятельности системы и организаций здравоохранения

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

очаговые некрозы канальцев почек, надпочечников, острая печеночно-почечная недостаточность, мелкоочаговая фибринозно-гнойная бронхопневмония, трофические язвы лодыжек правой нижней конечности, отек легких, анемия средней степени тяжести, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая ДН, отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: посттуберкулезные изменения в верхней доле правого легкого, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз сосудов сердца, хроническая алкогольная интоксикация, хронический индуративный панкреатит, фиброз мягкой мозговой оболочки, микрогрия лобных долей, ревматоидный артрит, деформация суставных поверхностей, костное remodelирование, продуктивный сановит, фиброзирование. Таким образом, смерть пациента наступила от обширной флегмоны правой ягодичной области и области правого бедра, которая осложнилась развитием сепсиса и ДВС-синдрома.



Г.В. Лукина,
руководитель
Московского городского
ревматологического
центра ГБУЗ
«Московский
клинический научный
центр им. А.С. Логинова
ДЭМ»

Перенесенный пациентом перелом шейки бедра при падении в ванной с высоты собственного роста определенно свидетельствует о снижении минеральной плотности кости с высокой вероятностью развития остеопороза. Остеопороз является характерным осложнением ревматоидного артрита.

Другими предрасполагающими факторами к развитию остеопороза в данном случае могли быть хроническая алкогольная интоксикация и прием глюкокортикоидов.

Наиболее вероятно, что инфекционный процесс развился в клетчатке латерального отдела бедра и ягодичной области с возникновением обширной флегмоны этих областей, с последующим развитием сепсиса, гнойных метастазов и реактивного воспаления капсулы и синовиальной оболочки правого тазобедренного сустава.

Ревматоидный артрит – это серьезное хроническое заболевание, которое при отсутствии лечения сокращает жизнь пациентов в среднем на 10–15 лет, преимущественно вследствие увеличения риска сердечно-сосудистых заболеваний и тяжелых инфекционных осложнений.

Спонтанный инфекционный артрит редко встречается в общей популяции, но является одним из частых инфекционных осложнений ревматоидного артрита (3-е место после легочных и кожных инфекций). У больных ревматоидным артритом инфекционные артриты встречаются в 4 раза чаще.

У пациента с ревматоидным артритом, страдающего хронической алкогольной интоксикацией, с неприверженностью к лечению это ведет к неконтролируемому течению заболевания, усугублению иммунодефицита, флегмоне и сепсису. Таким образом, ревматоидный артрит в данном наблюдении можно рассматривать как фоновое заболевание, которое через свои осложнения, такие как остеопороз, малотравматичный перелом шейки правого бедра, инфекционный процесс, вследствие снижения гуморального и клеточного иммунитета привело к развитию сепсиса и к смерти пациента. В приемном отделении ГКБ им. С.С. Юдина в качестве основного заболевания стал рассматриваться перелом шейки правого бедра, несмотря на то, что основными жалобами пациента были лихорадка, одышка и тахикардия. Флегмона бедра и ягодичной области, сепсис не были своевременно диагностированы, несмотря на то что история болезни содержит соответствующие указания, а именно имеющаяся при первичном осмотре припухлость в области тазобедренного сустава, септический уровень прокальцитонина и резко выраженный палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле. Распространенность процесса, множественность возбудителей, которые нам продемонстрировали патологоанатомы, и тяжесть общего состояния пациента позволяют говорить о высоком риске неблагоприятного исхода даже в случае своевременной диагностики септического процесса и его адекватного лечения.



Е.Ю. Васильева,
главный внештатный
специалист кардиолог
ДЗМ

И единственный человек, реаниматолог, впервые написала: мы знаем, что у больного воспалительный процесс, но его причина до сих пор не ясна.

При этом у больного в анализе крови сдвиг лейкоцитарной формулы до метамиелоцитов сохраняется, СРБ – 330 мг/л,

Больной пробыл в больнице меньше 4 дней. За это время было написано 100 страниц истории болезни, 4 раза были выполнены КТ, УЗИ всего, чего только возможно, в том числе сосудов и сердца. Консультации специалистов проводились 17 раз, 5 раз пациента консультировали и осматривали терапевты.

Поражает то, что это все разные терапевты, никто не осматривал пациента повторно.

больной начинает потихонечку впадать в шок, начинает снижаться АД. Оно было 130/80 мм рт. ст. при поступлении, потом медленно снижается до 85/60 мм рт. ст. 4 марта 2018 г.

Дальше, что характерно, больному делается D-димер. Он оказывается высоким, какой алгоритм, – значит, у пациента тромбоз. Раз тромбоз – значит, надо звать хирурга.

Самое тяжелое впечатление, как ни грустно, производит консультация кардиологом за 5 ч до смерти пациента Г. АД у человека уже 85/60 мм рт. ст., но врач возвращает назначенный и отмененный за день до этого биспролол. Это бета-блокатор, который снижает АД.

Есть очень простой тест на сепсис – Quick SOFA, последняя рекомендация 2016 г. Это нарушение ментального статуса, ЧДД больше 22/мин и АД ниже 100 мм рт. ст. У больного были все три критерия, при них вероятность сепсиса считается чрезвычайно высокой.

От чего умер больной, теперь понятно, но ключевой вопрос, сумели бы мы его спасти, если бы с самого начала правильно установили диагноз, остается открытым. Думаю, что вероятность маленькая. Очень тяжелое наблюдение, очень запущенный больной, и вряд ли даже самая правильная диагностика и лечение повлияли на исход заболевания.

Чем, на мой взгляд, интересно это наблюдение. Медицина движется в сторону формализации, стандартизации. Мы вводим клинические рекомендации во врачебную практику, и я горячо приветствую этот процесс. Но в европейских клинических рекомендациях есть пункт, в котором говорится, что и как решает врач, в российских это четко не прописано. Мне кажется, что мы должны осознать это и не стремиться все формализовать, иначе будет беда. Мои выводы: первый – избыточные анализы исследования могут вводить в заблуждение, второй – у пациента должен быть лечащий врач.

Л.М. Печатников

Это наблюдение – чрезвычайно поучительное. Но меня беспокоит то, что мы не в первый раз собираемся здесь и обсуждаем недиагностированные септические осложнения. Предлагаю провести конференцию по септическим осложнениям и их диагностике. Часто бывает, что некий диагноз затмевает нам глаза, и мы уже не видим септических осложнений. Особенно часто это бывает, когда септические осложнения происходят у больных аутоиммунными и аллергическими заболеваниями.

Аутоиммунные заболевания на фоне септических теряют свою остроту. Больные говорят, что суставы стали хорошо функционировать, бронхиальная астма прошла и приступов нет, но зато появилась лихорадка с температурой 39°C, и анализы крови имеют свои особенности.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

27.08.18

САРКОМА, ПОХОЖАЯ НА СЕПСИС

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) 27 августа 2018 г. рассматривалось клиническое наблюдение пациентки К., 57 лет, умершей от фибросаркомы, при том, что лечащие врачи считали, что имеют дело с сепсисом.



Леонид Печатников,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

По сведениям, полученным от коллег ГБУЗ «Андреевская городская поликлиника», пациентка К., 57 лет, являлась жительницей деревни Лугинино Солнечногорского района, расположенной рядом с Зеленоградским административным округом Москвы. На медицинское обслуживание была прикреплена к Андреевской городской поликлинике, куда обращалась крайне редко. Работала продавцом.

09.08.2017

Впервые в ГБУЗ «ГП № 201 ДЗМ» пациентка К. обратилась к врачу-онкогинекологу для консультации по поводу новообразования в левом яичнике после проведенного УЗИ брюшной полости, выполненного в медицинском центре в Андреевке.

Анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, безболезненные. С 52 лет менопауза. Беременностей 6, родов 2, аборт 4, выкидышей не было. Гинекологические заболевания отрицала. К гинекологу не обращалась с 2009 г. Рост – 160 см, вес – 130 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 50,8.

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 78/мин, артериальное давление (АД) – 125/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Пациентка осмотрена гинекологом. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище емкое. Слизистые розовые. В зеркалах: шейка матки



А.Г. Булах,
заведующий
онкологическим
отделением
ГБУЗ «Городская
поликлиника
№ 201 ДЗМ»

ОТ РЕДАКЦИИ

По просьбе заместителя мэра Москвы по социальным вопросам Леонида Печатникова редакция максимально сохранила авторский стиль выступлений докладчиков, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

цилиндрической формы, при кольпоскопии равномерно покрыта многослойным плоским эпителием, не гипертрофирована, обычной плотности. Выделения – бели. Мануально тело матки и придатки четко не пальпировались из-за ожирения. Своды и параметрии свободны.

Пациентке был выставлен предварительный диагноз по коду МКБ D27, доброкачественное образование левого яичника.

Рак левого яичника? Ожирение 3 степени.

Для решения дальнейшей тактики ведения пациентке К. рекомендовано дообследование с последующей повторной консультацией.

Пациентке К. назначено обследование:

- общий анализ крови, мочи;
- биохимический анализ крови;
- определение группы крови и резус-фактора;
- скрининг маркеров гепатитов;
- скрининг онкомаркеров;
- коагулограмма;
- рентгенография грудной клетки;
- электрокардиограмма (ЭКГ);
- эхокардиограмма (Эхо-КГ);
- гастроскопия;
- колоноскопия;
- маммография;
- дуплексное сканирование нижних конечностей;
- УЗИ малого таза (трансвагинальное).

29.08.2017

На повторный осмотр пациентка К. явилась с результатами обследований, выполненных в ГБУЗ «Андреевская городская поликлиника» и частных медицинских центрах. Однако УЗИ малого таза выполнено не было. При повторном осмотре жалоб не предъявляла.

По данным обследования и осмотра четких данных за онкопатологию не было выявлено.

Диагноз: Код по МКБ D27, доброкачественное новообразование левого яичника. Рак левого яичника? Рекомендовано провести УЗИ малого таза.

07.09.2017

Впервые была госпитализирована по направлению врача консультативно-диагностического отделения (КДО) филиала «Поликлиническое отделение» ГКБ им. М.П. Кончаловского. Диагноз при поступлении: лихорадка неясного генеза.

Жалобы на повышение температуры тела до 38,6°C, быструю утомляемость, общую слабость, снижение массы тела на 18 кг за последние 2 мес.

При дальнейшем изучении анамнеза стало известно, что с 2016 г. ее стали беспокоить, как она считала, боли в мышцах передней брюшной стенки после принятия душа Шарко. Периодически появлялись пигментные пятна на передней брюшной стенке и ночные ознобы с повышением температуры тела до 38°C, сопровождающиеся потливостью. Самостоятельно принимала ибупрофен, ампициллин, 5-НОК с временным положительным эффектом.

Вновь повышение температуры тела отметила с первых чисел августа 2017 г. Как уже сказал мой коллега, она наблюдалась в Андреевской городской поликлинике, прошла достаточно подробное амбулаторное обследование в различных медицинских учреждениях Подмосковья и консультирована онкогинекологом ГБУЗ «ГП №201 ДЗМ». На основании этих данных, анамнез следующий.

УЗИ почек (частный медицинский центр): положение типичное, дыхательная подвижность сохранена, контуры четкие, неровные, чашечно-лоханочная система почек (ЧЛС) не расширена, паренхима – 17 мм. Размеры правой почки – 110×48 мм, левой почки – 116×51 мм. Умеренное диффузное изменение паренхимы обеих почек.

Эзофагогастродуоденоскопия (Андреевская городская поликлиника): пищевод свободно проходим, слизистая розовая, желудок средних размеров, слизистая очагово гиперемирована в антральном отделе, луковица не деформирована. Заключение: хронический гастрит, недостаточность кардии. Колоноскопия (частный медицинский центр): просвет кишечника не деформирован, не изменен, слизистая дистальной части сигмы и прямой кишки слегка отечна, местами пятнисто гиперемирована. Заключение: хронический катаральный проктосигмоидит.

Рентген органов грудной клетки (частный медицинский центр): без патологии.

Ультразвуковое ангиосканирование сосудов нижних конечностей (частный медицинский центр): гемодинамически значимых препятствий кровотоку в венах нижних конечностей не выявлено.

Консультация онкогинеколога (ГП №201): данных за онкопатологию не получено.



А.Н. Быков,
заместитель
главного врача по
хирургической помощи
ГБУЗ «Городская
клиническая больница
им. М.П. Кончаловского
ДЗМ»

Таблица 1. Данные анализов пациентки К.	
Онкомаркеры (15.08.2017)	
РЭА, СА-125, СА-19,9, НЕ4	В пределах нормы
Биохимический анализ крови (05.09.2017)	
Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Аспартатаминотрансфераза (АСТ), билирубин, мочевины, натрий, холестерин	В пределах нормы
Общий белок, г/л	62,5 (норма 65–84)
Калий, ммоль/л	6,17 (норма 3,3–5,3)
Глюкоза, ммоль/л	7,87 (норма 3,2–5,5)
Коагулограмма 05.09.2017	
Протромбин по Квику, %	66,6 (норма 75–145)
Международное нормализованное отношение (МНО), ед.	1,36 (норма 0,8–1,2)
Фибриноген, г/л	522 (норма 200–400)
Протромбиновое время, с	17,9 (норма до 7,3)
Клинический анализ крови (05.09.2017)	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	14,35
Тромбоциты, тыс. ед./мкл	469
Гемоглобин, г/л	107
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	32
Общий анализ мочи (05.09.2017)	
Бактерии	Значительное количество
Лейкоциты, ед. в поле зрения	7–10 (норма 3–5)
рН	5 (норма 5–7)

В КДО ГКБ им. М.П. Кончаловского УЗИ было выполнено 4 сентября 2017 г.

По результатам обследования: левый яичник не визуализируется, но в его проекции и выше матки определяется образование круглой формы размерами 10×9×11 см с ровными контурами, стенками толщиной до 4 мм. Содержимое образования неоднородно, от крупнодисперсной взвеси до гиперэхогенных солидных структур неправильной формы без васкуляризации. Предварительный диагноз на основании УЗИ – тератома.

В таблице 1 красным цветом отмечены патологические отклонения от нормальных величин. В общем анализе крови был отмечен лейкоцитоз до 14,5×10⁹/л. И выявлена анемия легкой степени со снижением гемоглобина до 107 г/л.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,6°С, рост – 165 см, вес – 145 кг, ИМТ – 53. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, по передней брюшной стенке участки неравномерной гиперпигментации кожи, пальпаторно – бугристость подкожно-жировой клетчатки. В остальном по органам и системам – без особенностей.

Предварительный диагноз: панникулит подкожно-жировой клетчатки живота, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение 3 степени, тератома левого яичника, хронический пиелонефрит. Хронический пиелонефрит поставлен на основании того, что в анализах мочи была умеренная бактериурия.

А.М. Печатников

Вы поставили ей достаточно редкий диагноз. Что навело на мысль о панникулите? Обычно больные этим заболеванием попадают к хирургам с предварительным диагнозом «рецидивирующий фурункулез». Но это аутоиммунное заболевание, где шоковым органом является подкожно-жировая клетчатка. Содержание этих «фурункулов» не гнойное, асептическое и представляет из себя детрит, связанный с некрозом подкожно-жировой клетчатки. В вашем случае за панникулит не было никаких показаний.

А.Н. Быков

В соответствии с диагнозом проведено лечение: сультасин – 1,5 г 3 раза в сутки, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – диклофенак, ибупрофен, гастропротекторная терапия (омез – 20 мг/сут.). Пациентке проведено дополнительное обследование – УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки.

Печень увеличена, размеры правой доли 178 мм, контуры ровные, четкие, гиперэхогенная структура. Желчный пузырь – размеры 90×30 мм, стенки не утолщены, не уплотнены, просвет однородный, желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа – контуры неровные, четкие. Размеры диффузно увеличены. Структура гиперэхогенная. Почки не увеличены, подвижность сохранена, контуры четкие, неровные, паренхима: левая почка – 18 мм, правая

почка – 14 мм. В проекции надпочечников дополнительных образований не выявлено.

Заключение: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почек. Пациентка была выписана с рекомендацией: наблюдение врачами по месту жительства и повторная госпитализация в гинекологическое отделение в связи с выявленными ранее изменениями.

Пациентка по рекомендации в выписке обратилась к врачу женской консультации, составлены документы для направления на госпитализацию в гинекологическое отделение с диагнозом: опухоль левого яичника, тератома, хронический сальпингоофорит, ожирение 3 степени, нарушение толерантности к глюкозе. Направлена на госпитализацию.

26.09.2017

Пациентка К. госпитализирована в гинекологическое отделение. Общее состояние удовлетворительное, избыточного питания, но в остальном без особенностей. Гинекологический осмотр затруднен из-за выраженного ожирения. Тело матки нормальных размеров, подвижное, безболезненное.

Правые придатки безболезненные, не утолщены. Левые придатки: над маткой пальпируется неподвижное образование тугоэластической консистенции, безболезненное, размерами 12×15 см.

27.09.2017

Под эндотрахеальным наркозом выполнена операция. Лапароскопия, затем лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия, адгезиолизис, резекция большого сальника, ревизия органов брюшной полости, санация, дренирование брюшной полости. Интраоперационный диагноз: дермоидная киста левого яичника (содержимое: жир, волосы, гной) с абсцедированием. Сактосальпинкс справа. Спаечный процесс в брюшной полости. Вторичный оментит.

Ход операции. Выявлен выраженный спаечный процесс. Поэтому с лапароскопии выполнен переход на нижнюю срединную лапаротомию. В брюшной полости в мезогастральной области слева имелось образование диаметром до 15 см. Капсула этого образования на отдельных участках припаяна к петлям тонкой кишки, к стенке толстой кишки в области ректосигмоидного отдела. Выполнен частичный адгезиолизис. В процессе выделения образования вскрылся абсцесс (содержит гной, тканевой детрит, пучок волос, жир), взят посев. Опухоль удалена фрагментарно. Левая маточная труба

Таблица 2. Динамика послеоперационного периода от 28 сентября по 6. 10.2017

Дата/Показатель	28.09	29.09	30.09	01.10	02.10	03.10	04.10	05.10	06.10
Терапия	Бродсеф-С	+ железа-сульфат (III) сахарозный комплекс			+	+	+ Флуконазол (однократно)		
	Диклофенак	Прозерин однократно 30.09.			витамин B ₁₂	мальтофер			
	Кеторол	Метрогил отменен 29.09							
	Фраксипарин								
	Нутриком								
	Метрогил								
Жалобы	Умеренные боли послеоперационной раны			Вздутие живота	Умеренные боли послеоперационной раны			+ мутное отделяемое из раны	
Температура тела, °С	36,8	36,6	36,4	36,5	36,7	37,2–37,8	37,4–37,8	37,4-38,7	37,6
Клинический анализ крови Лейкоциты, 10 ⁹ /л	18,5	16,8	16,1	13,2	12,8		10,2		10,4
Гемоглобин, г/л	93	84	81	80	78		81		79
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	535	561	526	566	485		587		438

отдельно не дифференцируется, распластана на опухоли. Правая маточная труба расширена до 2 см, фимбриальный конец запаян, с серозным содержимым. Правый яичник атрофичен. Тело матки не увеличено, с гладкой ровной поверхностью, бледно-розового цвета, плотное. Инфильтрированный участок большого сальника, прилежащий к стенке абсцесса, резецирован. При тщательной ревизии органов брюшной полости патологических изменений не выявлено. Брюшная полость дважды промыта раствором антисептика, дренирована.

Л.М. Печатников

Когда вы обнаружили абсцесс, те показатели крови, которые до того не находили объяснения, стали понятны?

А.Н. Быков

Да. В послеоперационном периоде продолжалась терапия – антибактериальная, обезболивающая, противовоспалительная, гепаринотерапия, энтеральное, парентеральное питание, препараты железа, витамин В₁₂ с целью коррекции анемии. В динамике мы показали анализы крови. Красным цветом в таблице 2 отмечены патологические отклонения от нормальных величин. На 10-е сутки после операции сохранялась анемия с максимальным снижением гемоглобина до 78 г/л. Тромбоцитоз. Лейкоцитоз с 23×10⁹/л на следующий день после операции снизился до 10×10⁹/л на 6 октября.

Мы понимали, что у пациентки, страдающей таким ожирением, перенесшей длительную травматичную операцию, повышен риск воспалительных послеоперационных осложнений. При УЗИ в области послеоперационного шва 2 октября на глубине 6 см от поверхности кожи выявлено скопление жидкости объемом до 160 мл. Произведена инструментальная ревизия. Эвакуирована серома в объеме 140 мл. Нагноения раны к тому моменту не было, ни покраснений, ни гиперемии. 5 октября произошло намокание повязки серозным отделяемым, которое проступало между швами.

6 октября появилось мутное отделяемое с геморрагическим оттенком по типу лизированной гематомы. Пациентка для дальнейшего лечения переведена в отделение гнойной хирургии. Швы с раны были сняты.

Посев из полости абсцесса из брюшной полости был еще 28 сентября отправлен на анализ и показал массивный рост *Proteus mirabilis* и *Escherichia coli*. Посев раневого отделяемого 10 октября показал дальнейший массивный рост *Escherichia coli*.

Вся антибактериальная терапия проходила с регулярным осмотром пациентки клиническим фармацевтом и подбиралась в зависимости от устойчивости микроорганизмов на флору. Пациентка была выписана на 7-е сутки после наложения вторичных швов без воспаления на ране.

Таблица 3. Динамика лабораторных показателей пациентки К. с 9 по 30 октября 2017 г.

Клинический анализ крови	09.10	18.10	30.10
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,33	3,15	3,64
Гемоглобин, г/л	90	85	97
Гематокрит	29,4	28,3	30,7
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	541	498	342
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,7	7,6	8,1
Нейтрофилы, %	61,6	48	56,3
Эозинофилы, %	3,7	4	1,9
Лимфоциты, %	28,5	40,9	31,3
СОЭ, мм/ч	13	40	50
Биохимический анализ крови	09.10	18.10	23.10
Общий белок, г/л	38,2	56,6	–
Мочевина, ммоль/л	2,3	4,3	–
Креатинин, мкмоль/л	24	199	–
Общий билирубин, ммоль/л	5	13,3	–
АСТ/АЛТ, ед.	12/20	18/16	–
Альбумин	–	17,2	–
Глюкоза, ммоль/л	6,8	4,6	–
С-реактивный белок	–	–	39

Диагноз при выписке: инфицированная рана передней брюшной стенки, тератома левого яичника с нагноением, сактосальпинкс справа, спаечный процесс брюшной полости, вторичный оментит. Ожирение 3 степени, нарушение толерантности к глюкозе, анемия средней степени тяжести, хронический железодефицит.

Пациентка была выписана с рекомендациями: наблюдение по месту жительства, снятие швов в амбулаторном порядке, прием сорбифера, контроль анализов крови и динамики анемии.

29.01.2018

Со слов пациентки, она обратилась в Андреевскую городскую поликлинику в первых числах января 2018 г. За две недели до поступления, до повторного обращения появилась рана на передней брюшной стенке в области нижней трети послеоперационного рубца и небольшое серозно-гнойное отделяемое из этой раны.

Диагноз при поступлении: инфицированная рана передней брюшной стенки, состояние после аднексэктомии, с обеих сторон санация отделений брюшной полости от 27 сентября, наложение вторичных швов 27 октября. Вялогранулирующая рана передней брюшной стенки. Ожирение 3 степени. Нарушение толерантности к глюкозе.

Общее состояние больной средней тяжести, небольшая тахикардия, давление нормальное, живот увеличен в объеме за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки, по остальным органам и системам без особенностей.

На передней брюшной стенке рубец после нижнесрединной лапаротомии длиной 40 см. В нижней трети имеется рана размером 8×2 см, глубиной до 15 см. Дном раны является апоневроз. Края и дно раны выстланы вялой грануляционной тканью розового цвета с выраженной контактной кровоточивостью. При инструментальной и пальпаторной ревизии не выявлено дополнительных затеков.

Определены показания к оперативному вмешательству в объеме хирургической обработки раны, вторичной хирургической обработки, наложения вторичных швов, что и было выполнено 1 февраля 2018 г.

При этом электрокоагуляцией были иссечены края раны, старые края разошедшиеся, кожные края раны в пределах здоровых тканей, сформированы вторичные швы. Но 6 февраля было отмечено частичное расхождение краев раны, в связи с чем 7 февраля была выполнена повторная хирургическая обработка, ушивание краев кожной раны.

При этом динамика лабораторных показателей удручала. Красным в таблице 4, опять же, отмечены ненормальные показатели.

Таблица 4. Динамика лабораторных показателей пациентки К. с 30 января по 17 февраля 2018 г.			
Клинический анализ крови	30.01	13.02	17.02
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,42	2,84	2,94
Гемоглобин, г/л	92	86	88
Гематокрит	29,6	26,4	27,3
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	359	461	409
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	49,9	101	69
Нейтрофилы, %	81	92	90
Эозинофилы, %	3	2	2
Лимфоциты, %	7	4	6
Биохимический анализ крови	30.01	13.02	
Общий белок, г/л	53,6	53,7	
Мочевина, ммоль/л	3,1	6,4	
Креатинин, мкмоль/л	90	137	
Общий билирубин, ммоль/л	5	14,3	
АСТ/АЛТ, ед.	6/13	12/11	
Глюкоза, ммоль/л	4,9	3,3	

Шокируют показатели лейкоцитоза. Отмечу, что состояние пациентки не коррелировало с теми анализами крови, которые мы получали. Пациентка до 20 февраля чувствовала себя

неплохо. Ее состояние расценивалось то как средней тяжести, то как относительно удовлетворительное. Она перемещалась в пределах отделения, выходила гулять на улицу, питалась самостоятельно в общей столовой. И ежедневные жалобы были только на общую слабость, дискомфорт или боли в области раны, не более того.

С учетом того, что у этой пациентки мы не находили признаков органной или полиорганной недостаточности, несмотря на лейкоцитоз, вопрос о наличии у нее сепсиса даже не обсуждался, мы его не видели.

И тем не менее терапия проводилась в полном объеме, как мы бы стали проводить ее пациентке с сепсисом. В таблице 5 не указаны инфузионные среды, которые, конечно, тоже применялись.

Таблица 5. Медикаментозная терапия пациентки К. с 29 января по 21 февраля 2018 г.	
Препарат	Период лечения
Амикацин	29.01.18–06.02.18
Сульфасин	29.01.18–18.02.18
Ванкомицин	19.02.18–21.02.18
Метрогил	13.02.18–21.02.18
Фраксипарин	29.01.18–11.02.18
Этамзилат	01.02.18–08.02.18
Нутрикомп	30.01.18–18.02.18
Кеторол	01.02.18–12.02.18
Стерофундин	13.02.18–21.02.18
Неосмектин	13.02.18–21.02.18

Температура тела практически до 21 февраля носила субфебрильный характер. Был лишь однократный подъем до 38,1°C (табл. 6).

Таблица 6. Температура тела пациентки с 29 января по 21 февраля 2018 г.								
Дата/показатель	29.01	31.01	01.02	03.02	04.02	05.02	13.02	19.02
Температура тела, °C	37,5	38,1	37,4	37,3	37,4	37,2	37,1	37,5

После того, как наша повторная попытка наложить дополнительные швы оказалась безуспешной, мы рану раскрыли. И в течение последних двух недель проводилась только местная терапия. Это повязки с антибиотиками, а также диоксицином, повидон-йодом. Признаков репарации в ране мы не нашли.

21.02.2018

Вызов в палату. Больная в сопоре, на вопросы не отвечает, кожные покровы и слизистые бледные, ЧСС около 100/мин, гипотония. В связи с резким ухудшением состояния срочно переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Начаты реанимационные мероприятия, которые не привели к успеху. И в 10.15 констатирована смерть пациентки К.



Н.Б. Куницкая, заведующая патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

Труп женщины правильного телосложения, повышенного питания, толщина подкожно-жировой клетчатки 9,5 см. На передней брюшной стенке по средней линии живота послеоперационный рубец длиной 40 см. В области рубца имеется дефект стенки 7×7 см, в дне его определяются жировая ткань и петля тонкой кишки, по краю дефекта множественные разрастания ткани красновато-коричневатого цвета, наибольшее из них

6×5×5 см, на разрезе серо-розовые.

В брюшной полости придатки матки удалены оперативным путем, матка грушевидной формы размерами 5,5×5,5×3,5 см. В брюшной полости и малом тазу определена опухоль размерами 20×20×23 см с распадом, она расположена в брыжейке тонкой и толстой кишки, в малом тазу между мочевым пузырем и прямой кишкой у дна матки. Между петлями тонкой и толстой кишки множественные спайки, в ткани печени два метастаза диаметром 1,3 см и 10 см. По другим органам дистрофические изменения, на миндалинах мозжечка след от ущемления в вертебральной воронке.

На основании данных вскрытия и гистологического исследования (рис. 1-8) установлен патологоанатомический диагноз:

Основной диагноз: С48.8. Фибросаркома забрюшинного пространства с поражением клетчатки малого таза, корня брыжейки тонкой кишки, стенки тонкой кишки, с ростом по ходу послеоперационного

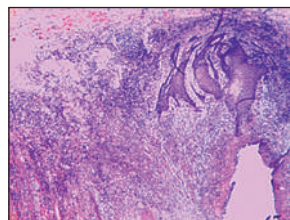


Рис. 1. Ткань яичника с дермоидной кистой и гнойным воспалением

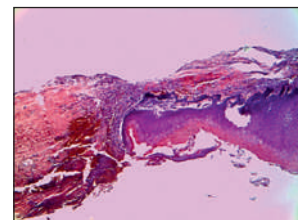


Рис. 2. Яичник с дермоидной кистой и фрагментом белого тела

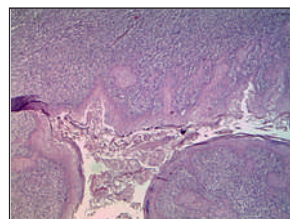


Рис. 3. Ткань в области дефекта передней брюшной стенки

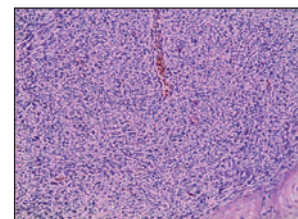


Рис. 4. Кожа передней брюшной стенки с врастанием опухоли

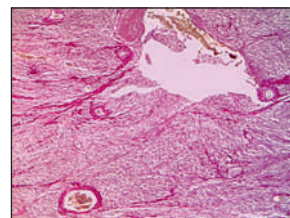


Рис. 5. Окраска по Ван Гизон

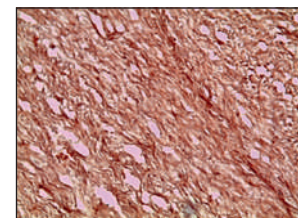


Рис. 6. Окраска на жир Судан III

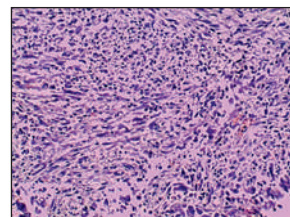


Рис. 7. Фрагмент опухоли

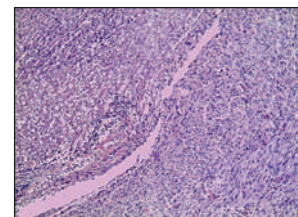


Рис. 8. Метастаз опухоли в печени

рубца, с врастанием в кожу передней брюшной стенки, с обширными некрозами. Метастазы опухоли в печень.

Осложнения: С80. Опухолевая интоксикация. Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Отек головного мозга. Гипергрануляции послеоперационной раны.

Сопутствующие: Ожирение 3 степени (толщина подкожно-жировой клетчатки 9,5 см). Старая операция – двусторонняя аднексэктомия (сентябрь 2017 г.).



О.О. Орехов, главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ

Фибросаркома у взрослых локализуется в глубоких мягких тканях конечностей, туловища, головы и шеи. Также сообщается о поражении висцеральных органов, но истинность этих описаний в старых отчетах сомнительна. Ретроперитонеальная фибросаркома встречается редко. Типичная фибросаркома описывается как белая или коричневая

масса с различной выраженностью синтеза коллагена. Кровоизлияние и некроз характерны для опухолей высокой злокачественности. Фибросаркомы метастазируют в легкие и кости, особенно осевого скелета, и редко – в лимфатические узлы. Таким образом, на секции с использованием рутинных методов гистологического исследования был установлен диагноз фибросаркомы, однако для полноценной верификации опухоли необходимо использование дополнительных методов, в частности иммуногистохимии. Данным методом ГКБ им. М.П. Кончаловского не располагает.

Следует отметить, что неоднократно в стационаре производили иссечение гипергрануляций, но, как следует из медицинской документации, материал на гистологическое исследование не направлялся, что не позволило диагностировать онкологический процесс при жизни пациентки К. с направлением ее для консультации и проведения иммуногистохимического исследования в специализированный онкологический стационар.

Имеется расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. В то же время следует отметить, что с учетом агрессивного течения опухоли летальный исход был непредотвратим. Метастазы в печени указывают, что это веретенноклеточная фибропластическая опухоль, карциносаркома.

Заключение. Если мы хотим двигаться вперед, то должны значительно повысить уровень диагностики. Первый постулат: онкологический диагноз – это морфологический диагноз. Второе: необходимо создание иммуногистохимических референсных центров

в системе ДЗМ. В ходе ремонта и переоснащения действующих прозектур приходит новое оборудование, но нужны специалисты. И самое главное, в референсных центрах можно было бы консультироваться по поводу набора антигенов, которые надо использовать для прижизненной диагностики пациента.

И, конечно же, это тоже крайне актуально, необходима организация системы телепатологии, в Москве растет доля прижизненной онкологической диагностики. Но 75% первичных выявлений опухолей происходит в стационарах общего профиля. С созданием телепатологии перестанут происходить такие случаи, когда сложная онкологическая больная прооперирована в стационаре общего профиля, а не в специализированной медицинской организации.



М.Б. Анциферов, главный внештатный специалист эндокринолог ДЗМ

Остановлюсь на трех моментах.

Первый. У больной было морбидное ожирение. ИМТ более 50. Уже по этому параметру она находилась в зоне риска онкологических заболеваний – колоректального рака, рака поджелудочной железы, молочной железы. То же самое относится и к саркомам.

В любом случае, самый главный вопрос в отношении ИМТ – насколько он

стабилен. И если мы видим, что пациентка потеряла 18 кг за 2 месяца, это для эндокринолога колоссальный повод для раздумья. Человек за 2 месяца может наесть 18 кг, но потерять, ничего не делая, 18 кг можно лишь на фоне какого-то сильного патологического процесса.

И в данном случае я бы, как эндокринолог, на это обратил внимание, ведь это связано либо с массивным онкологическим процессом, либо с активным туберкулезом, которого не было у пациентки, но в любом случае это признак внутренней катастрофы.

И третье – я удивлен, что никто не поставил диагноз «сахарный диабет» больной с морбидным ожирением. У нее изначально были повышенные показатели уровня глюкозы в крови. Но затем она спонтанно похудела, это нормализовало на какое-то время ее углеводный обмен. И поэтому, конечно, если бы ее эндокринолог сразу посмотрел, а очень грамотные



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ЭКСПЕРТНЫЙ
АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ЦЕНТР

- ✓ Аудит эффективности деятельности медицинских учреждений
- ✓ Разработка метрик управления
- ✓ Разработка метрик управления
- ✓ Прогнозирование социально-экономических процессов и оценка рисков



+7 (495) 951-20-54

E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru

Москва, Шарикоподшипниковская, 9

эндокринологи есть в зеленоградской больнице, то наверняка бы ей были поставлены диагнозы и «ожирение», и «сахарный диабет 2 типа». И, может быть, она как минимум получала метформин.

Самое ужасное то, что у нее на этом фоне спонтанно была отмечена в анализе крови глюкоза 3,3 мг/л. Когда у больного диабетом такой показатель, жди беды. Либо это тяжело развивающийся сепсис, либо что-то находится в брюшной полости, которое не пальпируется, либо это массивное образование, которое забирает в себя глюкозу.

Л.М. Печатников

Мы два раза подряд на клинко-анатомических конференциях рассматривали наблюдения, когда врачи не продиагностировали септические осложнения, которые протекали под маской аутоиммунных или злокачественных заболеваний.

Сегодня наоборот – злокачественное новообразование обнаружено там, где заключительным клиническим диагнозом было гнойно-септическое заболевание.

И это неслучайно, когда речь идет о саркомах. Это всего 1% злокачественных новообразований – опухоли, которые растут из соединительной ткани. Я бы хотел обратить внимание на то, что в первом докладе доктора из зеленоградской больницы фигурировал симптом – пациентка обращала внимание на боли на передней брюшной стенке, особенно когда использовала душ Шарко. Видимо, ей хотелось похудеть. Именно этот симптом натолкнул докторов на диагноз панникулит – болезнь Кристиана Вебера.

На мой взгляд, это значит, что уже в этот момент у нее прогрессировала злокачественная опухоль мягких тканей. Может быть, это была рабдомиома или рабдомиосаркома, которая распространяется вдоль мышечных волокон и которую быстро не диагностируешь.

Но здесь произошли кардинальные ошибки. В ГКБ им. М.П. Кончаловского появилось подозрение, что у пациентки рак яичника. И сразу было решено отправить ее в операционную, удалить опухоль, а потом определиться по гистологии, рак это был или нет? Иными словами, даже на этом этапе не было сделано полноценного обследования.

И если бы все это было сделано с самого начала, тогда бы такой странный диагноз, как панникулит, вряд ли возник. Было бы отмечено изменение структуры мышц, в том числе передней брюшной стенки. Оно, наверняка, было, раз боли отмечались пациенткой еще в 2016 г. И, может быть, вся диагностика и лечение пошли бы совершенно по-другому сценарию.

К чему бы это привело? Скорее всего, к тому же исходу – к сожалению, саркомы пока неизлечимы, у них летальность 100%. Отмечу, что их клинически очень тяжело отличить от септических осложнений. Картина очень похожая: гектическая лихорадка, высокая СОЭ, лейкоцитоз.