



ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ

НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.nioz.ru](http://www.nioz.ru)



## ИНТЕРВЬЮ

Денис ПРОЦЕНКО:  
«Московские ОРИТ готовы  
к круглосуточному допуску  
родственников»

### 29 РЕГЛАМЕНТ

Правовые основания деятельности отделений реанимации и интенсивной терапии: врач и пациент

### 40 В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Внебольничная остановка сердца. Дифференцированная тактика реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе

### 60 И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

Интервью с главным врачом городской клинической больницы им. В.В. Вересаева Татьяной КРЫЛЬ и актером Сергеем КОЛЕСНИКОВЫМ



**Алексей Иванович ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
города Москвы

Возможность посещать родных, находящихся в реанимационных отделениях больниц, долгое время вызывала немало дискуссий в обществе. С одной стороны, – важность соблюдения необходимого медицинского режима, с другой – вполне понятное желание быть рядом с близким человеком в тяжелый для него период жизни. Нельзя отрицать и тот факт, что психологическое состояние пациента имеет большое значение для успеха лечения.

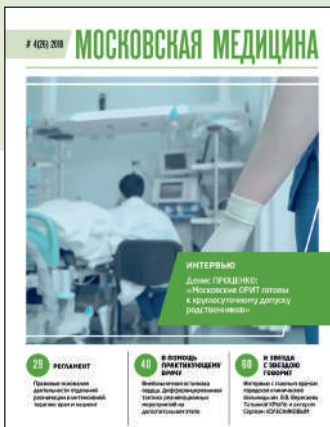
Пилотный проект, в рамках которого отделения реанимации и интенсивной терапии стали доступными для посещений, был поддержан Правительством Москвы и реализован на базе нескольких столичных стационаров в 2017 году. Это решение стало одним из шагов по созданию в Москве пациентоориентированной модели здравоохранения.

В июне этого года Департаментом здравоохранения Москвы издан приказ, детально регламентирующий порядок таких посещений. Разработана памятка для родственников пациентов, содержащая исчерпывающую информацию о том, как и при каких условиях можно навещать своих близких в реанимационных отделениях.

С учетом уже накопленного опыта работы, правила посещения родственниками пациентов в ОРИТ имеют определенные ограничения, продиктованные необходимостью обеспечить условия для оказания качественной медицинской помощи. На первом месте должны находиться интересы пациента и соблюдение требований лечебного процесса. Сотрудникам медицинских организаций необходимо четко представлять себе и уметь объяснять родственникам, что отдельные манипуляции и реанимационные мероприятия не допускают присутствия посетителей. Кроме того, режим работы таких отделений имеет ряд дополнительных требований по тишине и чистоте, подразумевающих обязательное использование специальной стерильной одежды, отключение мобильных телефонов, регламентирующих максимальное количество посетителей.

Создание «открытых реанимаций» было направлено в том числе и на то, чтобы снизить количество конфликтных ситуаций между персоналом и родственниками пациента. Когда близкие видят, что больной получает необходимый уход и внимание со стороны врачей и медсестер, необоснованные претензии сходят на нет. Умение аргументированно и корректно общаться с посетителями, находящимися порой в стрессовой ситуации, – важная часть работы каждого сотрудника больницы, от заведующего отделением до администратора.

Уверен, что распространение практики «открытых реанимаций» на все московские стационары будет в конечном итоге способствовать созданию более комфортных условий не только для наших пациентов и их родных, но и для работы медицинского персонала.



## Журнал «Московская медицина»

**Председатель редакционного совета**

**Печатников Леонид Михайлович,**

заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

### Редакционный совет

**Амплеева Татьяна Викторовна,** главный внештатный специалист по управлению

сестринской деятельностью Департамента здравоохранения 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

**Жилиев 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.niioz.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 №4 (26) 2018 г.  
журнала «Московская медицина»  
отпечатан 28 августа 2018 года

Отпечатано в ООО «Издат принт»  
Тираж 10 000 экз.  
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



# СОДЕРЖАНИЕ

## ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения  
города Москвы Алексея ХРИПУНА ..... 1

## ИНТЕРВЬЮ

**Денис ПРОЦЕНКО: «Московские ОРИТ готовы к круглосуточному допуску  
родственников»** ..... 6

## ДОСЬЕ

**Работа отделений реанимации и интенсивной  
терапии в Москве** ..... 10

## МНЕНИЕ

**Нюта ФЕДЕРМЕССЕР: «Не пустить нас теперь нельзя!»** ..... 12

## РЕПОРТАЖ

**«Открытые реанимации»: московский опыт** ..... 14

## ДЕНЬ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ

**Марьяна ЛЫСЕНКО: «Врачам необходима комфортная обстановка  
для повышения качества помощи, оказываемой пациентам»** ..... 18

## ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

**Открытых для посещения реанимаций во Франции  
становится все больше** ..... 22

## РЕГЛАМЕНТ

**Правовые основания деятельности отделений реанимации  
и интенсивной терапии: врач и пациент** ..... 29

## СМИ О МОСКОВСКОЙ МЕДИЦИНЕ

**Реанимация: взгляд со стороны** ..... 32

## МНЕНИЕ

**Евгений РОДИОНОВ: «Базовая программа сердечно-легочной реанимации – лишь вершина айсберга симуляционного обучения»** ..... 34

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

**Внебольничная остановка сердца. Дифференцированная тактика реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе** ..... 40

## ИССЛЕДОВАНИЕ

**Ранние гемодинамические предикторы летального исхода при абдоминальном сепсисе** ..... 46

## ИНСУЛЬТНАЯ СЕТЬ

**Дмитрий СКРЫПНИК: «Мы не можем полностью экстраполировать на Москву зарубежный опыт»** ..... 52

## АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

**Междисциплинарное взаимодействие при оказании медицинской помощи пациентам с сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией** ..... 55

## И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

**Интервью с главным врачом ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ» Татьяной КРЫЛЬ и актером театра и кино Сергеем КОЛЕСНИКОВЫМ** ..... 60

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

**Туберкулез не найден**

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 23 апреля 2018 г. .... 68

**Рак-невидимка**

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 21 мая 2018 г. .... 82

## СТАЦИОНАРЫ МОСКВЫ

**Боткинская больница. Многопрофильная клиника со стажем** ..... 92

**ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Полвека в ногу со временем** ..... 94

## ИСТОРИЧЕСКИЙ ФАКТ

**День рождения эфирного наркоза** ..... 96

# МОСКОВСКИЙ ВРАЧ

Столичный проект  
по непрерывному повышению  
уровня квалификации врачей



Проверьте свои знания, пройдя  
пробное тестирование на сайте

[niioz.ru](http://niioz.ru)



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

# ДЕНИС ПРОЦЕНКО:

## «МОСКОВСКИЕ ОРИТ ГОТОВЫ К КРУГЛОСУТОЧНОМУ ДОПУСКУ РОДСТВЕННИКОВ»



**Д.Н. Проценко,** главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина ДЗМ», доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии ДЗМ Денис Проценко о том, почему отделения реанимации и интенсивной терапии должны были открыться для посетителей, что такое ICU-acquired psychosis и как его избежать, как московское здравоохранение создает предпосылки для профессионального роста врачей и как врачи ГКБ им. С.С. Юдина вместе с коллегами из ГКБ № 52 буквально по кусочкам «собирали» молодую пациентку.

**– Денис Николаевич, 29 июня Департамент здравоохранения города Москвы открыл все столичные реанимации для круглосуточного посещения пациентов родственниками. Насколько, по-вашему мнению, все московские ОРИТ готовы к такому шагу?**

– Есть диаметрально противоположные мнения о том, стоило ли это делать, но нельзя говорить, что для большинства ОРИТ московских больниц – это какая-то новая внезапно появившаяся проблема. За последние 2 года ее активно обсуждали и в социальных сетях, и на наших образовательных площадках и интернет-форумах. Мы, сторонники открытых для посещения реанимаций, говорим, что ОРИТ и больница в целом не часть пенитенциарной системы, которая по велению одного человека, анестезиолога-реаниматолога или заведующего отделением, может ограничить свободу личности, даже если эта личность смертельно больна или находится в критическом состоянии.

С моей точки зрения, отказ во встрече пациента и его родственников в ОРИТ – это нарушение их конституционных прав. И мы об этом очень много говорили, в том числе на ежемесячных встречах, которые проводит Сообщество анестезиологов-реаниматологов столицы (САРС). И главное, есть положительные примеры. Это ГКБ им. С.С. Юдина, Первая Градская больница, где исторически ОРИТ открыты для посещения очень давно. И мы говорили: «Нет проблем, приходите и посмотрите, как это все устроено у нас».

Должен отметить, что больше всего сотрудников ОРИТ не любят не врачи, а волонтеры общественных фондов, которые говорят: «Вы в реанимации привязываете больных к кроватям». Но в определенных ситуациях нам действительно приходится обездвиживать наших пациентов, чтобы они не навредили себе. Делаем это, соблюдая все нормативно-правовые акты и после осмотра психиатром. На встрече с мэром Москвы Сергеем Собяниным, Нютой Федермессер (президент благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» – ММ), Леонидом Печатниковым (заместитель мэра Москвы по социальным вопросам – ММ) и Алексеем Хрипуном (руководитель Департамента здравоохранения города Москвы) в Первом московском хосписе этот вопрос тоже был поднят. И у меня возникла идея: почему бы этих волонтеров, которые помогают неизлечимо больным пациентам в паллиативном центре, не пригласить к нам на дежурство? Чтобы они, отдежуривав ночь с врачами, рассказали, что они увидели. И две девушки из фонда «Вера» вызвались на такое дежурство и остались до утра в ОРИТ нашей больницы. После дежурства они сказали: «Да, родственники не помеха, и действительно, есть пациенты, которых нужно мягко фиксировать». Они посмотрели на работу ОРИТ с другой стороны, увидели абсолютно искреннюю и качественную работу нашего медицинского персонала. В том числе медсестер,

самоотверженная работа которых зачастую остается за кадром.

Резюмируя, могу сказать: да, московские ОРИТ к этому готовы, несмотря на то, что сломать обычай не пускать посетителей в реанимацию достаточно сложно.

**– Получается, что посетители ОРИТ находятся в более привилегированном положении, чем те, кто приходят в другие отделения? Там есть тихий час, определенные часы приема, и прийти в другое время невозможно...**

– Вы думаете, это правильно? Часы приема связаны прежде всего с тем, что раньше в больницах лежали долго, они имели не только лечебный, но и санаторный характер, поэтому имели ограничительные периоды – тихий час, например. Сейчас же другая ситуация. Московское и общероссийское здравоохранение изменилось. Пациент попадает в больницу не для тихого часа, а для максимально быстрого и качественного лечения.

**В ОРИТ, В КОТОРЫЕ РАЗРЕШЕН ДОСТУП РОДСТВЕННИКОВ, У ПАЦИЕНТОВ ГОРАЗДО РЕЖЕ СЛУЧАЮТСЯ ПСИХОЗЫ И НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ**

То, как развивается современная медицина, показывает, что теперь охранительный режим не нужен. Современные подходы совсем иные – тяжелый больной попадает в реанимацию к мультидисциплинарной бригаде, в которую, помимо анестезиологов-реаниматологов, входят хирург и терапевт, и после очень короткого периода вне реанимации больной выходит за пределы стационара и попадает в реабилитационную организацию. Они сейчас в Москве активно развиваются и на поликлиническом уровне.

Круглосуточное посещение ОРИТ важно и по следующей причине: представьте, что ваш близкий человек попал в аварию, и вы узнали об этом в 2 часа ночи. Вы будете ждать 14 часов дня, чтобы к нему приехать, или поедете сразу? И представьте, вас встретят у железной двери и скажут: «Голубчик, состояние тяжелое, риск неблагоприятного исхода – 50%, но вы приходите завтра в 14:00».

Другое дело, в такой ситуации посетителю тоже вряд ли сразу скажут: «Заходите, будьте как дома!» Скорее всего, это будет так: «Вашего близкого человека только что отвезли на компьютерную томографию. Будьте добры, подождите, сейчас мы его стабилизируем, потом вас пригласим».

### **– Как можно проиллюстрировать терапевтический эффект от присутствия родственников в ОРИТ?**

– Есть целая доказательная база на этот счет! Как показывает международный опыт, в тех ОРИТ, в которые есть доступ родственников, у пациентов гораздо реже случаются психозы и нарушения сознания. По-английски эта проблема называется ICU-acquired psychosis, или ПИТ-синдром, – психозы, связанные с нахождением больного в ОРИТ.

В реанимации 24 часа в сутки горит свет, постоянно работает следящая аппаратура, от прикроватного монитора доносится «пип-пип-пип», к тому же монитор не один, в палате от 3 до 6 больных. Но если к пациенту пришла жена, погладила по щеке и сказала: «Привет, дорогой», то в этот момент все эти попискивания уходят на второй план.

Теперь представьте – мужчина в сознании лежит голый под простыней. Он привык спать на правом боку, а тут он лежит на спине, весь в электродах и иглах для инфузий. И на вторые сутки таких мучений он говорит: «Да гори оно синим пламенем!» и срывает с себя все, что к нему прикреплено. Это и есть ICU-acquired psychosis. Приход родственников его купирует. Это все изучено в рамках сравнительных исследований, были продемонстрированы достоверные различия – у пациентов ОРИТ, к которым приходят родственники, частота психозов меньше.

Открытие ОРИТ для посетителей также снижает количество жалоб. Когда посетитель приходит и видит, что его родственник подсоединен к современному аппарату искусственной вентиляции легких (ИВЛ) или к искусственной почке, которые стоят как «Мерседес» бизнес-класса, что он чисто выбрит и вымыт, что врач не включает «функцию бога», не говорит: «У вашего больного гиперхлоремический ацидоз», а объясняет обычным языком: «У больного тяжелое нарушение обмена веществ, заболевание, которое привело к тому, что печень перестала работать. Мы делаем для лечения то-то и то-то».

### **– Насколько Москва впереди других регионов по качеству реанимационной помощи?**

– За пределами Москвы существуют 5–6 центров анестезиологии и реанимации высокого уровня, например в Новосибирске, Екатеринбурге и Санкт-Петербурге. Но если брать Москву, то в среднем в столице уровень выше, чем в регионах, – как по материально-технической базе, так и по возможности проведения современных методов интенсивной терапии. Это не только современные аппараты ИВЛ, но и заместительная почечная терапия – пациенту при необходимости ставится прикроватная «искусственная почка», появился Центр экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) в ГКБ № 52, есть выездная гематологическая бригада.

Современная наркозно-дыхательная аппаратура и аппаратура ИВЛ во многом позволяют регулировать параметры

внешнего дыхания и оксигенацию. Это интеллектуальные системы, которые позволяют врачу задавать коридор параметров, в котором должна проводиться ИВЛ, и то, к какому результату необходимо прийти – частота дыхания, глубина вдоха, уровень оксигенации, уровень углекислого газа в конце выдоха. И все эти инструменты используются московскими врачами в рутинной работе.

Я горжусь, что являюсь частью системы, которая называется «московское здравоохранение». Она дает врачам возможность оказывать пациентам ту помощь, которая им необходима. Дает возможность развиваться, повышать свой профессиональный уровень. Это и образовательные проекты, и подготовка докторов к сдаче экзамена под названием «Московский врач». В московском здравоохранении жизнь действительно кипит. И для меня как главного специалиста по анестезиологии-реаниматологии Москвы самое главное то, что в городе есть сложившаяся команда врачей, которые либо заведуют ОРИТ больниц, либо являются заместителями главных врачей по анестезиологии и реаниматологии. Такая должность тоже впервые появилась именно в Москве. Эти люди не только врачи, но и организаторы здравоохранения, которые развивают в многопрофильных клиниках конкретное направление анестезиологии-реаниматологии.

### **– Медицина стремительно развивается. Появляются новые виды интенсивной терапии, открываются новые специализированные ОРИТ – для пациентов с инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. Как врачи при их немалой нагрузке успевают пройти подготовку для работы в новых условиях?**

– Московская система здравоохранения создает массу предпосылок для профессионального роста. Да и не только она, а сама столица, мегаполис их создает. Здесь на федеральном уровне проводится множество конференций по анестезиологии и реаниматологии. Более того, в одну из суббот каждого месяца САРС проводит в различных стационарах Москвы встречу, на которой в течение всего дня обсуждаются актуальные темы, предварительно выбранные самими врачами. Темы приходят из наших каналов в соцсетях, в них зарегистрированы около 1,5 тыс. московских анестезиологов-реаниматологов.

Симуляционный центр Боткинской больницы – еще один инструмент, который позволяет московским анестезиологам-реаниматологам совершенствовать навыки. Это могут быть как простая, так и экспертная сердечно-легочная реанимация, работа в «интеллектуальной операционной», которая позволяет врачу отрабатывать на манекене современные приемы анестезии и видеть, как меняется состояние «больного». Поэтому я считаю, что московские анестезиологи-реаниматологи имеют все возможности для того, чтобы развиваться и совершенствовать свои навыки.



Остальное – вопрос мотивации. Желания стать классным доктором, одним из лучших, если не лучшим. Наша специальность всегда была достаточно амбициозной. Мы не лечим сердце, как кардиологи, или желудочно-кишечный тракт, как гастроэнтерологи, или болезни легких, как пульмонологи. Мы лечим больного.

Ментально мы очень похожи с врачами скорой помощи даже теми инструментами, которые мы используем для лечения больных в критическом состоянии. Они – на догоспитальном этапе, мы – на госпитальном. Это интубация трахеи, инфузионная терапия. Отличие только в том, что они – спринтеры, мы – стайеры.

**- Существуют шкалы, которые используются в реанимации, например APACHE II, – насколько точно по ним можно оценить состояние пациента? Врачи каких специализаций, кроме анестезиологов-реаниматологов, должны уметь ими пользоваться?**

– APACHE – это шкала прогноза неблагоприятного исхода. Ее вариант APACHE II является, на мой взгляд, наиболее сбалансированным по количеству показателей и скорости их расчета – их 25. И тогда анестезиолог-реаниматолог может сказать родственнику пациента: «У больного 25 баллов по шкале APACHE II, поэтому его риск смерти 80%». Это хорошо помогает при общении – если бы врач сказал: «Состояние пациента тяжелое, нестабильное и высок риск неблагоприятного исхода», то в ответ мог бы услышать: «Доктор, а почему вы так решили?» Если врач ответит, что провел математический анализ на основе объективных показателей, то все вопросы сразу будут сняты.

С другой стороны, 25 баллов по шкале APACHE II – это тревога, надо приложить максимальные усилия, в течение суток превратить их в 12 и увеличить шансы на выживание в

4 раза. Но самое главное, эту шкалу должны знать другие специалисты, чтобы все могли говорить о пациенте на одном языке. Кому-то состояние больного может показаться очень тяжелым, кому-то – средней тяжести. Чтобы уйти от подобного субъективизма, такие математические шкалы и были разработаны.

**- Как вы учите коллег говорить о смерти пациента? Ведь это тоже наука...**

– Абсолютно верно. Это действительно наука, она имеет свою доказательную базу и основывается, в частности, на использовании слов-триггеров. В московских больницах в штате есть медицинские психологи. Только не для того, чтобы сообщать родственникам плохие новости, а чтобы обучать медицинский персонал это делать.

Упрощенно, схема такова: «У меня для вас очень плохая новость (пауза, оценка реакции). Мы сделали все возможное (пауза, оценка реакции), но к сожалению, ваш родственник умер. Вам надо побыть одному, я к вам вернусь через 5 минут, и вы сможете задать мне все интересующие вас вопросы». В ГКБ им. С.С. Юдина есть два медицинских психолога, которые работают с персоналом и учат, как общаться с пациентами и родственниками. И это не только плохие новости, но и уход от конфликта. Но для анестезиологов-реаниматологов, действительно, одно из последних занятий экспресс-курса, но очень важное – это умение сообщать плохие новости.

**- Расскажите запомнившийся случай из вашей практики...**

– Это случилось после того, как Департамент здравоохранения города Москвы поручил нам с главным врачом ГКБ №52 профессором Марьяной Лысенко разработать и создать для крайне тяжелых случаев центр ЭКМО. Это также центр компетенции – его специалисты либо стабилизируют пациента на месте, либо забирают его к себе. Марьяна Анатольевна, кстати, сама прекрасный анестезиолог-реаниматолог. Случай, которым я очень горжусь, произошел с девушкой, которая была госпитализирована в нашу ГКБ им. С.С. Юдина с тяжелой сочетанной травмой. У нее были сломаны практически все ребра, многие в нескольких местах, контузия с ушибами легких, с очень тяжелыми нарушениями оксигенации. Когда бригада центра ЭКМО приехала в наше ОРИТ на помощь, мы вместе с ними ее стабилизировали. Затем перевели ее на 2 недели в центр ЭКМО, где врачи лечили ее от последствий травм легкого и ушибов грудной клетки. Поскольку в ГКБ № 52 нет травматологического отделения, ее вернули к нам, и здесь мы по сегментам «собрали» сломанные конечности, и через полтора месяца пациентка была выписана.

# РАБОТА ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ



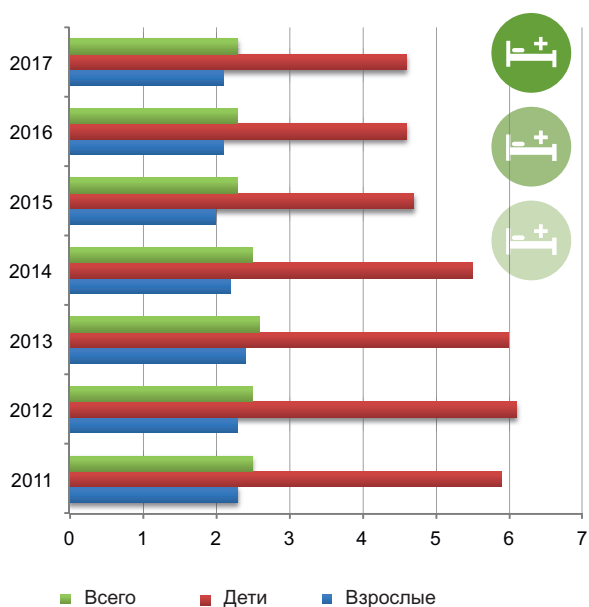
«Открытая реанимация» - термин для многих врачей звучит как минимум непривычно. Ведь реанимация - это порой последняя грань между жизнью и смертью. Проводимые там процедуры для неспециалиста выглядят непонятно и зачастую страшновато. Особенно когда на койке лежит родной человек.



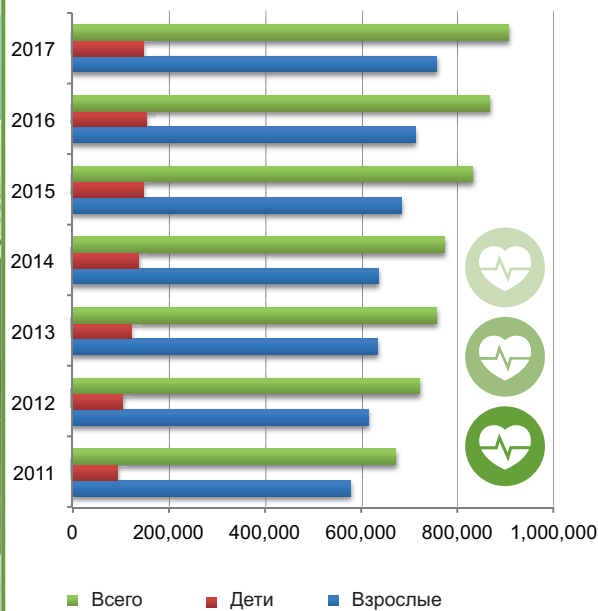
Но потребность открыть реанимации для посещения родственников все же есть. Именно потому, что для выздоровления пациенты особенно нуждаются в поддержке родных.

*СЕРГЕЙ СОБЯНИН, МЭР МОСКВЫ*

Среднее число дней пребывания пациента на койке



Число койко-дней, проведенных пациентами на реанимационных койках

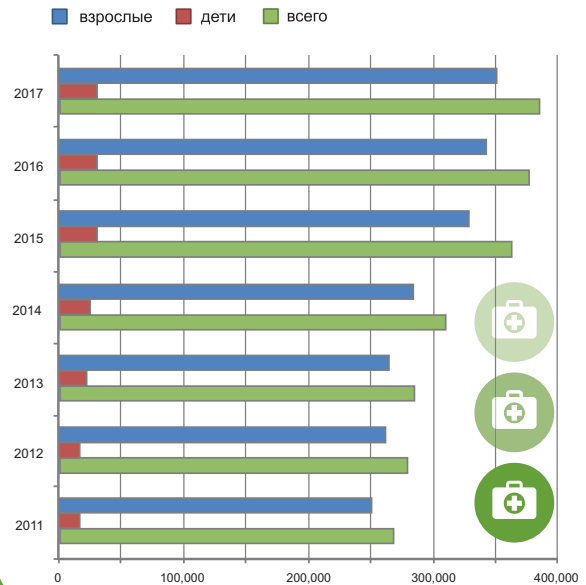


# И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В МОСКВЕ

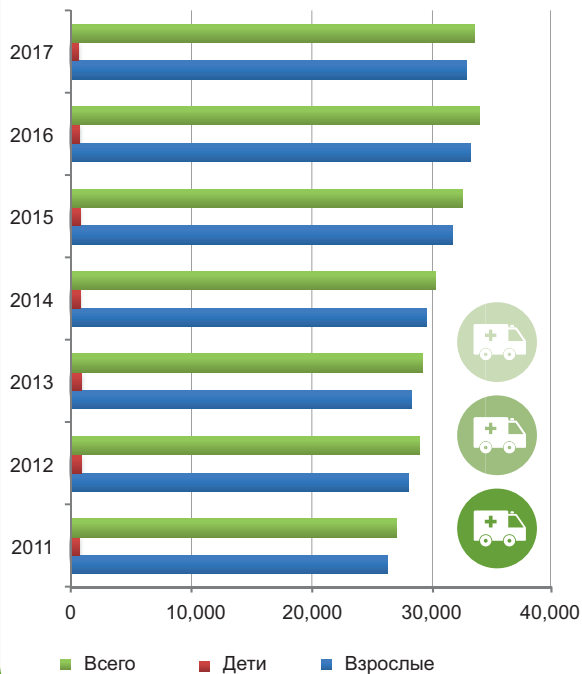
Увеличение количества реанимационных коек и пациентов говорит о росте доступности данного вида помощи. Помимо этого, с 2011 года медицина изменилась не только количественно, но и вышла на качественно новый уровень, что позволило сократить сроки пребывания в реанимации и снизить летальность при увеличенном потоке пациентов.



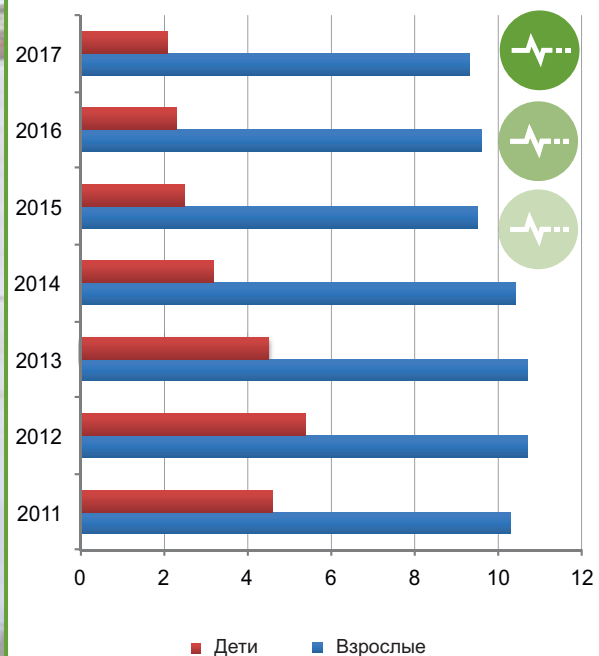
**Число пролеченных пациентов**  
(включая внутренние переводы пациентов)



**Число умерших на реанимационных койках**



**Летальность**



Источник: НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Сведения представлены по данным формы федерального статистического наблюдения № 30

МНЕНИЕ

*Нюта Федермессер*

**«НЕ ПУСТИТЬ НАС ТЕПЕРЬ НЕЛЬЗЯ!»**

## Пока Государственная дума размышляет над формулировками ко второму чтению законопроекта о посещении реанимации, в Москве 29 июня 2018 г. подписан приказ о круглосуточном доступе родственников в отделения реанимации и интенсивной терапии – ОРИТ.



**А.К. Федермессер,**

руководитель ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ»

**Это значит,** что у нас в Москве теперь будет соблюдаться наше неотъемлемое право на то, чтобы быть рядом с близким всегда, даже в ОРИТ, даже когда совсем худо...

**Это значит,** если в семье любого из нас раздастся ночной звонок и мы услышим страшное о ком-то из родных, мы сможем сразу поехать в больницу и не ждать 14.00 следующего дня для разговора с врачом.

**Это значит,** если кому-то из нас суждено будет уйти из жизни в ОРИТ, нас будет держать за руку родной человек, мы не будем одни, нам будет не так страшно.

### **А еще это значит,**

что нас слышат, потому, что те слова, которые Алексей Хрипун (руководитель Департамента здравоохранения города Москвы. – ММ) произносил каждую неделю на совещаниях с главными врачами: «Откройте двери! Пустите родственников! Вам нечего прятать!», стали не призывом, а приказом.

### **Не пустить нас теперь нельзя!**

**Это значит,** что мы все с вами начнем больше доверять врачам, ведь происходящее за дверью реанимации вселяет не только страх, но и неимоверное уважение...

**И это значит,** что мэр Москвы Сергей Собянин выполнил одно из обещаний, озвученных на встрече с нами в Первом московском хосписе (встреча произошла 22 мая 2018 г. – ММ). Он рассказал нам тогда, как сидел в реанимации рядом со своей мамой, как держал ее за руку, как она потом призналась, что ей это было нужно, рассказал о том, как это было нужно ему, и не постеснялся сказать, что он прекрасно понимает: это было дозволено ему, Собянину, а вовсе не всем нам...

### **Теперь можно всем. Спасибо!**

Не мне и не фонду Хабенского, а Собянину, Печатникову (Леонид Печатников, заместитель мэра Москвы по социальным вопросам. – ММ) и Хрипуну спасибо. Мы просим, но решают они, риски на них. А с нас – упорство и уверенность. Спасибо за то, что нам всем теперь не так страшно. Спасибо московским врачам за то, что они зажмурились и поддержали...

Спасибо от тех, кто вспоминает свои ОРИТ с ужасом и содроганием, как я, и от тех, кто смотрит сверху и теперь знает, что никому уже не будет так страшно в холодных белых стенах...

Но пока Государственная дума не примет для всей России такой закон, как в Москве, закрытые для посещений больных родственниками ОРИТ останутся острой и болезненной темой для людей по обе стороны ее дверей. И об этом говорят, пишут и спорят. Особенно в благотворительных фондах. Наверное, потому, что у каждого свое отношение к семье и близким, к их беде и беспомощности, а также к смерти. И еще потому, что каждому страшно. Одному страшно открыть двери, другому – остаться за закрытыми.

А чтобы врачам не было страшно открывать двери ОРИТ, больница им. Юдина показала им, что от родственников может быть польза. Два человека из фонда «Вера» провели ночь в реанимации в больнице у Дениса Проценко (главный врач ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ», главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии ДЗМ. – ММ) и поняли, что чем более погружаешься в проблему, тем лучше осознаешь, что единой и всеобщей правды нет. Зато есть умение слушать и слышать родственников, пациентов и самих себя.

Один посетитель рассказал: «На самом деле время посещения здесь неограниченно. Перевели после операции и сразу сказали: «Как вам удобно, так и приходите – покормить, поухаживать». Мне самое главное – видеть папино лицо, чтобы он знал, что я, если что, рядом. Здесь врачи с пониманием относятся к нам, родственникам. Я считаю, по тому, насколько человеческий врач, вполне можно судить о его профессионализме». Это о любви и жизни. На всю оставшуюся жизнь. А совсем не о закрытых дверях. Снаружи и изнутри.



# «ОТКРЫТЫЕ РЕАНИМАЦИИ»: МОСКОВСКИЙ ОПЫТ

В ГКБ им. С.С. Юдина журналистам рассказали, как организован процесс посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

АВТОР: РИММА ШЕВЧЕНКО  
ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН

21 июня главный врач ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ», главный внештатный анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения города Москвы Денис Проценко провел пресс-тур, посвященный проекту «Открытые реанимации». Журналистам была предоставлена возможность посетить отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), пообщаться с главным врачом, заведующими отделениями и дежурными врачами.

Допуск посетителей в ОРИТ – это сложившаяся международная практика. Но всех родных и ко всем пациентам пускать все равно не будут – в силу целого ряда причин. При этом Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» позволяет родственникам и друзьям навещать пациентов в реанимационных палатах, но только по решению врача. Минздрав России в 2016 г. выпустил методическое письмо «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии», само название которого указывает на такую возможность. Чтобы окончательно решить этот вопрос, в 2017 г. в Госдуму был внесен законопроект, разрешающий родителям, законным представителям и членам семьи посещение пациентов в ОРИТ. 4 июля 2018 г. он был принят в первом чтении.

Между тем в Москве посещение больных в ОРИТ уже стало реальностью. По инициативе НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы в ряде многопрофильных больниц столицы (в том числе, в ГКБ им. С.С. Юдина) в 2017 г. был начат пилотный проект «Открытые реанимации». С 29 июня 2018 г. все ОРИТ в московской системе здравоохранения открыты для круглосуточных посещений родственниками пациентов. Порядок и правила посещений утверждены ДЗМ. «Отделения реанимации оборудованы по последнему слову техники и работают на уровне мировых стандартов, – заявил руководитель ДЗМ Алексей Хрипун. – Но в процессе лечения большое значение имеет поддержка родных и близких. Теперь посещения больных в ОРИТ стали возможными во всех городских больницах. Порядок этих посещений детально описан в памятке для родственников пациентов, которая подготовлена нашими специалистами и есть в каждом стационаре».

## Вопросы особого внимания

Как рассказал Денис Проценко, реанимация в возглавляемой им медицинской организации была открыта задолго до старта проекта «Открытые реанимации» – с 80-х годов прошлого века. Тем не менее даже здесь администрации пришлось решать вопросы: не повредит ли это больному, не нарушит ли лечебный процесс? «Сегодня у нас есть ответы на подобные вопросы. Опыт нашей больницы свидетельствует, что не повредит, – считает главный врач ГКБ им. С.С. Юдина. – ОРИТ, открытые для посещения родственниками пациента, повышают уровень доверия к медикам, снижают количество жалоб москвичей на медицинские услуги».

Он отмечает, что есть несколько вопросов особого внимания, связанных с медицинскими и юридическими аспектами взаимоотношений «врач–пациент–родственник», инфекционной безопасностью, посещением больных несовершеннолетними родственниками.

Юридические аспекты чаще всего связаны с вопросами семейного права, и возникающие при посещении пациентов

ОРИТ правовые коллизии оказываются гораздо более сложными, чем кажется на первый взгляд. Реаниматолог должен, например, знать, что по закону жена не является родственником, который может принимать решения за мужа. Или определение степени родства: какой она должна быть, чтобы допустить посетителя к пациенту? «Позицию “доброе самаритянина” по большому счету занимает каждый врач, иначе мы придем к тому, что будем спрашивать каждого проходящего: “Вы родственник? Докажите родство, тогда я вас пушу”, – рассуждает Денис Проценко.

Инфекционная безопасность – в этом вопросе, как ни парадоксально, врачей больше волнуют не пациенты, а родственники. «Внутрибольничные штаммы микробов высокопатогенны, их трудно лечить, они устойчивы ко многим антибиотикам, – поясняет главврач. – Если посетитель ОРИТ при посещении будет инфицирован таким штаммом и затем заболеет, то это будет сложный для лечения случай. И мы заботимся о том, чтобы этого не произошло». Например, на входе в ОРИТ ГКБ им. С.С. Юдина установлены электронные диспенсеры с антисептиками.

Отдельная тема – допуск детей. Согласно правилам Минздрава посещения родственниками пациентов в ОРИТ, дети в возрасте до 14 лет туда не допускаются. Однако Денис Проценко говорит, что старается проявлять в этом вопросе гибкость: «Мы не закрываемся от детей, но, с другой стороны, в эпидемический сезон дети могут представлять определенную опасность для пациента. Детские инфекции – это вообще отдельная тема, их вспышки в стационаре влекут за собой большое количество различных карантинных и профилактических мероприятий. В этом сезоне, например, была вспышка кори в Москве. Так что лучше сдерживать ситуацию».

Тем не менее в реанимационном отделении для больных инфарктом миокарда были замечены на выходе родители с ребенком, навещавшие бабушку. «Мы не делаем жестких ограничений, но в определенных ситуациях можем ввести карантинные мероприятия», – пояснил Денис Проценко.

Медицинские аспекты сводятся к нескольким главным вопросам: не навредит ли посещение родственников и близких людей пациенту? Надо ли просить родственников покинуть помещение, когда доктора заходят обсуждать состояние больного? Либо, наоборот, вовлекать их в обсуждение? По словам Дениса Проценко, все исследования последних лет на эту тему показывают, что поддержка семьи во время лечения только улучшает состояние больного. Более того, подключение родственников к лечебному процессу позволяет улучшить коммуникацию с пациентом.

## Психологические аспекты

В ГКБ им. С.С. Юдина работают медицинские психологи, задача которых – научить медицинских работников правильно общаться с родственниками. Это, как говорит Денис Проценко,



нужно уметь – выйти и сказать маме, что ее ребенок умер, и не важно, сколько ему – 3 года или 48 лет. Медицинские психологи обучают этому врачей на основе современных медицинских подходов к общению с родственниками.

Специалисты-психологи пригодились и самим врачам ГКБ. Ведь, как признается Денис Проценко, самым сложным оказалось менять менталитет сотрудников: «Нам пришлось разговаривать с врачами, заведующими ОРИТ, – рассказал он. – Есть определенный распорядок дня того, что происходит с 8 утра до 8 вечера. Появление родственников вносит определенный дискомфорт в устоявшееся расписание. Это потребовало перестройки работы ОРИТ».

Медицинские психологи ГКБ им. С.С. Юдина передают накопленный опыт коллегам из других клиник. Так, 11 июня в больнице прошел семинар для врачей «Общение с родственниками в открытой реанимации», на котором они поделились опытом работы и рассказали о сложностях, с которыми сталкивались в период обучения сотрудников ОРИТ навыкам профессионального общения с родственниками больных. «Мы видим в Facebook негативно настроенных врачей, которые считают, что допуск родственников к процессу лечения больных и ухода за ними ничего, кроме конфликтов, жалоб, недовольствия, не дает. И мы решили, что наши психологи будут

проводить в этих стенах семинары для врачей, на которые мы приглашаем всех желающих», – говорит главный врач.

### Пациенты в поле зрения

Многие из нас имели представление об ОРИТ по американским фильмам и сериалам, где показаны отдельные одноместные палаты, кресло-кровать для родственников, телевизор и т.д. «В России все совершенно не так, – говорит Денис Проценко. – У нас есть определенный порядок: в палате ОРИТ лежат по шесть пациентов. Потому что штатное расписание построено таким образом, что на шесть пациентов положен один круглосуточный пост врача. С учетом того, что пациенты здесь тяжелые, весь зал должен находиться в поле зрения дежурного врача. Вопрос обособления пространства можно было бы решить путем установки ширм, отгораживающих одного пациента от другого. Но, с другой стороны, это лишило бы нас возможности постоянно наблюдать за пациентами». Посетителям палаты ОРИТ предоставляется только стул. «Этого достаточно, – считает заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 2 ГКБ им. С.С. Юдина Лев Кричевский. – Иногда люди спрашивают, можно ли находиться здесь круглосуточно, но потом сами понимают, что физически это слишком трудно».



Во время посещения журналистами отделения анестезиологии и реанимации № 2 удалось застать одного посетителя. Молодая женщина, представившаяся Анной, рассказала, что навещает отца, жителя города Орла. «Папа перенес два инфаркта миокарда, – поделилась она, – у него был пароксизм мерцательной аритмии, он перенес две фибрилляции желудочков сердца и клиническую смерть. После фибрилляции желудочков сердца мы перевезли его из Орла, где нам отказали в лечении, в Москву. Здесь нас спасли, сделав повторную операцию». На вопрос, довольна ли она возможностью свободных посещений в реанимации, Анна ответила: «Конечно, я довольна! В Орле мы стояли под дверями реанимации и не знали, что происходит. Только через знакомую, с которой мы когда-то вместе учились и которая работает в нашей областной больнице, мне удалось добиться, чтобы меня пустили. Это тяжело. Здесь же – без проблем».

В аспекте безопасности пациентов рассматривается такой вопрос, как оснащение видеокameraми ОРИТ всех московских больниц. На сегодняшний день они отсутствуют, однако Департамент информационных технологий города Москвы вскоре намерен исправить эту ситуацию. «Сейчас идет процесс информатизации, протягивания сетей во все

медицинские организации. В этом проекте предусмотрено наличие в ОРИТ точек подключения видеокamera, – сообщил главный врач ГКБ им. С.С. Юдина.

### **Открывать непросто**

Во время визита в мае мэра Москвы Сергея Собянина в Первый Московский хоспис имени В.В. Миллионщиковой был поднят в том числе вопрос открытых реанимаций. «Открывать реанимации непросто, – сказал Сергей Собянин. – Хотя на бумаге все решения давно приняты, этому препятствуют не только традиции, но и множество объективных проблем. И я с пониманием отношусь к тем врачам, которые пока только готовятся сделать такой шаг. Но в то же время я от всей души поддерживаю и благодарю врачей, которые этот шаг уже сделали и открыли свои ОРИТ для посещения родственников». «Это длинная-длинная дорога, от абсолютно закрытой неизведанной территории до нашей с вами встречи, – говорит Денис Проценко. – Мы ведем мониторинг ситуации и рассчитываем на обратную связь. Если есть сложности, организационно-методический отдел по анестезиологии и реаниматологии ДЗМ их в оперативном режиме обрабатывает. Мы всегда готовы включиться, созвониться с руководителями медицинских организаций и помочь в устранении проблем».

# МАРЬЯНА ЛЫСЕНКО:

**«ВРАЧАМ НЕОБХОДИМА КОМФОРТНАЯ  
ОБСТАНОВКА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА  
ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ПАЦИЕНТАМ»**

АВТОР: ЕКАТЕРИНА СИРИНА



**М.А. Лысенко,**  
главный врач ГБУЗ  
«Городская клиническая  
больница № 52 ДЭМ», д.м.н.

Главный врач Городской клинической больницы № 52 - о том, как необходимо строить общение между врачами отделений реанимации и интенсивной терапии, пациентами и их родственниками.

**- Марьяна Анатольевна, сегодня мы побывали на дне открытых дверей в больнице, которую вы возглавляете. Спасибо за отличную организацию мероприятия! Насколько часто вы их проводите?**

- Идея подобных дней открытых дверей - очень правильная. Мы проводим много открытых мероприятий для населения, для взрослых и для детей, ведем «пациентские школы» для людей с хроническими заболеваниями. Частые гости - школьники медицинских классов нескольких школ района и студенты медицинских вузов.

Встречи с населением для нас привычны, мы проводим их постоянно и чувствуем отдачу: улучшилось взаимопонимание, стало меньше жалоб. Раз в два месяца по субботам люди могут прийти, пройти обследование, если надо что-то пролечить, задать насущные вопросы. Но, как мы убедились, они все же приходят для того, чтобы решить свои конкретные проблемы. Вопросы общей организации больницы интересуют максимум одного-двух человек из пришедших.

**– Но любое новое начинание должно сложиться, это происходит не сразу. Например, врачи и население – разные аудитории с разными потребностями. Если ли смысл приглашать на одно мероприятие тех и других?**

– Именно поэтому в этот раз мы не стали активно рекламировать день открытых дверей среди населения, а основную аудиторию составили наши коллеги из других больниц. Встречаться друг с другом, перенимать опыт друг друга очень важно. Кто-то из нас, главных врачей, не очень любит показывать свои «ноу-хау». Я считаю, что это неправильно. Конечно, важно беречь специалистов, создавать условия, чтобы они не ушли в другую клинику. Но в том, чтобы делиться опытом, нет ничего плохого, это делает работу каждого из нас только лучше.

**– Вместе с другими гостями я побывала не экскурсии в Центре экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и видела, с каким огромным интересом коллеги расспрашивали его руководителя Михаила Кецкало...**

– ЭКМО – молодое направление, ему всего около 8 лет. Активное развитие оно получило во время эпидемии гриппа H1N1, когда благодаря этой методике удалось спасти большое количество людей. Использование уже привычного для кардиохирургов аппарата искусственного кровообращения без участия легких для помощи больным с тяжелой острой дыхательной недостаточностью стало прорывной идеей. Небольшой по размерам аппарат ЭКМО ставили в отделениях реанимации, а во время эпидемии организовывали выездные бригады, оказывая помощь буквально «в поле». Но методика еще очень молодая, и она требует изучения. Все же надеюсь, что ЭКМО постепенно получит в России такое же распространение, как и заместительная почечная терапия и другие эфферентные методы лечения.

Мы были первыми, кто начал заниматься этим направлением, многие по-прежнему обращаются к нам, но методика вошла в обычную реанимационную практику, такую помощь должны уметь оказывать во всех больницах. Поэтому совместные встречи по направлению ЭКМО, обсуждения и наработки очень важны.

Другой интересный проект, который мы сейчас реализуем, – в области нефрологии. Появилась возможность осуществления перитонеального диализа, который можно проводить ночью на дому. Теперь пациентам уже необязательно приезжать

в больницу, а консультации можно осуществлять по скайпу, конечно, в случае согласия пациентов.

Так что, если возвратиться к вопросу встреч с коллегами, думаю, что было бы неплохо сформировать план исходя из тех задач, которые было бы наиболее интересно обсудить. Важно понять конкретные запросы. И конечно, как мне самой, так и специалистам ГКБ № 52 хотелось бы побывать в гостях у наших коллег, со многими из которых мы общаемся.

**– В конце июня Департамент здравоохранения города Москвы выпустил приказ о том, что все отделения реанимации должны быть круглосуточно открыты для родственников. Как это изменило работу отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в вашей больнице?**

– В ГКБ № 52 возможность посещения реанимации родственниками и близкими больных существует несколько лет. С одной стороны, люди должны иметь возможность получить информацию, своими глазами увидеть, что происходит с близким человеком, убедиться, что для больного делается все необходимое. С другой стороны, для пациента присутствие рядом родных и близких – важная психологическая поддержка. Это очевидно. Как и то, что открытость создает доверие – основу успешной коммуникации и совместного решения проблем. Ведь единственной причиной недовольства родственников и пациентов часто служит отсутствие взаимопонимания между ними и медицинским персоналом. Я за максимальную открытость в рамках санитарно-эпидемиологической ситуации в больнице, понятно, что некоторые ее зоны всегда будут недоступны для посетителей – в операционной никто посторонний находиться не может.

**ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПРИСУТВИЕ  
РЯДОМ РОДНЫХ И БЛИЗКИХ –  
ВАЖНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОДДЕРЖКА**

Возможность посещения больных в реанимации реализуется на системном уровне. Но внедрение любой относительно новой лечебной методики требует вдумчивого подхода, решения многих организационных вопросов, общения, разъяснения. Ведь в данном случае речь идет не только о принятии некоторых технических решений, а о формировании и закреплении новой системы отношений, в которой должно быть комфортно и пациентам, и их близким, и врачам. Если люди вовлечены в их реализацию, осуществляется «гибкая настройка», и у идеи больше шансов быть воспринятой позитивно.

### - Какие могут возникнуть сложности?

– У проекта «Открытая реанимация» есть несколько заинтересованных сторон: врачи, родственники пациентов и главная сторона – пациенты, на помощь которым направлена вся деятельность медиков. И, с этой точки зрения, комфорт для работы врачей необходим, прежде всего, для повышения качества помощи, оказываемой пациентам. Этот факт, по-моему, пока недостаточно доведен до сведения широкой общественности, поскольку СМИ сейчас больше внимания уделяют интересам только одной стороны – родственников пациента.

Так, кстати, происходит не только в случае с открытием реанимаций для родственников. Односторонний подход приводит к тому, что люди начинают воспринимать медицинскую помощь как услугу, подобную той, которую им оказывает любая сервисная организация. И ждут, что их обслужат, когда им удобно и как удобно, по принципу «клиент всегда прав». Но, конечно, медицинскую помощь, особенно экстренную, услугой можно назвать только формально. Это не услуга, а взаимные усилия и врачей, и близких больных для оказания ему помощи.

Когда при внедрении правильных вещей учитываются интересы только одной стороны, возникают проблемы. Для того чтобы открытость пошла на благо всем, усилия должны предпринять не только врачи, но и сами пациенты – это совместный психологический труд. Должны быть определены четкие правила – понятные, принятые и соблюдаемые всеми сторонами.



### **Клинический блок анестезиологии и реанимации ГКБ № 52 включает несколько подразделений:**

- общую реанимацию;
- нефрологическую реанимацию;
- кардиологическую реанимацию;
- нейрореанимацию;
- отделение анестезиологии и реанимации;
- центр ЭКМО;
- реанимацию для взрослых родильного дома;
- реанимацию для новорожденных родильного дома.

В сентябре 2018 г. планируется открытие отделения гематологической реанимации.

Я сама врач-реаниматолог с большим клиническим стажем и смотрю на ситуацию больше как практикующий специалист, чем как организатор здравоохранения. Мы также постоянно обсуждаем эту тему с моим заместителем по анестезиологии и реанимации, заведующими отделениями.



Главная задача медицинского персонала ОРИТ – спасти людей, и понятно, что непросто организовать их работу так, чтобы они смогли еще уделить достаточно времени родственникам. Родственники, которые пришли в реанимацию, находятся в стрессовом состоянии. Для них многое и непонятно, и просто страшно: работают какие-то приборы, мигают индикаторы. Они обеспокоены и постоянно обращаются к сотрудникам: «Подойдите, здесь что-то пищит!» Очевидно, что человеку, который впервые попадает в реанимацию в качестве посетителя, нужна моральная подготовка.

Решить какие-то вопросы можно «на берегу», это позволяет сохранить силы и нервы как врачей, так и пациентов и избежать множества проблем. Например, мы сейчас внедряем такую практику в родильном доме, филиале ГКБ № 52. Когда у роженицы отошли воды, добиться от нее внятных ответов на важные для врачей вопросы, например по поводу аллергии на тот или иной препарат, оказывается сложно, особенно если это первые роды. А иногда времени на выяснения просто нет. Сейчас мы предлагаем женщинам дома, в спокойной обстановке «скачать» и заполнить анкету, вдумчиво ответить на все вопросы и уже с готовой анкетой приезжать к нам рожать. Как показывает практика, большинство людей, за исключением пожилых пациентов, которые требуют к себе особого отношения, могут и готовы заранее дать и получить необходимую информацию. Если они будут знать, что такое медицинская организация, чего можно и чего нельзя ждать от нее, что должен и что не должен делать врач на разных этапах приема, вопросов станет меньше.

Мы стараемся донести до родственников пациентов ОРИТ всю необходимую информацию в максимально тактичной форме, учитывая, что люди находятся в стрессовой ситуации. Например, родственники должны понимать, что необходимо удалиться из ОРИТ, когда возникает по-настоящему реанимационная ситуация, когда бригаде нужно много пространства, чтобы никто и ничто не мешало работе. Мы просим не

отвлекать персонал во время осуществления лечебных процедур, не трогать медицинские приборы, не разговаривать по телефону.

И, наоборот, призываем родственников, если возможно, принять участие в кормлении пациента, разговаривать с ним, даже если он или она находится без сознания. Естественно, важные моменты связаны с санитарной обработкой рук перед прикосновением к пациенту. Должно быть понимание, что мы не пустим в отделение человека в болезненном состоянии или состоянии алкогольного опьянения.

Все эти правила имеются в памятках, которые есть в ОРИТ. Мы также подготовили фильм, в котором рассказываем, как мы работаем, и объясняем, что может помешать нашей работе при лечении их близких.

Занялись поиском дополнительных ресурсов. Например, в 1-й общей реанимации есть опытная врач-реаниматолог пенсионного возраста. Нести обычную для реаниматолога нагрузку ей уже трудно, и сейчас в ее обязанности, помимо медицинских задач, вошло общение с родственниками больных. Она отлично с ними справляется, причем, в отличие от других, постоянно занятых с пациентами врачей, терпеливо и спокойно, если надо, то не по одному разу, объясняет посетителям то, что им непонятно, сочувствует, позволяет им выплеснуть эмоции. У нее есть и умение, и время.

### **- Таким образом, получается, что многие проблемы могут быть решены с помощью налаженной коммуникации между всеми сторонами?**

– Я бы сказала, что чуть ли не все проблемы от невозможности нормально поговорить с родственниками больных. Сбои во время выстраивания новой системы естественны, чтобы минимизировать последствия, охладить эмоции, которые являются реакцией на эти сбои, надо открыто разговаривать всем и на всех уровнях. Это относится и к межведомственному взаимодействию – очень важно, чтобы представители ведомств могли встретиться, поговорить, обсудить, договориться по ключевым вопросам.

Например, юристы, которые разрабатывают законы, мыслят в одной системе координат, а люди, которые будут их исполнять, – в другой. То, что для юристов – частности, для нас – реальная жизнь. Непонимание плохо для всех: авторы законов начинают думать, что то, чем они занимаются, никому не нужно, а у медиков, для которых они законы пишут, возникает раздражение. То же относится к психологам, которые приходят к нам, начитавшись «умных» книжек, а потом не могут ответить на насущные вопросы, которые им задают из зала. Им надо встать посреди приемного отделения и просто посмотреть, с какими проблемами сталкиваются медицинский персонал, пациенты.

Отсутствие открытости способствует неготовности общества увидеть реальные проблемы медицинских работников. Результат – снижение их статуса и восприятие как

представителей сферы услуг. Это также одна из причин и обид с нашей стороны и профессионального выгорания.

### **- Насколько сейчас актуальна проблема профессионального выгорания, психологической перегрузки врачей?**

– Навыки защиты от стресса, от агрессии, умение правильно вести себя в конфликтной ситуации должны, по моему, стать частью профессиональной послевузовской подготовки врачей. Сейчас этому, к сожалению, не учат, и в результате многие просто психологически не справляются с работой в новой системе координат.



#### **Открытые мероприятия ГKB № 52**

- Тематические дни открытых дверей по различным заболеваниям, их диагностике и профилактике.
- Общеобразовательные лекции, мастер-классы по оказанию первой помощи.
- Медицинские классы в московских школах.
- День открытых дверей московского нефрологического центра.
- Всемирный день почки и нефромарафон для популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний почек.
- Донорские марафоны, просветительская работа по донорству.
- Участие специалистов медицинской организации в городских и районных мероприятиях, посвященных профилактике и здоровому образу жизни.

В рамках подготовки к Чемпионату мира 2018 по футболу специалисты ГKB № 52 обучали навыкам сердечно-легочной реанимации сотрудников УВД СЗАО.

Представьте себе приемное отделение в марте, во время пика эпидемии гриппа. Перегружены все больницы города, у нас в приемном отделении 60 больных. Помещения не приспособлены для такого количества людей, бригады не справляются. Несмотря на то что на помощь вышли все сотрудники больницы, включая меня, пациенты недовольны. Но мы должны уметь работать и в такой ситуации.

И очень важно сделать так, чтобы пациенты эмоционально не чувствовали себя брошенными. Сотрудники, просто проходя мимо по другим делам, должны уметь объяснить, успокоить людей. Психологической подготовкой сотрудников надо заниматься. Сейчас и мы, и коллеги в других больницах пытаемся наладить эту работу, но опять же заниматься ей надо системно, с участием психологов, а также профессионалов, которые специализируются на решении таких задач.



## ОТКРЫТЫХ ДЛЯ ПОСЕЩЕНИЯ РЕАНИМАЦИЙ ВО ФРАНЦИИ СТАНОВИТСЯ ВСЕ БОЛЬШЕ

Повторная оценка практики посещения пациентов родственниками и их информирования в 188 французских отделениях реанимации: отчет исследовательской группы **Outcomerea**<sup>1</sup>

АВТОРЫ: MAÏTE GARROUSTE-ORGEAS, ISABELLE VINATIER, ALEXIS TABAH, BENOIT MISSET, JEAN-FRANÇOIS TIMSIT  
ПЕРЕВОД: ВАЛЕРИЙ АКСЕНОВ

Во время лечения пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) члены их семей испытывают психологический стресс. Столкновение с незнакомой обстановкой и часто непонятной медицинской информацией в сочетании со страхом за жизнь близкого человека и невозможностью находиться у его постели способствуют развитию у родственников пациентов ОРИТ тревожных расстройств и депрессии. Изучению чувств родственников пациентов ОРИТ посвящено довольно много научных работ. По данным исследования французской группы FAMIREA, в течение нескольких дней после поступления больных в ОРИТ 65% и 35% членов их семей испытывали беспокойство и симптомы депрессии соответственно, а у 33% из них в течение 3 месяцев после выписки пациентов сохранялись симптомы острого постстрессового расстройства. Переживание умирания находящегося в ОРИТ близкого человека после его смерти может быть причиной осложненного горевания у 52% родственников. Важность таких последствий подчеркивается появившимся недавно термином «семейный постреанимационный синдром». Описаны многочисленные подходы к смягчению этих последствий для членов семей, такие как разработка мер учета интересов близких пациента, включая пересмотр практики посещения и информирования членов семей.

<sup>1</sup> Garrouste-Orgeas M., Vinatier I., Tabah A., Misset B., Timsit J.-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. *Annals of Intensive Care*. 2016; 6(1): 82. <http://doi.org/10.1186/s13613-016-0185-x>

С 2001 г. и по настоящее время во Франции опубликовано несколько исследований, в которых изучалась эволюция этой практики. В первом из них, вышедшем в 2001 г., изучалась практика допуска к пациентам членов их семей в 92 ОРИТ. В 97% из них была ограничительная практика посещения, и только 3 ОРИТ сообщили о круглосуточном открытом доступе. Среднее общее время посещений составляло 168 минут (30–180) в день. Ограничения по количеству и типам посетителей были в 95% и 65% ОРИТ соответственно. Посещения детей разрешались в 46% ОРИТ без каких-либо возрастных ограничений.

В 2009 г. Французское общество интенсивной терапии (SRLF) опубликовало второе исследование, включавшее данные 222 ОРИТ. В 58% ОРИТ на посещения пациентов отводилось менее 4 ч, 6,7% ОРИТ были открыты круглосуточно, в 3% из них были разрешены посещения детьми без ограничений. том же году SRLF и Французское общество анестезиологии и интенсивной терапии (SFAR) выпустили согласованный доклад «За лучшую жизнь в ОРИТ» с рекомендациями относительно взаимодействия с близкими больных, посещения ими пациентов и о представлении им информации.

В третьем исследовании 2011 г., охватившем 264 взрослых и 28 детских ОРИТ, было установлено, что в 49% взрослых ОРИТ на посещения пациентов отводилось менее 4 ч, 8% ОРИТ были открыты для посещений круглосуточно, а дети могли без ограничений посещать 12% из них.

Целью нашего исследования, начатого в 2014 г., т.е. через 5 лет после публикации согласованного доклада, была оценка выполнения в ОРИТ содержащихся в нем рекомендаций. Она включала изучение практики взаимодействия с членами семей пациентов по следующим 6 параметрам.

- Круглосуточная доступность ОРИТ для посещения пациентов при условии, что пациенты не возражают, и вне периода планового перестилания/переодевания больных и проведения специальных медицинских процедур.
- Организация допуска детей.
- Организация встреч членов семей с медицинским персоналом, принимающим участие в лечении пациента.
- Обеспечение членов семей пациентов памятками.
- Регистрация предоставления информации членам семей пациентов.
- Информирование родственников пациентов о возможности их участия в уходе за их близким и предложение им такого участия.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### Отбор ОРИТ

Предложение об участии в исследовании было сделано по телефону руководителям 289 ОРИТ, являвшихся членами SRLF и SFAR, в период с февраля по июнь 2014 г.

При получении принципиального согласия, им по почте сразу высылалась анкета, ответить на которую можно было либо так же, по почте, либо на специальном веб-сайте. Эти ОРИТ располагались по всей территории Франции и принимали только взрослых пациентов. Повторный телефонный звонок выполнялся через месяц. Если через 3 мес ответа не было, в ОРИТ направлялось электронное письмо с просьбой сообщить причину отсутствия ответа с указанием следующих вариантов: отсутствие интереса к опросу, нет времени для ответа, технические проблемы или отсутствие требуемых сведений.

### Сбор данных

Анкета была разработана совместно тремя авторами исследования и медсестрами – членами SRLF. С целью большей доступности понимания вопросов анкеты их формулировки были уточнены другой группой медсестер и врачей из 12 человек. Анкета включала три раздела: сведения о больнице и ОРИТ, данные о практике и процедуре посещения пациентов и порядок предоставления членам семей информации. Мы не проверяли достоверность сведений. Исследование было одобрено правлением нашей организации в соответствии с французским законодательством.

### Характеристики больниц и ОРИТ

Были собраны следующие характеристики больницы и ОРИТ:

- в отношении больницы: тип больницы (университетская клиника, муниципальная или частная больница) и число больничных коек;
- в отношении ОРИТ: структура отделения – тип, количество коек для «острых» и плановых больных, количество одноместных палат, количество палат с закрывающимися дверями, количество палат с естественным освещением, наличие комнаты ожидания и комнаты для семей пациентов, количество старших и младших врачей, соотношение между числом врачей и пациентов, числом медсестер и пациентов, смены медсестер и сестринских помощников, наличие психолога, физиотерапевта, социального работника, эрготерапевта и музыкального терапевта, наличие переводчика и возможность проведения религиозных обрядов.

### Практика посещения больных

Сообщалось о следующих характеристиках: интервалы часов, отведенных для посещений; изменение отведенных для посещения часов в следующих случаях: приближение смерти пациента, просьба пациента или семьи, клиническое ухудшение или длительное пребывание (более 1 мес); тип и число лиц, которым посещения разрешены; процедуры переодевания посетителей; разрешение присутствия родственников при некоторых конкретных инвазивных и неинвазивных процедурах.

**Таблица 1. Характеристики ОРИТ (n=188), принявших участие в исследовании**

Переменные	Данные: n (%) или M [IQR]
<i>Количество коек в больнице</i>	
Менее 250	29 (15,4)
250–500	62 (32,9)
501–1000	63 (33,5)
Более 1000	34 (18)
<i>Профиль ОРИТ</i>	
Терапевтический	35 (18,6)
Хирургический	18 (9,6)
Смешанный	135 (71,8)
Количество коек для «острых» больных в одном ОРИТ	12 [10–16]
Количество плановых коек в одном ОРИТ	6 [4–8]
Количество старших врачей	6 [5–7,5]
Количество младших врачей	4 [2–6]
Обязательный выходной день для врачей после дежурства	180 (95,7)
Отношение числа пациентов к числу врачей в течение дня	0,31 [0,25–0,41]
Отношение числа пациентов к числу медсестер в течение дня	3 [2,5–3]
Отношение числа пациентов к числу медсестер в ночное время	3 [2,5–3]
Отношение числа пациентов к числу помощников медсестер	1,22 [0,88–1,41]
12-часовые смены для медсестер вместо 8-часовых	131 (69,6)
Количество физиотерапевтов	1 [0,5–1,2]
<i>Наличие вспомогательных специалистов</i>	
Социального работника	82 (43,6)
Эрготерапевта	6 (3,2)
Музыкального терапевта	1 (0,53)
Доступность услуг переводчика	176 (93,6)
Доступность религиозных обрядов	185 (98,4)
Доступность клиники последующего наблюдения	12 (6,4)

### Организация предоставления информации родственникам больных


Были собраны следующие данные: предоставление памяток, организация официальной встречи с родственниками при поступлении, выписке и при критическом состоянии больного, должность медицинских работников, участвующих в этих встречах, тип информации, предоставляемый медсестрами на протяжении всего пребывания пациента в ОРИТ, регистрация информации, предоставляемой семьям, и ведение дневника пациента ОРИТ<sup>2</sup>.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

#### Характеристики ОРИТ

В исследовании приняли участие 188 из 289 ОРИТ (65%). На рис. 1 представлена блок-схема исследования с указанием причин отказа от участия. Характеристики 188 ОРИТ, включенных в исследование, представлены в табл. 1. Данные представлены в виде медианы M [интерквартильный диапазон, IQR] для непрерывных количественных переменных и количества n (%) для категориальных (качественных) переменных.

<sup>2</sup> Имеются в виду не записи в истории болезни, а дневники, отражающие происходящее с пациентами с точки зрения окружающих. Ведутся как членами семьи, так и медсестрами. Считается, что такие дневники в дальнейшем смягчают у пациентов психологические последствия пребывания в ОРИТ (прим. переводчика).




**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**



**НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА**  
www.nioz.ru

**МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

**ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР**

**ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ**  
ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА,  
КАНДИДАТ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ НАУК

*Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая в том числе и предотвращение различных рисков в отрасли*

**+7 (495) 951-20-54**  
niozmm@zdrav.mos.ru  
Москва, Большая Татарская, 30  
www.nioz.ru



Рис. 1. Блок-схема исследования

Сведения были предоставлены врачами, чаще всего это были заведующие ОРИТ [(105 (55,9%)), а также старшие медсестры [83 (44,1%)]. В табл. 2 представлены характеристики ОРИТ с точки зрения возможности посещения пациентов членами их семей. Только 118 (62,8%) ОРИТ имели комнаты ожидания; в 152 (80,9%) ОРИТ были помещения, специально отведенные для информирования родственников и общения с ними. Семьи сообщали о прибытии в ОРИТ разными способами – звонком

по телефону в 103 отделения (54,7%), через домофон – в 102 (54,2%), по видеofону – в 36 (19,1%). Только в 2 ОРИТ были администраторы, ответственные за прием членов семей. В палату к пациентам родственники сопровождали медицинские работники в 170 (90,4%) ОРИТ. Данные представлены в виде медианы  $M$  [интерквартильный диапазон,  $IQR$ ] для непрерывных количественных переменных и количества  $n$  (%) для категориальных (качественных) переменных.

### Практика посещения

На рис. 2 и 3 представлена практика посещения. Из 188 ОРИТ 45 (23,9%) были открыты для посещений круглосуточно. В остальных ОРИТ ( $n = 143$ ) период времени, разрешенный для посещений, составлял  $4,75 \pm 1,83$  ч. Количество посещений одного пациента в один день составило  $1,5 \pm 0,53$ . В 177 (94,1%) ОРИТ количество посетителей пациента в палате было ограничено  $2,12 \pm 0,37$  родственниками. Посещения разрешались только членам семей пациентов в 15 (7,9%) ОРИТ.

В остальных ОРИТ друзья могли посещать пациента с семьями. В ОРИТ с ограничительной практикой ( $n = 143$ ) разрешались посещения умирающих пациентов в 107 (74,8%), при ухудшении состояния больных – в 95 (66,4%), по требованию семьи – в 62 (43,3%), когда пациент находился в

Таблица 2. Характеристики ОРИТ с точки зрения возможности посещения пациентов членами их семей

Переменные	Данные: $n$ (%) или $M$ [IQR]
Доля одноместных палат	71,4 [60–100]
Наличие в ОРИТ палат с закрывающимися дверями	175 (93)
Палаты с естественным освещением	161 (85,6)
Наличие комнаты ожидания	118 (62,7)
Наличие диспенсера (кулера) для напитков	37 (19,6)
Наличие туалетов для семей	165 (87,7)
Наличие комнаты для встреч с семьями	152 (80,8)
Возможность для отдыха (сна) членов семей	89 (47,3)
Имеется специальная комната	10 (5,3)
Есть возможность отдыха (сна) в палате для посетителя	30 (15,9)
Кресло в комнате ожидания	28 (14,8)
Другие возможности (если другая, то указать конкретно, какая!)	13 (6,9)

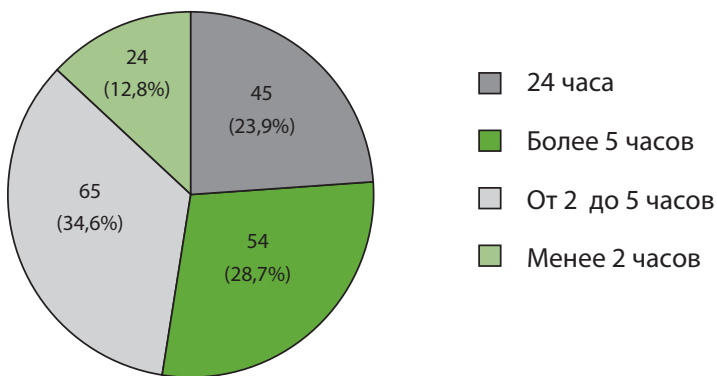


Рис. 2. Количество часов, отведенных на посещение пациентов членами их семей

сознании в 29 (20,3%), а также когда пребывание больного в ОРИТ продолжалось более 1 мес – в 4 (43,1%). Из 188 ОРИТ посещения детей разрешались в 164 (87,2%), из них без ограничений по возрасту (от новорожденного до 18 лет) – в 97 (59,1%) ОРИТ. Родственников с домашними животными пропускали в 4 (2,1%) ОРИТ. Персонализация палаты с размещением в ней знакомых пациенту предметов никогда не разрешалась в 130 (69,1%) из 188 ОРИТ.

### Правила переодевания посетителей

Переодевание всех членов семей перед посещением пациентов в ОРИТ было обязательным в 52 (27,6%) из 188 ОРИТ, в то время как в 23 (12,3%) ОРИТ никаких требований в этом отношении не было. В оставшихся ОРИТ ( $n = 113$ ) переодевание требовалось в случае выявления мультирезистентных бактерий (метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus* и бактерий, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра), *Clostridium difficile* и высокорезистентных к антибактериальным средствам бактерий в 77 (68,1%), 107 (94,6%) и 92 (81,4%) ОРИТ соответственно. Из 165 ОРИТ, в которых переодевание посетителей в той или иной мере требовалось, их переодевали в халаты в 162 (98,1%) ОРИТ. Кроме этого, в этих ОРИТ пациентам выдавали: перчатки в 79 (47,8%); хирургические маски в 77 (46,6%); бахилы в 27 (16,3); шапочки в 35 (21,2%); также применялись различные комбинации этих видов одежды.

### Информирование семей пациентов

Общую информацию об ОРИТ предоставляли медсестры или врачи в 162 (86,1%) из 188 ОРИТ. Специальная письменная процедура информирования семей в этих ОРИТ имелась в 44 (23,4%). Семьи получили памятки в 168 (89,3%) ОРИТ. В 11 ОРИТ (5,8%) памятки были единственным средством информирования членов семей. Встречи с семьями проводились при поступлении пациентов в 149 (79,2%) из 188 ОРИТ. Встречи при выписке пациентов проводились реже – в 60 (31,9%) из

188 ОРИТ. Медсестры и помощники медсестер принимали участие во встречах с семьями в 133 (70,4%) и 55 (29,2%) из 188 ОРИТ соответственно. Младшие врачи участвовали в предоставлении семьям информации в 129 (68,6%) ОРИТ, но очень немногие ОРИТ допускали их до информирования родственников в случаях смерти пациентов – только в 6 (3,2%) из 188. Краткое содержание информации, предоставленной семье, вносилось в истории болезни пациентов только в 111 (59%) из 188 ОРИТ. Сообщение информации по телефону было разрешено в 78 (41,4%) из 188 ОРИТ. Информация, сообщаемая медсестрами, касалась общего самочувствия пациентов в 186 (98,9%) из 188 ОРИТ, а также изменений в общем состоянии – в 135 (71,8%), лечении – в 66 (35,1%) или диагнозе – в 12 (6,4%) ОРИТ. Из 188 ОРИТ в 23 (12,2%) велись дневники пациентов этих отделений: из них в 6 (26,1%) по всем пациентам ОРИТ, в 8 (34,8%) – дневники пациентов,

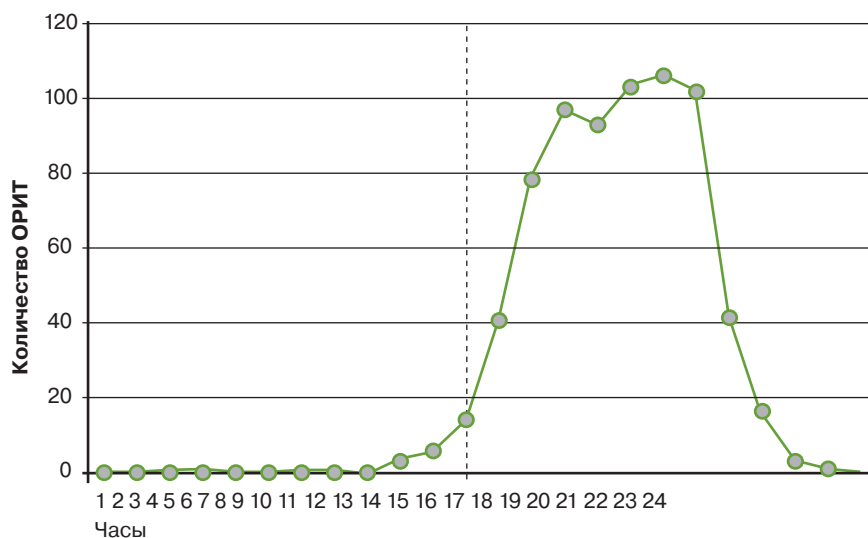


Рис. 3. Распределение присутствия родственников в ОРИТ с ограничительной практикой посещения больных

находящихся на искусственной вентиляции легких более 48 ч, и в 9 (39,1%) – пациентов с травмами.

### Присутствие семей при оказании медицинской помощи

Очень немногие ОРИТ допускали присутствие членов семей пациента во время проведения инвазивных и неинвазивных процедур (табл. 3). Чаще всего родственникам разрешали присутствовать при аспирации содержимого трахеи – в 36 (19,1%) ОРИТ из 188, выполнении гигиенических процедур – в 51 (27,1%) и при проведении клинических обходов – в 18 (9,6%). В 101 (53,7%) ОРИТ членам семей иногда разрешали участвовать в уходе за пациентами – их родственниками, в 30 (16%) ОРИТ это не допускалось.

### Обсуждение

Благодаря активному отклику на предложение участвовать в анкетировании, наше исследование, охватывающее 188 французских ОРИТ, дает достаточно точное представление о текущем состоянии практики взаимодействия с членами семей пациентов. Хотя не все рекомендации доклада «За лучшую жизнь в ОРИТ» были реализованы в большинстве отделений, прогресс по сравнению с данными двух предыдущих исследований 2001 г. и 2009 г. все-таки был достигнут. Основные достижения: в 23,9% ОРИТ применяется практика неограниченных посещений, в 59,1% из них детей пропускают к пациентам без возрастных ограничений, в 79,2% при

поступлении пациентов проводятся встречи персонала с членами семьи, во время которых им предоставляется вся необходимая информация; в 70% во встречах участвуют медсестры. Информация, предоставленная семье, регистрировалась в историях болезни пациентов только в 111 (59%) из 188 ОРИТ. Присутствие родственников во время проведения процедур допускалось редко.

Д. Бервик и М. Котагал в статье «Ограничение часов посещения в ОРИТ: время перемен» писали: «В ограничении посещений в отделениях реанимации нет ни заботы, ни сострадания, ни необходимости». Семьи пациентов не просто гости в ОРИТ. Десять лет спустя после публикации международных рекомендаций, подготовленных научными сообществами, учреждениями и комитетами, поддержавшими необходимость внедрения открытой модели ОРИТ, многие французские реанимации положительно отнеслись к этим идеям, а 23,9% из них создали возможность свободного круглосуточного посещения пациентов.

Во многих европейских странах происходит эволюция практики доступности пациентов ОРИТ для членов их семей после многих лет закрытости отделений реанимации, как это было в Италии и во Франции. Главными движущими силами этой эволюции были несколько факторов, включая обсуждение этой темы экспертами во время научных конференций, положительные отклики из ОРИТ, внедривших эту практику, а также отсутствие научных доказательств, оправдывающих закрытие ОРИТ для близких пациентов.

Таблица 3. Возможность присутствия родственников при проведении медицинских процедур

Переменные	Никогда (и) иногда (n = 188)	Часто (и) всегда (n = 188)
Катетеризация центральной вены	186 (99)	2 (1)
Орotraхеальная интубация	188 (100)	0
Бронхоскопия	188 (100)	0
Трахеальная аспирация	152 (80,5)	36 (19,5)
Эхокардиография	175 (93,1)	13 (6,9)
Другие типы эхографии	176 (93,7)	12 (6,3)
Установка желудочного зонда	181 (96,2)	7 (3,8)
Дренирование плевральной полости	187 (99,5)	1 (0,5)
Сердечно-легочная реанимация	186 (99)	2 (1)
Клинические обходы	170 (90,4)	18 (9,6)
Гигиенические процедуры	137 (72,8)	51 (27,2)

*Примечание: в скобках дано относительное значение показателя в %.*

Увеличение продолжительности посещений ассоциируется с защитным эффектом в отношении неудовлетворенности, а также тревоги и симптомов депрессии. Тем не менее до обеспечения настоящего климата поддержки родственников пациентов еще далеко, поскольку четверть ОРИТ, ограничивающих посещения, не меняют свои правила даже для членов семей умирающих больных. Это был неожиданный и неутешительный результат по сравнению с другими странами, такими как Бразилия, где только 2,6% ОРИТ разрешали круглосуточные посещения, но в 99% из них допускали гибкость в ситуациях с умирающими пациентами. Это отражает нежелание персонала оказывать членам семей пациентов психологическую помощь.

### В ЕВРОПЕ ПРОИСХОДИТ ЭВОЛЮЦИЯ ПРАКТИКИ ДОСТУПНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОРИТ ДЛЯ ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ ПОСЛЕ МНОГИХ ЛЕТ ЗАКРЫТОСТИ РЕАНИМАЦИЙ

Напротив, к посещениям детьми без возрастных ограничений чаще относились благожелательно. Страхы относительно допуска в ОРИТ детей связаны с необоснованными представлениями, такими как передача инфекций от пациентов детям и, наоборот, помехи в деятельности персонала и тяжелые психологические последствия. Однако в настоящее время созданы инструменты для облегчения посещений пациентов детьми. Например, издана книга, содержащая информацию о том, как дети воспринимают то, что видят во время посещений ОРИТ. Тем не менее тема влияния на детей таких посещений изучена недостаточно, и большая часть исследований касается братьев и сестер пациентов педиатрических ОРИТ. Вопросы посещения детьми взрослых пациентов требуют дальнейшего изучения. Требование к переобеданию всех членов семей, сохраняющееся в 27% ОРИТ, противоречит французским национальным рекомендациям, опубликованным в 2009 г. Французским обществом гигиены.

Как видно из наших результатов, только несколько ОРИТ разрешают семьям присутствовать во время проведения медицинских процедур, в то время как научные исследования показывают снижение риска посттравматических стрессовых расстройств среди членов семей, которые участвовали в гигиеническом уходе, присутствовали во время оценки смерти мозга и даже при сердечно-легочной реанимации. Способы предоставления информации имеют решающее значение для повышения удовлетворенности семей пациентов. Недавно были опубликованы рекомендации для

персонала о том, как следует обеспечивать членов семей информацией. В этих рекомендациях подчеркивается необходимость перехода от формальной информации к общению, к организации структурированных официальных встреч медицинского персонала с родственниками на третий день пребывания пациентов в ОРИТ, при переводе из реанимации в другие отделения, а также посещений умирающих пациентов. В нашем исследовании 79% ОРИТ сообщили о проведении встреч с родственниками пациента при его поступлении в отделение.

Хотя мы понимаем, что иногда бывает сложно провести такую встречу в условиях оказания неотложной помощи, когда в центре внимания персонала находится пациент, необходимо все же активно подходить к взаимодействию с его семьей, чтобы объяснить им условия, обстановку и режим работы ОРИТ, а также имеющиеся возможности диагностики и лечения. Это помогает наладить доверительные отношения между медицинскими работниками и семьями. Важно отметить, что, как показало наше исследование, лишь очень немногие ОРИТ проводили встречи с родственниками пациента при его переводе в профильное отделение, который часто становится негативным событием для некоторых пациентов и семей, порождая страх и чувство того, что их оставили без внимания. Такая встреча является ценной возможностью для успокоения и информирования как пациентов, так и их семей о том, как будет проходить период восстановления. Очень немногие ОРИТ регистрировали предоставляемую родственникам больных информацию в историях болезни. Отсутствие таких записей может стать источником трудностей из-за противоречивой информации, получаемой семьями. Наш опрос имеет несколько ограничений. Во-первых, 37% ОРИТ отказались от участия, несмотря на несколько напоминаний. Мы можем предположить, что в этих ОРИТ посещения пациентов были ограничены. Во-вторых, данные предоставлялись старшими медсестрами или заведующими ОРИТ на условиях доверия, поэтому истинная реальность может быть несколько иной. В-третьих, мы не оценивали командную работу отделений, культуру безопасности или здоровье медицинских работников, хотя это могло бы повлиять на практику взаимодействия ОРИТ с членами семей пациентов.

**Заключение.** Таким образом, можно отметить, что наше исследование дает новое представление о практике взаимодействия и информирования родственников пациентов во французских ОРИТ. Хотя многие отделения придерживаются не всех согласованных рекомендаций, все же мы достигли существенного прогресса по сравнению с 2001 г., когда было опубликовано первое исследование французских ОРИТ. Большинство из них улучшило свои взгляды на допуск семей к пациентам и их информирование. Мы надеемся, что эти изменения приведут к дальнейшему прогрессу в этой области.

# ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ВРАЧ И ПАЦИЕНТ

Необходимость информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство и на отказ от него в медицинской практике продиктованы требованиями Конституции РФ и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». В ст. 19 и 20 закона установлено право пациента (его родителей или законных представителей) на отказ от медицинского вмешательства и на прекращение медицинского вмешательства.



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

## Согласие или отказ?

Требование информировать пациента о его праве на отказ от медицинского вмешательства или его прекращение относится ко всем медицинским организациям – как государственным и муниципальным, так и частным.

И согласие на медицинское вмешательство, и отказ от него всегда оформляются письменно (обязательно подписывается пациентом или его родителями, или иным законным представителем, а также медицинским работником) и содержится в медицинской документации пациента. Принципиальными условиями при отказе от медицинского вмешательства являются:

- добровольность, то есть отказ совершается свободно, без принуждения;
- информированность, то есть пациенту в доступной для него форме разъяснены последствия отказа.

Медицинское вмешательство может производиться без согласия пациента, его родственников или законных представителей только в строго установленных случаях, предусмотренных ч. 9 ст. 20 закона № 323-ФЗ, а именно:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в ч. 2 настоящей статьи);
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Перечень этих заболеваний утвержден постановлением правительства РФ № 715 от 01.12.2004 г. «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». К числу таких заболеваний относятся: гепатит В, гепатит С, лепра, малярия, туберкулез, холера, гельминтозы, инфекции, передающиеся половым путем и др.;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

По экстренным показаниям, а также в отношении лиц, страдающих опасными для окружающих заболеваниями, решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей или лечащий (дежурный) врач.

Лечащий (дежурный) врач принимает решение, если консилиум собрать невозможно. В таком случае вся информация о принятом решении вносится в медицинскую документацию пациента; уведомляется руководитель медицинской организации или руководитель отделения медицинской организации, а также сам пациент (родитель или законный представитель).

Консилиум врачей необходим для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности его направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных ст. 48 закона № 323-ФЗ.

В случае, когда состояние больного в диагностическом и лечебном плане остается неясным, требуются консультации разными специалистами или когда требуется оказание медицинской помощи без согласия пациента или его законного представителя, заведующий отделением (при наличии кафедры – по совместному решению с заведующим кафедрой) должен принять решение о созыве консилиума, о чем он уведомляет главного врача или его заместителя по медицинской части. При этом им сообщается желательный состав

участников консилиума по специальностям и определяется срочность его созыва. О необходимости и обосновании созыва консилиума заведующий отделением делает запись в истории болезни. Ответственность за своевременный созыв консилиума возлагается на главного врача или его заместителя по медицинской части. Главный врач или его заместитель по медицинской части руководит консилиумом или назначает руководителя консилиума. Число врачей в консилиуме закон не определяет, поэтому при определении минимального их количества уместно вспомнить положение римского права «Tres faciunt consilium» – трое составляют совет. Максимальное количество участников не может быть определено, поскольку оно диктуется сложностью каждого конкретного случая.

В соответствии с п. 4 ст. 48 закона № 323-ФЗ в протоколе должны быть указаны: фамилии врачей, включенных в состав консилиума; сведения о причине его проведения, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума, включая интерпретацию клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, а также иных методов исследования; решение консилиума врачей. В том случае, если кто-то из участников консилиума не согласен с позицией большинства, отказывается подписывать решение и имеет особое мнение, он должен записать его в протоколе и заверить подписью. Рекомендации консилиума обязательны для лечащих врачей. Ответственность за их выполнение несет заведующий отделением (в условиях клинической больницы он и заведующий соответствующей кафедрой).

Таким образом, созыв консилиума в соответствии со ст. 20 и 48 закона № 323-ФЗ устанавливает определенные гарантии для лиц, которым медицинское вмешательство необходимо для спасения жизни, но которые не способны принять самостоятельное решение о необходимости лечения.

### Жизненно важный суд

Информированный добровольный отказ (ИДО) от медицинского вмешательства, подписанный родителем или законным представителем в отношении медицинского вмешательства, направленного на спасение жизни, может быть обжалован в суде. Административный иск в таком случае вправе подать медицинская организация (ч. 5 ст. 23 Кодекса административного судопроизводства РФ). Например, в суде может быть обжалован отказ от проведения реанимационных мероприятий, переливания крови и пр. При поступлении в суд административный иск незамедлительно принимается к производству (ст. 285.2 кодекса). Дело рассматривается в течение 5 дней либо в экстренной форме – в день поступления административного иска (ч. 1 ст. 285.3 кодекса).

Кроме того, закон № 323-ФЗ в такой ситуации устанавливает обязанность законного представителя недееспособного

пациента известить орган опеки и попечительства о подписании ИДО. Срок такого уведомления – не позднее дня, следующего за днем подписания ИДО.

Отметим, что подписание ИДС или ИДО является требованием, установленным п. 5 постановления правительства РФ от 16.04.2012 г. «О лицензировании медицинской деятельности» № 291. Административная ответственность для медицинских организаций, не соблюдающих лицензионные требования, установлена ч. 3, 4 ст. 14.1 Кодекса об административных правонарушениях (КоАП) РФ в виде предупреждения, административного штрафа, приостановления деятельности. Максимальный размер санкции для юридических лиц по ч. 4 ст. 14.1 КоАП составляет 200 тыс. руб. Данное нарушение также может быть квалифицировано как нарушение прав потребителя на получение необходимой и достоверной информации о медицинских услугах. Ответственность в таком случае наступает по ст. 14.8. КоАП в виде предупреждения или административного штрафа. Максимальный размер санкции для юридических лиц составляет 10 тыс. руб.

## **Права пациентов и их родственников Право на адвоката и священника**

Пациент медицинского стационара, находящийся на его территории, должен выполнять предписания врачей. При этом пациент сохраняет право обращаться с заявлениями в органы власти, прокуратуру и суд, так как у него могут возникнуть потребности прояснить некоторые юридические вопросы, оформить нотариальную доверенность, составить исковое заявление. В таком случае пациент, его доверенные лица вправе пригласить адвоката. Закон позволяет пациенту обсуждать с юристом любые вопросы наедине. Адвокат является независимым профессиональным советником по правовым вопросам, чей статус подтверждается удостоверением, выданным территориальным органом юстиции. Законные представители могут быть только у пациентов, не обладающих или обладающих неполной дееспособностью в силу возраста или расстройства психического здоровья. Речь идет о родителях, опекунах, попечителях.

Право на допуск к пациенту священнослужителя и осуществление религиозных обрядов является проявлением принципа свободы совести и свободы вероисповедания, закрепленного в Конституции РФ. Указанная норма корреспондирует с положениями закона от 26.09.1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях», где предусмотрено, что религиозные организации вправе проводить религиозные обряды в лечебно-профилактических и больничных организациях по просьбам находящихся в них граждан в помещениях, специально выделяемых администрацией для этих целей.

При этом необходимо выполнить обязательное условие: данные действия не должны нарушать внутренний распорядок медицинской организации.

## **Врачебная тайна**

Врачебная тайна – запрет на разглашение информации о пациенте, его личных данных, диагнозе и перспективах лечения. Эти сведения могут быть использованы во вред пациенту: вызвать конфликты у него на работе или ухудшение отношений с родственниками. Их разглашение нарушает право человека на неприкосновенность частной жизни, закрепленное ст. 23 Конституции РФ. Сотрудники медицинской организации обязаны соблюдать врачебную тайну независимо от занимаемой должности.

## **Права родственников пациента**

Родственники имеют право посещать больного в любом структурном подразделении стационара при условии, что соблюдаются права других пациентов и медработников (ст. 6 закона № 323-ФЗ). Реанимационное отделение не является исключением.

**В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПАЦИЕНТ СОХРАНЯЕТ ПРАВО  
ОБРАЩАТЬСЯ С ЗАЯВЛЕНИЯМИ В  
ОРГАНЫ ВЛАСТИ, ПРОКУРАТУРУ И СУД**

Получение заключения о причине смерти и диагноза – неотъемлемое право близких родственников и супруга (супруги) умершего пациента. Если они отсутствуют, медицинская организация может выдать документы другим членам семьи (ст. 67 закона № 323-ФЗ). К близким родственникам относятся родители, дети, дедушки, бабушки, внуки, родные и сводные братья, сестры (ст. 14 Семейного кодекса РФ).

Родственники вправе пригласить врача-специалиста для участия в патолого-анатомическом вскрытии и оформления заключения или могут отказаться от вскрытия. Для этого необходимо подать письменное заявление.

Родственники могут отказаться от изъятия органов и тканей для трансплантации из тела совершеннолетнего дееспособного умершего пациента (ст. 47 закона № 323-ФЗ). Первоочередное право принадлежит супругу. Когда его нет – близким родственникам. Если больной оставил письменное волеизъявление или сообщил при свидетелях о возможности трансплантации, в приоритете желание пациента. На трансплантацию органов умершего несовершеннолетнего или недееспособного пациента согласие или отказ вправе дать один из родителей или законный представитель.

Обязанности родственников пациентов закон № 323-ФЗ не установил. Поэтому медицинская организация не вправе предъявлять родственникам встречные требования.

# ЧЕЛОВЕК И ЗАКОН

## РЕАНИМАЦИЯ:

## ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ



Алексей Пиманов напомнил, как программа «Человек и закон» вступилась за врача-гематолога Елену Мисюрину, которая, по его словам, «оказалась в СИЗО после гибели смертельно больного пациента». Но врачи ОРИТ, пожалуй, чаще, чем кто-либо, идут на риск, возвращая людей к жизни и «запуская» остановившиеся сердца.

**Алексей Пиманов, ведущий программы «Человек и закон»**

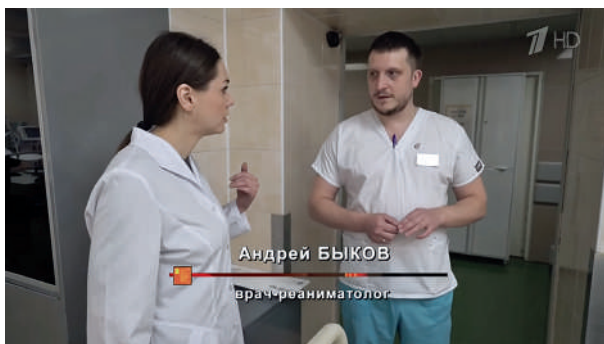
«Тема острая, непростая, требует осмысления. Вот мы и решили посмотреть на нее другими глазами, что называется, со стороны».

Съемочная группа программы «Человек и закон» Первого канала провела день во 2-м отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.С. Юдина» и сняла сюжет о работе анестезиологов-реаниматологов.

# ПРОГРАММА «ЧЕЛОВЕК И ЗАКОН» ПРОВЕЛА ОДИН ДЕНЬ С ВРАЧАМИ ГКБ ИМ. С.С. ЮДИНА



7.00. Первый обход. С врачами и медицинскими сестрами 2-го ОРИТ съёмочная бригада проведет день и узнает, что их привлекло в этой профессии



Андрей БЫКОВ  
врач-реаниматолог

Андрей Быков, врач-реаниматолог

«Я работаю в ОРИТ 5 лет. Это профессия молодых, в ней важны быстрота реакции и качество выполнения процедур».



Давид КАЛЛАГОВ  
врач-реаниматолог

Давид Каллагов, врач-реаниматолог

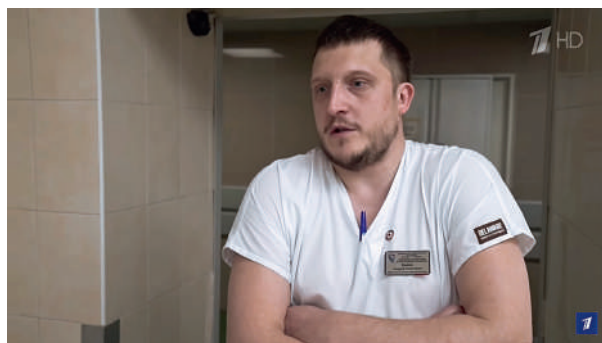
«Я уже в 10-м классе, до поступления в медицинский институт, знал, что буду реаниматологом. Есть узкие специалисты – терапевт, кардиолог, уролог. А здесь все сразу».



Сердечно-легочная реанимация, непрямой массаж сердца



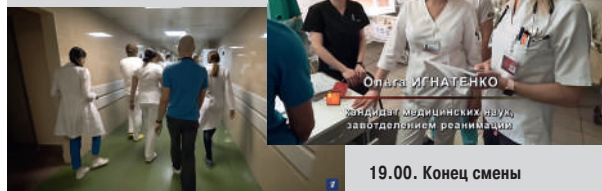
14.00. Работа продолжается – в 2 ОРИТ везут нового пациента



Андрей Быков, врач-реаниматолог

«Был пациент с остановкой сердца, которому реанимацию делали дольше обычного. Около 40 минут. Через сутки я его спросил: «Вы видели свет в конце тоннеля?» Он в ответ: «А я ничего не помню». Тогда я и перестал верить в такие вещи».

8.00. Очередной обход.  
Во 2-м ОРИТ неожиданный  
наплыв пациентов



Ольга ИГНАТЕНКО  
кандидат медицинских наук,  
заведующий реанимацией

19.00. Конец смены

# ЕВГЕНИЙ РОДИОНОВ:



**Е.П. Родионов,**  
заместитель главного врача  
по медицинской части (по  
анестезиологии-реаниматологии)  
ГБУЗ «Городская клиническая  
больница им. С.П. Боткина ДЗМ»,  
врач анестезиолог-реаниматолог  
высшей квалификационной категории,  
доцент кафедры анестезиологии и  
неотложной медицины Российской  
медицинской академии непрерывного  
профессионального образования, к.м.н.

## «БАЗОВАЯ ПРОГРАММА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ – ЛИШЬ ВЕРШИНА АЙСБЕРГА СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ»

Заместитель главного врача по  
анестезиологии-реаниматологии  
Боткинской больницы рассказал  
«Московской медицине» о том,  
что представляет собой сердечно-  
легочная реанимация и почему  
для овладения навыками  
ее проведения необходимо  
симуляционное обучение.



Прошло более 50 лет после публикации в медицинской литературе описания первого успешного случая проведения закрытого массажа сердца при его остановке. Как тогда, так и сейчас врачи направляют все усилия на снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов как причин внезапной смерти. Ключевую роль в эффективности реанимации при внезапной остановке сердца играют и медицинские работники, и люди, случайно оказавшиеся поблизости от пострадавшего. Незамедлительное начало реанимации и ее правильное проведение являются в этих случаях определяющими факторами.

Базовый комплекс сердечно-легочной реанимации (СЛР) включает закрытый массаж сердца, искусственное дыхание и применение автоматической наружной дефибрилляции. Она является важной составляющей СЛР и рекомендована Европейским советом по реанимации 2015 г. (ERC-2015). К сожалению, автоматическая наружная дефибрилляция отсутствует в Перечне мероприятий по оказанию первой помощи, и это, безусловно, сдерживает применение всего комплекса мероприятий по СЛР в общественных местах до прибытия к пострадавшему медицинских работников. Безусловно, сотрудники медицинских организаций имеют базовые знания по СЛР. Однако на практике они достаточно редко сталкиваются с практическим применением своих знаний, особенно медицинский персонал отделений больниц, не оказывающих интенсивную

терапию. Поэтому необходима система постоянного тренинга с целью повышения практических навыков по проведению СЛР. Особенно это касается среднего медицинского персонала, поскольку обычно именно он первым оказывается рядом с пациентом, который находится в критической ситуации. Этот фактор очень важен и обосновывает необходимость организации системы непрерывного симуляционного обучения всего медицинского персонала.

С целью реализации этой программы в Медицинском симуляционном центре (МСЦ) Боткинской больницы организовано обучение по программе базового курса СЛР медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы. Ежегодно обучение проходят более 2 тыс. курсантов – врачей и среднего медицинского персонала ДЗМ. Преподаватели центра – это в основном сотрудники больницы им. С.П. Боткина. Но есть среди них и врачи, которые работают в ГБУ ССиНМП им. А.С. Пучкова, ГКБ им. С.С. Юдина, ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова и других крупных стационаров Москвы. Все инструкторы имеют сертификаты Национального и Европейского советов по реанимации.

Надо учитывать, что базовый курс СЛР рассчитан не на медицинских работников, а на широкий круг населения. В настоящее время в МСЦ внедряется курс расширенной СЛР, который предназначен в первую очередь врачам анестезиологам-реаниматологам и врачам кардиологам.



## ЕЛЕНА ВОРОБЬЕВА

ЗАВЕДУЮЩАЯ СЕКТОРОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ПРОЕКТОВ ОТДЕЛА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ  
И РАЗВИТИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

- 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
- Правила кодирования заболеваемости и смертности населения, МКБ 10
- Управление сестринской деятельностью
- Психолого-педагогическое сопровождение детей с соматическими заболеваниями для воспитателей, педагогов и логопедов медицинских организаций
- Полный список образовательных проектов доступен на сайте [nioz.ru](http://nioz.ru) в разделе «Сведения об образовательной организации».



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.nioz.ru](http://www.nioz.ru)

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ  
ПРОЕКТЫ

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шарикоподшипниковская, 9  
[niozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niozmm@zdrav.mos.ru) [www.nioz.ru](http://www.nioz.ru)

Таким образом, программа базового курса СЛР – лишь вершина айсберга системы симуляционного обучения. Это простейшие навыки, которыми должны обладать не только медицинские работники. Помимо этого курса, в МСЦ внедрены и реализуются сложные программы симуляционного обучения, в том числе по анестезиологии и реаниматологии, хирургическим и терапевтическим дисциплинам. Все эти программы разрабатываются при непосредственном участии главных внештатных специалистов ДЗМ и утверждаются Департаментом здравоохранения города Москвы.

Наиболее интересным направлением работы МСЦ по профилю «анестезиология-реаниматология», на мой взгляд, является моделирование клинических ситуаций с использованием симуляторов с высокой степенью реалистичности в условиях, максимально приближенных к операционной. Максимальная реалистичность обстановки симуляционной операционной, сложный сценарий клинического наблюдения с последующим детальным анализом действий курсантов при проведении ими анестезии и интенсивной терапии значительно отличается от привычного для всех учебного процесса. Все это реализовано в курсе «Критические осложнения в анестезиологии».

## В МСЦ РЕАЛИЗУЮТСЯ ПРОГРАММЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Внедрение подобных сложных симуляционных технологий поднимает на качественно новый уровень учебный процесс, позволяет проводить тренинги, как индивидуальные по различным тематикам, так и командные по отработке слаженной работы всей операционной бригады. Задача, которая стоит перед преподавателями МСЦ, – подготовить специалистов, в том числе врачей анестезиологов-реаниматологов, помочь им отработать до автоматизма мануальные навыки, научить их принимать решения в экстренных ситуациях. Использование симуляционных операционных позволяет повысить качество и безопасность оказания медицинской помощи. Безусловно, необходимо широко пропагандировать необходимость получения знаний по оказанию первой медицинской, в том числе, реанимационной помощи. И вести такую работу не только среди медицинского персонала, но и всего населения в целом. Понимание того, что чем быстрее пострадавшему будет оказана первая помощь, тем выше вероятность благоприятного исхода, значительно повысит востребованность таких тренингов среди граждан.

# ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ РЕАНИМАЦИИ

Уважаемые посетители!  
Отделение реанимации и интенсивной терапии открыто для посещений. Мы очень просим вас быть внимательными к некоторым особенностям.  
Помните: лучшей помощью для пациента станет соблюдение важных рекомендаций. НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента создал памятку для пациентов.



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН:

Работа отделения интенсивной терапии – это круглосуточная забота о тяжелобольных людях.  
Для постоянного контроля состояния пациентов здесь используются самые современные технологии



Заранее уточните у персонала, какие **личные вещи** можно приносить пациенту



Соблюдайте тишину ради спокойствия пациентов, врачей и других посетителей



Прежде чем войти в палату интенсивной терапии, **получите разрешение** сотрудников реанимации



Пожалуйста, выключайте любые мобильные устройства или переводите их в «авиарежим»



Существует ряд процедур, которые нельзя проводить в присутствии посетителей, поэтому будьте готовы к тому, что вам **придется подождать или перенести посещение**. Отнеситесь к этому с пониманием



При входе в палату, сотрудники больницы могут предложить вам снять верхнюю одежду, надеть **медицинский халат, бахилы, маску и шапочку**



Выполняйте все рекомендации и указания медицинского персонала



Пожалуйста, не забывайте об **обязательной предварительной дезинфекции рук**. Покидая палату, продезинфицируйте руки повторно



Все сведения о пациентах конфиденциальны и не могут быть предоставлены без разрешения пациента, близких родственников и по телефону



В тяжёлый период жизни ваша забота и внимание крайне важны для больного. Даже если пациент находится без сознания, старайтесь не прекращать общение с ним, так как звук знакомого голоса может способствовать скорейшему выздоровлению. Даже если пациент не реагирует на вас, помните, что он чувствует ваше присутствие рядом. Не бойтесь прикасаться к пациенту, брать его за руку. Сделайте все возможное, чтобы поддерживать состояние покоя и комфорта. Не стоит переутомлять больного слишком длительными или частыми посещениями. Придерживайтесь режима: до двух посетителей в день.

Плакат в хорошем качестве можно скачать на [www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)



# Базовая реанимация и автоматическая наружная дефибрилляция



## Проверить реакцию

Осторожно встряхнуть  
Громко окликнуть: "С Вами все в порядке?"



## Если НЕ реагирует

Открыть дыхательные пути и проверить дыхание

Если не дышит или дыхание патологическое

Вызвать 01(112), найти и принести автоматический наружный дефибриллятор (АНД)

Если дышит нормально



## Немедленно начать сердечно-легочную реанимацию (СЛР)

Расположить руки в центре грудной клетки  
Провести 30 компрессий грудной клетки:

- делать сильные и быстрые компрессии (глубина 5 см, частота 100/мин)
- прижать губы ко рту пострадавшего
- сделать искусственный вдох так, чтобы поднялась грудная клетка
- когда грудная клетка опустится, сделать второй искусственный вдох
- продолжить СЛР

**СЛР 30:2**



**\* Поместить в боковое восстановительное положение**

- Вызвать 01(112)
- Продолжать оценку наличия нормального дыхания



## Включить АНД и наложить электроды

Следовать голосовым командам АНД без промедлений  
Наложить один электрод под левой подмышкой  
Наложить другой электрод под правой ключицей, рядом с грудиной  
Если более одного спасателя: НЕ прерывать СЛР



## Никому не трогать пострадавшего и нанести разряд

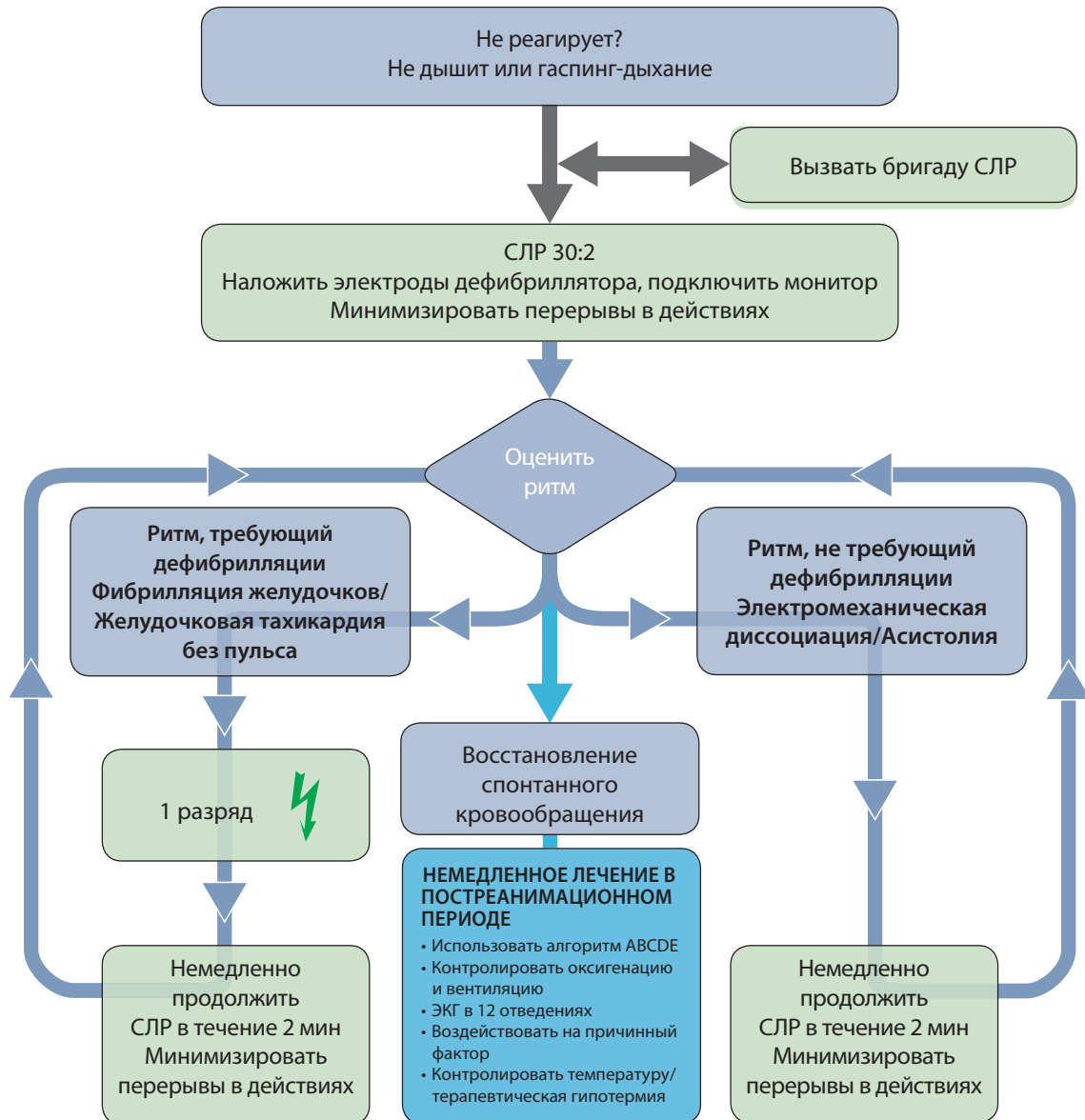
Никому не трогать пострадавшего  
- во время анализа ритма  
- во время нанесения разряда

Если пострадавший начинает двигаться, открывать глаза и дышать нормально, прекратить СЛР  
Если пострадавший без сознания, повернуть его в боковое восстановительное положение\*.



# Расширенная реанимация

## Универсальный алгоритм



### ВО ВРЕМЯ СЛР

- Обеспечить высокое качество СЛР: частоту, глубину, декомпрессию
- Планировать действия до прерывания СЛР
- Обеспечить кислородотерапию
- Рассмотреть варианты обеспечения проходимости дыхательных путей и использование капнографии
- Продолжить непрерывные компрессии грудной клетки после обеспечения проходимости дыхательных путей
- Обеспечить сосудистый доступ (внутривенный, внутрикостный)
- Адреналин каждые 3–5 мин
- Корректировать обратимые причины

### ОБРАТИМЫЕ ПРИЧИНЫ

- Гипоксия
- Гиповолемия
- Гипо-/гиперкалиемия/метаболические причины
- Гипотермия
- Тромбоз
- Тампонада сердца
- Токсины
- Напряженный пневмоторакс

# ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ОСТАНОВКА СЕРДЦА: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

АВТОРЫ:  
В. Ю. ПИКОВСКИЙ<sup>1,2</sup>,  
П. А. ДАВИДОВ<sup>2</sup>

Успешность реанимационных мероприятий при потенциально обратимой остановке кровообращения на догоспитальном этапе зависит от четкого знания современных протоколов проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) [1, 2], корректного воспроизведения практических навыков, а также слаженности работы сотрудников выездной бригады скорой медицинской помощи (СМП).

Можно выделить следующие направления повышения успешности СЛР, проводимой вне медицинской организации.

1. Соблюдение принципа этапности СЛР, в идеале включающего не только вызов бригады СМП, но и стартовое проведение базовых реанимационных мероприятий в объеме первой помощи свидетелями происшествия (т.е. обученным населением и сотрудниками экстренных немедицинских служб) с применением наружных автоматических дефибрилляторов, в том числе под дистанционным руководством диспетчера станции СМП [3, 4]. Последующие расширенные реанимационные мероприятия оказываются прибывшей на место вызова бригадой СМП.
2. Соблюдение принципа технологичности СЛР. Комплекс реанимационных мероприятий можно представить как технологическую цепочку, предполагающую технически точное и последовательное выполнение всех отдельных этапов, включающих в себя раннюю рациональную диагностику остановки сердца, незамедлительное начало компрессий грудной клетки, максимально ранний электрокардиографический мониторинг с проведением дефибрилляции по показаниям, обеспечение проходимости дыхательных путей с респираторной поддержкой и сосудистого доступа с медикаментозной поддержкой.

Одним из основных критериев, определяющих тактику расширенной СЛР, является вид электрической активности сердца при остановке кровообращения.

По тактике проведения реанимационного пособия все виды остановки кровообращения можно разделить на две группы.

<sup>1</sup> Кафедра скорой медицинской помощи ФГБОУ «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>2</sup> ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы» (ССиНП им. А.С. Пучкова)

### **А. Ритмы, подлежащие электроимпульсной терапии (электрической дефибрилляции):**

- фибрилляция желудочков;
- желудочковая тахикардия без пульсации на крупных артериях.

### **Б. Ритмы, не подлежащие электроимпульсной терапии (электрической дефибрилляции):**

- асистолия;
- сохраненная организованная электрическая активность сердца (кроме желудочковой тахикардии) без пульса (так называемая электромеханическая диссоциация).

Стартовыми мероприятиями для выездной бригады СМП в составе двух человек при подтвержденной клинической смерти (отсутствие сознания, отсутствие дыхания либо выявление агонального дыхания типа «гаспинг», отсутствие пульсации на крупных артериях) являются:

- 1) принятие мер для скорейшего использования электрического дефибриллятора. Наличие дефибриллятора в наборе оборудования, первично доставляемого к пациенту, по прибытии на экстренный вызов должно быть обязательным для всех типов бригад;
- 2) незамедлительное начало компрессий грудной клетки в сочетании с первичной масочной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) с помощью дыхательного мешка в соотношении 30:2;
- 3) купирование обратимых причин остановки кровообращения при их выявлении.

До момента готовности дефибриллятора к работе, а также во время его доставки к пациенту, у которого остановка кровообращения произошла на месте вызова внезапно (повод к вызову при состоянии пациента без угрозы жизни), необходимо непрерывно продолжать компрессии грудной клетки и ИВЛ. При готовности дефибриллятора немедленно должны быть предприняты меры для определения с его помощью электрической активности сердца.

При использовании клеящихся электродов дефибриллятора их закрепление на грудной клетке обеспечивается без прерывания компрессий другим сотрудником выездной бригады СМП. После закрепления клеящихся электродов на грудной клетке пациента компрессии прерываются только на период анализа сердечного ритма. При использовании дефибриллятора, работающего в автоматическом режиме, для исключения влияния на анализ артефактов и наведенного ритма при касании к пациенту запрещено на всем протяжении автоматического анализа. Дальнейшая реанимационная тактика строится в соответствии с голосовыми командами автоматического наружного дефибриллятора. При использовании дефибриллятора в ручном режиме (как с клеящимися, так и с ручными внешними электродами) медицинский работник проводит визуальный анализ сердечного ритма не более 5 с, после чего последовательность действий бригады СМП,

проводящей СЛР, зависит от выявленного при анализе вида электрической активности сердца.

### **А. РИТМЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ (ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ)**

При выявлении фибрилляции желудочков (ФЖ) или желудочковой тахикардии без пульса (ЖТбп) во время набора дефибриллятором заряда другому сотруднику выездной бригады СМП необходимо продолжать компрессии грудной клетки.

Первый разряд для бифазного импульса стандартно составляет 150 Дж (возможны другие значения стартовой энергии разряда согласно инструкции производителя), последующие разряды при рецидивирующей или резистентной фатальной желудочковой аритмии должны быть увеличены до разряда максимальной энергии импульса, согласно техническим характеристикам конкретной модели дефибриллятора.

Сотрудник выездной бригады СМП, проводящий дефибрилляцию, перед нанесением разряда должен убедиться в отсутствии физического контакта кого-либо из медицинских работников или окружающих лиц с пациентом!

**ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ СЛР ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ВИД ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Немедленно после нанесения разряда должны быть продолжены компрессии грудной клетки в сочетании с ИВЛ в течение 2 мин, т.е. последующий анализ сердечного ритма должен быть проведен только через 2 мин после нанесения разряда. При выявлении на мониторе дефибриллятора продолжающейся ФЖ/ЖТбп следует нанести повторный разряд максимальной энергии, затем продолжить компрессии грудной клетки в сочетании с ИВЛ на протяжении 2 мин. В этот период необходимо обеспечить стабильную проходимость дыхательных путей (выполнить интубацию трахеи или установку ларингеальной трубки) и сосудистый доступ (внутривенный или внутрикостный). В случае выявления при третьем анализе сердечного ритма ФЖ/ЖТбп также наносится максимальный разряд дефибриллятора, после которого продолжают компрессии грудной клетки в сочетании с ИВЛ (при обеспечении стабильной проходимости дыхательных путей возможно проведение аппаратной ИВЛ).

Во время последующих 2 мин после третьего разряда необходимо также ввести 1 мг адреналина и 300 мг амиодарона внутривенно или внутрикостно.

Последующее введение раствора адреналина не должно быть выполнено ранее, чем через 4–5 мин после предыдущего введения. Для более точного установления момента времени введения адреналина следует помнить, что препарат вводят через цикл анализа сердечного ритма.

Дополнительное введение 150 мг амиодарона необходимо после выявления сохраняющейся ФЖ/ЖТбп при пятом анализе сердечного ритма.

После введения адреналина в периферическую вену или внутрикостно необходимо дополнительно ввести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или использовать с этой целью постоянную инфузию 0,9% раствора натрия хлорида.

Количество разрядов дефибриллятора не ограничено в течение всего периода сохранения ФЖ/ЖТбп.

В Рекомендациях по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) [1] при выявлении ФЖ/ЖТбп у пациента, находившегося в сознании, подключенного к монитору дефибриллятора до развития критического нарушения ритма, предусмотрено применение так называемой трехразрядной стратегии. Она подразумевает возможность первичного нанесения разряда дефибриллятора (без начала компрессий грудной клетки) с последующим анализом сердечного ритма (также без перерыва на компрессии грудной клетки и ИВЛ) и при некупированной аритмии повторным незамедлительным нанесением разряда максимальной энергии (суммарно до 3 раз). При отсутствии эффекта от третьего разряда дефибриллятора приступают к компрессиям грудной клетки в сочетании с ИВЛ и последующему выполнению стандартного комплекса расширенной СЛР.

### **Б. РИТМЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ (ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ)**

При выявлении асистолии или ритма электромеханической диссоциации электрическую дефибрилляцию не проводят. Если данные ритмы выявлены первично, незамедлительно

начинают компрессию грудной клетки в сочетании с первичной масочной ИВЛ с помощью дыхательного мешка в соотношении 30:2 в течение 2 мин. В этот период, не прекращая компрессий грудной клетки, следует проверить качество прикрепления клеящихся электродов или перевод аппарата с режима мониторинга на режим дефибрилляции (при использовании внешних ручных электродов дефибриллятора). Обеспечению сосудистого доступа (внутривенному или интритокстному) при данном виде электрической активности сердца отдается приоритет по сравнению с обеспечением проходимости дыхательных путей (интубации трахеи или установке ларингеальной трубки). Адреналин в дозе 1 мг должен быть введен сразу после обеспечения сосудистого доступа. После каждых 2 мин компрессий грудной клетки в сочетании с ИВЛ повторно анализируется сердечный ритм по монитору дефибриллятора для определения появления ритма, поддающегося электрической дефибрилляции. В этом случае тактика проведения СЛР меняется (см. «Ритмы, подлежащие электроимпульсной терапии (электрической дефибрилляции»).

При сохранении ритмов, не подлежащих электрической дефибрилляции, повторные введения адреналина возможны через каждые 3–5 мин после предыдущих введений.

После обеспечения стабильной проходимости дыхательных путей (интубации трахеи или установки ларингеальной трубки) возможно проведение аппаратной ИВЛ с частотой 10 в минуту. При этом компрессии грудной клетки следует проводить непрерывно с частотой 100–120 в минуту.

Если при очередном анализе на мониторе дефибриллятора выявляется организованный ритм с узкими желудочковыми комплексами, целесообразна проверка самостоятельной пульсации на крупных артериях в течение 10 с.

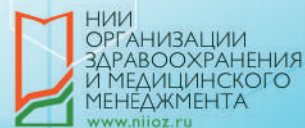
При отсутствии пульсации состояние расценивается как электромеханическая диссоциация и необходимо незамедлительное продолжение комплекса СЛР.

При выявлении у пациента спонтанной пульсации на крупных артериях комплекс СЛР прекращается и начинается подготовка к медицинской эвакуации в стационар. При успешной



**СЕРГЕЙ ТИМОНИН**  
ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.

- 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



НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА  
www.nioz.ru  
МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ОТДЕЛ  
ДЕМОГРАФИИ

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

реанимации (оживлению пациента) немаловажным для предупреждения рецидива остановки кровообращения и улучшения неврологической реабилитации является проведение пострепаративных мероприятий уже на догоспитальном этапе. Они включают продолжение респираторной поддержки, коррекцию гемодинамических нарушений, церебропротекцию. Вышеприведенная тактика реанимационных мероприятий, отраженная в «Алгоритмах оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи (ССиНМП) города Москвы» [5], учитывает требования современных международных рекомендаций и широко используется выездными бригадами ССиНМП им. А.С. Пучкова.

Немаловажно, что готовность к точному соблюдению технологии комплекса СЛР достижима только при проведении перманентного командного обучения участников реанимационных мероприятий, в том числе с применением симуляционных методик [6]. Для усвоения вышеприведенной тактики реанимационных мероприятий в структуре последипломного образования врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи приводим типовые тестовые задания, применимые на разных этапах контроля знаний. В данных тестовых заданиях предусмотрен один правильный ответ.

## Тестовые задания

**I.** Эффективность компрессии грудной клетки при реанимационных мероприятиях проявляется:

- 1) появлением фотореакции зрачков;
- 2) напряжением углекислого газа в конце выдоха, равным 5 мм рт. ст., по данным капнографии;
- 3) усилением цианоза кожных покровов;
- 4) переходом фибрилляции желудочков в асистолию.

**II.** При проведении реанимационного пособия взрослому пациенту двумя реаниматорами рекомендуемая частота

искусственных вдохов при вентиляции легких автоматическим респиратором через интубационную трубку равна:

- 1) 2 в минуту;
- 2) 4 в минуту;
- 3) 10 в минуту;
- 4) 16 в минуту.

**III.** При проведении реанимационного пособия взрослому пациенту контроль электрической активности сердца после электрической дефибрилляции осуществляется:

- 1) сразу после проведения разряда;
- 2) не позднее 1 мин проведения компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких;
- 3) через 2 мин проведения компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких;
- 4) не ранее 5 мин проведения компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

**IV.** При проведении реанимационного пособия взрослому пациенту контроль пульса на сонных артериях осуществляется:

- 1) всегда сразу после проведения электрической дефибрилляции;
- 2) всегда через каждые 2 мин проведения компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких;
- 3) в течение всего периода проведения компрессий грудной клетки;
- 4) после появления на кардиомониторе организованного сердечного ритма.

**V.** При сохраняющейся фибрилляции желудочков во время проведения реанимационного пособия взрослому пациенту первую дозу амиодарона вводят:

- 1) после первого разряда электрического дефибриллятора;
- 2) после второго разряда электрического дефибриллятора;
- 3) после третьего разряда электрического дефибриллятора;
- 4) после четвертого разряда электрического дефибриллятора.

## Литература

1. The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015; 95: 1–311.
2. Мороз В.В. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.). 3-е изд., перераб. и доп. М., 2016. 191 с.
3. Holmberg M.J., Vognsen M., Andersen M.S., et al. Bystander automated external defibrillator use and clinical outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. Resuscitation. 2017; 120: 77–87. PMID: 28888810. DOI: 10.1016/j.resuscitation. 2017.09.003.
4. Di Marco S., Petacco M., Semeraro F. Telephone dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation in Italy. A picture from a nationwide survey. Resuscitation. 2017; 111: e9–e10. PMID: 27914230. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2016.11.015.
5. Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы (утверждены приказом ДЗ г. Москвы № 625 от 15 июля 2016 г.). М., 2016. 255 с.
6. Ямпольский Р.М., Иванова Н.П., Плавунцов Н.Ф. и др. Опыт внедрения симуляционного тренинга при подготовке выездных бригад СМП. В кн.: Скорая медицинская помощь – 2017: материалы 16-го Всерос. конгр. (науч.-практ. конф. с междунар. уч.). СПб, 2017. С. 174–175.

Правильные ответы: I – 1, II – 3, III – 3, IV – 4, V – 3.

Статья опубликована в журнале им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2018; 7(2): 156–159.



# Внутрибольничная реанимация



**Больной потерял сознание**



Позвать на помощь и  
оценить состояние больного



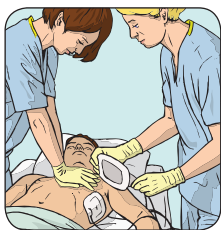
**Нет признаков жизни**

Вызвать бригаду СЛР



**СЛР 30:2**

с применением кислородного  
оборудования и приемов  
обеспечения проходимости  
дыхательных путей



**Наложить электроды  
дефибриллятора,  
подключить монитор**

Провести попытку  
дефибрилляции, если показано

**Есть признаки жизни**

Оценивать по алгоритму ABCDE  
Определить причину, начать  
лечение  
Кислородотерапия, мониторинг,  
внутривенный доступ

Вызвать бригаду СЛР,  
если показано

Передать бригаде СЛР

**Расширенная реанимация по прибытии бригады СЛР**



## Поддержание жизни детей. Базовая реанимация Для медиков, работающих в педиатрии



После 1 минуты СЛР вызвать 01(112) или бригаду СЛР

# РАННИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ

## ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА

## ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

АВТОРЫ:  
И.А. КОЗЛОВ<sup>1,3</sup>,  
И.Н. ТЮРИН<sup>1,2</sup>,  
С.А. РАУТБАРТ<sup>1</sup>

Изменения центральной гемодинамики (ЦГД) при тяжелом сепсисе общепринято трактуют как гипердинамию с высоким сердечным выбросом (СВ) на фоне сниженного общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и тахикардии. Вопрос об изменении функции сердечной мышцы в этой клинической ситуации остается открытым. В международных клинических рекомендациях и обзорах инотропные средства (добутамин) при септическом шоке рекомендуют назначать только больным со снижением фракции изгнания левого желудочка (ФИЛЖ), с выраженным снижением сердечного индекса (СИ) и/или при отчетливых признаках гипоперфузии периферических тканей, сохраняющихся несмотря на адекватную инфузионную терапию и использование вазопрессорных агентов.

Вместе с тем один из последних метаанализов показал, что назначение инотропных средств ассоциируется со снижением летальности при сепсисе. Некоторые авторы высказывают мнение, что миокардиальная дисфункция является типичным осложнением сепсиса, требующим целенаправленной коррекции. Полученные предварительные результаты показали, что у больных с неблагоприятным исходом сепсиса в сравнении с выжившими умеренное снижение мощности и общей систолической функции сердца можно зарегистрировать уже в первые 3 суток лечения. Однако вопрос о наиболее информативных ранних диагностических признаках септической кардиомиопатии, создающих показания к дополнительным мерам интенсивного лечения, остается открытым. *Цель исследования.* Выявление ранних гемодинамических предикторов летального исхода больных тяжелым абдоминальным сепсисом, а также сравнение их раздельной способности с общепринятыми клиническими шкалами и демографическими показателями.

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова ДЗМ», Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

<sup>3</sup> ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Россия

## Материалы и методы

В ретроспективное исследование включили 44 больных абдоминальным сепсисом (28 мужчин и 16 женщин). Обязательным условием включения клинического наблюдения в ретроспективный анализ было отсутствие у больных при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) клинико-диагностических признаков септического шока: на фоне инфузионной и, в отдельных наблюдениях, симпатомиметической терапии уровень среднего артериального давления (АД<sub>ср</sub>) был более 65 мм рт.ст., а лактатаemia – менее 2 ммоль/л. У всех больных при поступлении в ОРИТ получено письменное информированное согласие на использование инвазивных мер наблюдения и лечения, применение транспульмональной термодилуции. Важным критерием включения служило наличие данных мониторинга ЦГД на 1–2-е сутки (24 ч от момента госпитализации в ОРИТ) и 4–5-е сутки лечения.

Критерии исключения:

- возраст более 85 и менее 18 лет;
- наличие сопутствующих заболеваний сердца, связанных с поражением его клапанов, хроническая недостаточность кровообращения в анамнезе, осложненные формы ишемической болезни сердца;
- беременность;
- онкологические заболевания.

Причинами сепсиса являлись: острый деструктивный панкреатит (21), острый гангренозный аппендицит (7), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (2), перфоративная язва желудка (3), перфорация тощей кишки (1), перфорация ободочной кишки (2), перфорация сигмовидной кишки (2), политравма (2), холангит (2), острый деструктивный холецистит (1), пионефроз (1). Возраст больных составил 22–83 (48,7±2,26) года; тяжесть состояния при поступлении в ОРИТ по шкале APACHE II составляла 6–19 (12,5±0,55) баллов, по шкале SOFA – 4–14 (8 [6; 10]) баллов.

Все больные получали стандартное лечение, включавшее инфузию сбалансированных кристаллоидных растворов, стартовую дезэскалационную антибиотикотерапию с дальнейшей сменой препаратов согласно результатам бактериологических анализов биологических сред. Инфузии и назначение симпатомиметических препаратов выполняли в соответствии с протоколом коррекции нарушений в системе кровообращения по рекомендациям «Сепсис-3».

В анализ включили оценку тяжести состояния больных при поступлении в ОРИТ по шкале APACHE II (баллы), пол, возраст и оценку тяжести состояния по шкале SOFA (баллы) в первые 24 ч от момента поступления и на 4–5-е сутки интенсивного лечения.

В 1–2-е (первые 24 ч) и 4–5-е сутки интенсивного лечения регистрировали АД<sub>ср</sub> (мм рт. ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, мин<sup>-1</sup>), сердечный выброс (СВ, л/мин), сердечный индекс (СИ, норма 2,5–3,5 л × мин<sup>-1</sup> × м<sup>2</sup>), ОПСС (норма

800–1200 дин × с × см<sup>-5</sup>), индекс ОПСС (ИОПСС, норма 2000–2400 дин × с × см<sup>-5</sup> × м<sup>2</sup>), индекс ударного объема (ИУО, норма 40–60 мл/м<sup>2</sup>), индекс глобального конечно-диастолического объема (ИГКДО, норма 680–800 мл/м<sup>2</sup>), глобальную фракцию изгнания сердца (ГФИС, норма 25–35%), индекс функции сердца (ИФС, норма 4,5–6,5 мин<sup>-1</sup>) и индекс мощности сердца (ИМС, норма 0,5–0,7 Вт/м<sup>2</sup>), который рассчитывали по формуле: ИМС = СИ × АД<sub>ср</sub>/451. Кроме того, вычисляли показатель «производительность сердца, обусловленная постнагрузкой» (ПСОП, %), предложенный в 2011 г. K. Werdan et al. для выявления дисфункции миокарда при сепсисе. Показатель ПСОП представляет собой отношение измеренного СВ (СВ<sub>изм</sub>) к СВ, предсказанному (СВ<sub>пред</sub>) на основании расчета величины СВ по значению реального ОПСС, зарегистрированного на этапе исследования, выраженное в процентах:

$$\text{ПСОП (\%)} = \text{СВ}_{\text{изм}} (\text{л/мин}) / \text{СВ}_{\text{пред}} (\text{л/мин}) \times 100 (\%),$$

$$\text{где } \text{СВ}_{\text{пред}} = \text{ОПСС}^{-0,64} \times 394,07.$$

Нормативные значения распределения данных определяли с помощью критериев Колмогорова–Смирнова и Шапиро–Уилка. При нормальном распределении данные представили в виде средних величин (*M*) и ошибок средних (*m*), при ненормальном – в виде медианы и 25% квартилей. Частоту признаков представляли в виде средней частоты (*p*).

Для оценки прогностической значимости показателей оценивали влияние независимых переменных на зависимую с помощью метода логистической регрессии. При выполнении логистической регрессии рассчитывали отношение шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (ДИ) и значимость влияния (*p*). Для оценки разделительной способности (разграничение больных с благоприятными и неблагоприятными исходами) независимых переменных выполняли ROC-анализ. В последний включали только те показатели, которые продемонстрировали предикторную значимость по данным логистической регрессии. Анализировали характеристики ROC-кривых с расчетом площади под кривой (ППК) и статистической значимости (*p*) выявленной зависимости.

Под разделительной способностью понимали способность модели разделять умерших и выживших и оценивали ее по ППК. Качество модели считали при ППК ≥0,9 отличным, 0,8–0,9 – очень хорошим, 0,7–0,8 – хорошим, 0,6–0,7 – средним, 0,5–0,6 – неудовлетворительным. Выполняли сравнение ППК; отличие ППК считали значимым при *p* < 0,05. Пороговое значение (ПЗ) переменной (порог отсечения, точка cut-off), т.е. значение переменной, указывающее на риск неблагоприятного исхода, определяли по индексу Юдена (требование максимальной суммы чувствительности и специфичности), требованию чувствительности теста, приближающейся к 80%, требованию баланса между чувствительностью и специфичностью (минимальная разность между этими значениями). За пороговое принимали значение, в наибольшей степени соответствующее всем трем требованиям.

## Результаты и обсуждение

В проанализированной выборке было 29 (66%) выживших больных и 15 (34%) умерших на 7–21-е (14,1±1,3) сутки от момента поступления в ОРИТ. Гендерный признак не влиял на риск летальности: ОШ – 0,79, 95% ДИ – 0,218–2,856 ( $p=0,79$ ). Вместе с тем возраст больных оказался достоверным предиктором неблагоприятного исхода: ОШ – 1,086, 95% ДИ – 1,026–1,15 ( $p=0,0045$ ). Разделительная способность этого демографического показателя была хорошей: ППК – 0,774 ( $p<0,01$ ). Возраст более 52 лет указывал на риск летального исхода с чувствительностью 73% и специфичностью 79%. Оценка тяжести состояния больных по шкале APACHE II в проанализированной выборке продемонстрировала лишь тенденцию к предикторной значимости: ОШ – 1,209, 95% ДИ – 1–1,461 ( $p=0,05$ ).

АД<sub>ср</sub> и ЧСС на обоих этапах исследования, ИГКДО в первые 24 ч пребывания больных в ОРИТ и ИОПСС на 4–5-е сутки лечения не обладали разделительной способностью в отношении исхода сепсиса (табл. 1). Остальные показатели ЦГД, так же как оценка по шкале SOFA, были предикторами неблагоприятного исхода сепсиса на обоих этапах.

При ROC-анализе данных, зарегистрированных в первые 24 ч нахождения больных в ОРИТ (табл. 2), ГФИС продемонстрировал модель очень хорошего качества, остальные гемодинамические параметры – модели хорошего качества. ППК большинства показателей не различались между собой:  $p=0,115–1$ . Статистически значимым было лишь отличие ППК ИМС и ППК ПСОП: разница составила 0,092 ( $p=0,022$ ). Наилучшее соотношение чувствительности и специфичности предсказания неблагоприятного исхода сепсиса обеспечили ИФС, ИМС и СИ. Приемлемым соотношением чувствительности и специфичности обладала также ГФИС, модель которой имела очень хорошее качество.

ПЗ большинства показателей (ИОПСС, ИУО, ИФС), т. е. значения переменных, предсказывающие риск летальности (табл. 2), находились в диапазоне нормальных значений. ПЗ для ИМС было на 0,9 Вт/м<sup>2</sup> выше нормы, а ПЗ для ГФИС – незначительно снижено. Представило интерес соотношение ПЗ для СИ и ПСОП. ПЗ для абсолютного показателя, характеризующего насосную функцию сердца, несколько превышало верхнюю границу нормы, а ПЗ для относительного показателя ПСОП, напротив, приближалось к нижней границе условной нормы, составляющей 80%.

В первые 24 ч пребывания больных в ОРИТ шкала SOFA продемонстрировала модель очень хорошего качества. На риск летальности указывала оценка по SOFA более 8 баллов, т. е. наличие у больных клинико-лабораторных признаков тяжелого сепсиса. Как показало сравнение ППК при ROC-анализе, показатели ЦГД обладали разделительной способностью в отношении больных с разным исходом сепсиса, сопоставимой со шкалой SOFA: достоверных отличий между ППК SOFA и ППК гемодинамических параметров не было ( $p=0,11–0,54$ ).

На 4–5-е сутки лечения по результатам ROC-анализа (табл. 3) ИФС и ИМС обеспечивали модели очень хорошего качества, а остальные показатели ЦГД – модели хорошего качества. ППК при сравнении всех показателей между собой не различались:  $p=0,129–0,894$ . Наилучшее соотношение чувствительности и специфичности предсказания исхода сепсиса обеспечили ИФС и ИМС. Приемлемыми чувствительностью и специфичностью обладали также ГФИС, ИУО и СИ. ПЗ для ИУО, ИГКДО, ГФИС и ИФС (табл. 3) находились в пределах нормальных значений. ПЗ для ИФС и СИ продолжали превышать верхнюю границу нормы, а ПЗ для ПСОП оставалось на нижней границе условной нормы.

Таблица 1. Предикторная значимость в отношении риска летального исхода показателей ЦГД и тяжести состояния больных по SOFA на этапах исследования

Показатель	1–2-е сутки			4–5-е сутки		
	ОШ	95% ДИ	p	ОШ	95% ДИ	p
АД <sub>ср</sub>	1,002	0,97–1,03	0,86	0,973	0,92–1,02	0,277
ЧСС	0,978	0,941–1,017	0,272	1	0,963–1,038	0,987
СИ	0,273	0,109–0,687	0,005	0,226	0,08–0,64	0,005
ИОПСС	1,0018	1,0005–1,0031	0,0058	1,0011	1–1,0023	0,058
ПСОП	0,942	0,889–0,998	0,045	0,917	0,858–0,98	0,011
ИУО	0,905	0,843–0,971	0,001	0,905	0,832–0,984	0,019
ИГКДО	1,002	0,999–1,005	0,098	1,005	1,001–1,009	0,012
ГФИС	0,848	0,76–0,947	0,003	0,856	0,769–0,954	0,005
ИФС	0,582	0,388–0,872	0,008	0,505	0,317–0,805	0,004
ИМС	0,027	0,001–0,6	0,022	0,002	0–0,156	0,004
SOFA	1,541	1,127–2,107	0,006	2,134	1,391–3,272	0,0005

Таблица 2. Результаты ROC-анализа достоверных предикторов летального исхода, выявленных в первые 24 ч интенсивного лечения

Показатель	ППК	p	ПЗ	Чувствительность, %	Специфичность, %
СИ, л·мин <sup>-1</sup> ·м <sup>-2</sup>	0,784	0,0003	≤3,65	80	72,4
ПСОП, %	0,713	0,01	≤80,8	66,7	65,5
ИУО, мл/м <sup>2</sup>	0,755	0,001	≤40	73,3	62,1
ГФИС, %	0,814	<0,0001	≤24,9	73,3	69
ИФС, мин <sup>-1</sup>	0,763	0,003	≤5,79	80	69
ИМС, Вт/м <sup>2</sup>	0,766	0,0014	≤0,79	80	69
SOFA, баллы	0,845	<0,0001	>8	66,7	82,8

Разделительная способность оценки по шкале SOFA оставалась отчетливой, модель обладала отличным качеством. Сохранение клинических проявлений тяжелого сепсиса (>7 баллов) на этом сроке лечения предсказывало риск летальности с чувствительностью и специфичностью не менее 80%. Несмотря на отличные характеристики SOFA при ROC-анализе, достоверных отличий между ППК для указанной шкалы и ППК для СИ, ИУО, ИГКДО, ГФИС, ИФС и ИМС не было:  $p=0,056-0,736$ . Статистически значимым было лишь отличие ППК SOFA от ППК ПСОП: разница составила 0,164 ( $p=0,045$ ). Обсуждая результаты настоящего исследования, отметим, что на неблагоприятную прогностическую роль возраста при тяжелом сепсисе указывают многие авторы. Не вызывает сомнений, что особенности организма, характерные для лиц пожилого и старческого возраста, могут усугублять тяжесть течения сепсиса. В частности, заслуживают внимания возрастные особенности сердечной дисфункции, развивающейся при сепсисе. Оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II в проанализированной выборке клинических наблюдений не имела отчетливой предикторной значимости в отношении риска летальности. Сходные данные получены в отдельных исследованиях, тогда как другие авторы указывают на отличные предикторные свойства АРАСНЕ II при сепсисе. Можно предположить, что причиной недостаточной прогностической значимости АРАСНЕ II в данном исследовании явилось ограниченное число наблюдений.

При изучении ЦГД удалось выделить ряд показателей, являющихся ранними и устойчивыми предикторами летального исхода больных тяжелым абдоминальным сепсисом. Прежде всего это были расчетные параметры, интегрально характеризующие насосную функцию сердца, – ИФС и ИМС. Информативность снижения ИФС в диагностике сердечной дисфункции при сепсисе детально проанализирована в целенаправленном исследовании. Авторы подчеркнули, что диагностическая ценность ИФС у больных сепсисом не уступает эхокардиографической (ЭхоКГ), ФИЛЖ и индексу ударной работы (ИУР) ЛЖ, рассчитываемому на основе измерений с помощью катетера Свана–Ганца.

Анализируя формулу расчета ИФС (СИ/ИГКДО), можно отметить, что в этот показатель входит ИГКДО, отражающий глобальную преднагрузку сердца. Поэтому ИФС в наибольшей степени схож с насосным коэффициентом (НК) ЛЖ, рассчитываемым как отношение ИУР ЛЖ к заклинивающему давлению легочной артерии (ЗДЛА):  $НК\ ЛЖ = ИУР\ ЛЖ / ЗДЛА$ . При использовании катетера Свана–Ганца ЗДЛА с определенными ограничениями характеризует преднагрузку ЛЖ. Поэтому НК ЛЖ, отражая соотношение систолической функции ЛЖ и уровня преднагрузки, описывает эффективность работы сердца по закону Франка–Старлинга. Реализация этого фундаментального свойства сердечной мышцы зависит как от уровня собственно преднагрузки, так и от сократительной способности миофибрилл.

Таблица 3. Результаты ROC-анализа достоверных предикторов летального исхода, выявленных на 4–5-е сутки интенсивного лечения

Показатель	ППК	p	ПЗ	Чувствительность, %	Специфичность, %
СИ, л·мин <sup>-1</sup> ·м <sup>-2</sup>	0,766	0,0006	≤3,77	73,3	65,5
ПСОП, %	0,74	0,002	≤83,3	66,7	69
ИУО, мл/м <sup>2</sup>	0,726	0,007	≤46,5	80	62,1
ИГКДО, мл/м <sup>2</sup>	0,709	0,024	>75	60	86,2
ГФИС, %	0,775	0,0002	≤27,9	80	65,5
ИФС, мин <sup>-1</sup>	0,816	0,0001	≤5,71	80	75,9
ИМС, Вт/м <sup>2</sup>	0,805	<0,0001	≤0,73	66,7	86,2
SOFA, баллы	0,905	<0,0001	>7	80	82,8

Если рассмотреть ИФС как подобие НК ЛЖ, можно предположить, что этот параметр отражает не только систолическую функцию сердца, но и эффективность реализации преднагрузки, зависящей от процесса расслабления миокарда. Функциональные изменения миокарда при сепсисе определяются комплексом факторов, которые могут нарушать как систолу, так и диастолу.

Снижение диастолической податливости при нарушении расслабления желудочков сердца принято обозначать термином «диастолическая дисфункция». Последняя, являясь характерным признаком депрессии миокарда при сепсисе, повышает риск летальности. Проявлением диастолической дисфункции при септической кардиомиопатии может явиться нарушение гемодинамической реакции на увеличение преднагрузки за счет быстрой инфузии. В исследовании на здоровых добровольцах с использованием катетера Свана–Ганца и ЭхоКГ показано, что предварительное введение эндотоксина *Escherichia coli* препятствует увеличению ФИЛЖ и других систолических показателей в ответ на прирост преднагрузки. Таким образом, при септической кардиомиопатии может возникать «скрытая» систолическая гипофункция, которая не диагностируется в обычных условиях и проявляется при нагрузочных пробах под контролем ЦГД. Этот диагностический прием при сепсисе практически не используют. Лишь в единичных исследованиях упоминается, что отсутствие реакции показателей ЦГД на инфузию добутамина, например, увеличения ИУР ЛЖ и отношения систолического АД к конечно-диастолическому объему ЛЖ, может быть предиктором неблагоприятного исхода сепсиса.

Можно предположить, что у больных тяжелым сепсисом значение ИФС зависит не только от характеристик систолы, но и отражает раннюю стадию септической кардиомиопатии, когда снижение диастолической растяжимости миокарда еще не сопровождается явным ухудшением систолической функции, т. е. наличие диастолической дисфункции миокарда.

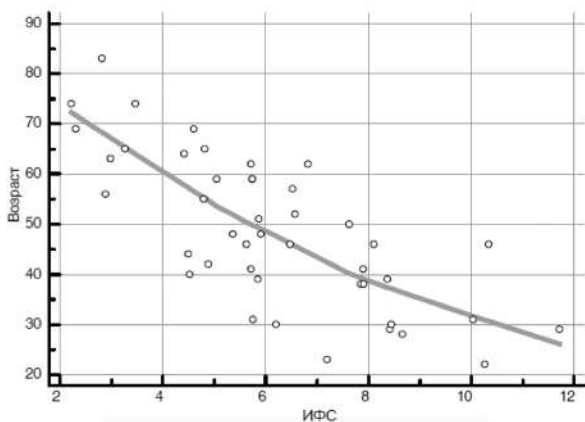


Рис. 1. Корреляционная связь между ИФС ( $\text{мин}^{-1}$ ) на 4–5-е сутки лечения и возрастом (лет) больных сепсисом

Последняя, по данным ЭхоКГ, при сепсисе нарастает с возрастом. Исходя из предположения, что ИФС способен отражать нарушение не только систолических, но и диастолических процессов, оценили взаимосвязь между этим показателем и возрастом больных. На обоих этапах исследования между показателями выявили тесную корреляционную связь:  $r = -0,72 \dots -0,74$  ( $p < 0,0001$ ) (рис. 1). Анализ возрастных особенностей септической кардиомиопатии не входит в задачи настоящего исследования, тем не менее полагаем, что наличие тесной линейной связи между ИФС и возрастом заслуживает внимания и дальнейших исследований.

Обсуждая прогностическую значимость ИФС, необходимо отметить, что на обоих этапах исследования ПЗ для ИФС соответствовал диапазону нормальных значений ( $4,5\text{--}6,5 \text{ мин}^{-1}$ ), существенно превышая значения показателя, описанные в качестве предикторов снижения ФИЛЖ: в смешанной популяции больных ОРПТ общего профиля снижение ФИЛЖ до уровня менее 40% с высокой чувствительностью и специфичностью предсказывает ИФС около  $3,2 \text{ мин}^{-1}$ . При сепсисе описаны значительно более высокие значения показателя (около  $6 \text{ мин}^{-1}$ ) в общей группе больных и уровень менее  $4,5 \text{ мин}^{-1}$  при тяжелой септической кардиомиопатии. Указания на уровень ИФС, предсказывающий неблагоприятный исход сепсиса, отсутствуют.

Прогностическую значимость ИМС при тяжелом сепсисе обсуждают относительно редко. Вместе с тем при кардиогенном шоке различной этиологии снижение ИМС рассматривают в качестве одного из наиболее значимых предикторов летальности, интегрально отражающего энергетические резервы системы кровообращения. ИМС представляет собой отношение потока в сердечно-сосудистой системе к внутрисосудистому давлению, характеризующее мощность сердца как насоса. Описывая диагностическую ценность ИМС при острой сердечной недостаточности, подчеркивают роль в изменениях этого показателя системного воспаления с вазодилатацией. Можно предположить, что аналогичные соображения будут справедливы и для тяжелого сепсиса, протекающего со снижением сосудистого тонуса, однако точная прогностическая значимость ИМС при септической кардиомиопатии не изучена.

ПЗ для ИМС на обоих этапах исследования также находились в пределах нормальных значений ( $0,5\text{--}0,7 \text{ Вт/м}^2$ ). Известно, что у здоровых людей этот показатель может варьироваться в широком диапазоне, при нагрузке превышая  $3 \text{ Вт/м}^2$ . На фоне острой сердечной недостаточности ИМС снижается до  $0,4 \text{ Вт/м}^2$  и менее. Предиктором летального исхода кардиогенного шока является средний уровень ИМС  $0,33 \text{ Вт/м}^2$ . В ограниченной группе больных сепсисом установлены значения ИМС около  $0,55\text{--}0,75 \text{ Вт/м}^2$  в отличие от  $0,35\text{--}0,45 \text{ Вт/м}^2$  у больных с острой сердечной недостаточностью. Уровень ИМС, способный предсказать летальный исход тяжелого сепсиса, до настоящего времени не описан.

Причины того, что ПЗ ИФС и ИМС, которые предсказывали неблагоприятный исход сепсиса, находились практически в пределах физиологической нормы, стали понятны при ROC-анализе СИ и относительного показателя ПСОП, отражающего адекватность производительности сердца постнагрузке, сниженной при сепсисе. ПЗ для СИ на обоих этапах исследования несколько превышало  $3,5 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$ , т. е. риск летальности возрастал у больных с практически нормальным СИ, однако ПСОП у них был снижен до 80% должного при данном уровне ОПСС. Такой уровень ПСОП свидетельствует о начальной стадии септической кардиомиопатии, когда миокард не в состоянии адекватно увеличить насосную функцию в ответ на снижение постнагрузки.

Установленные в настоящем исследовании ПЗ для СИ явно не соответствуют рекомендации считать при сепсисе нормальным СИ в пределах  $2,2\text{--}2,5 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$ . Вместе с тем наши результаты очень близки к результатам ROC-анализа, показавшего, что риск летальности при сепсисе возрастает, если ПСОП при поступлении больных в ОРИТ находится на уровне менее 80%. У умерших больных средний уровень ПСОП составлял 69,2%, хотя абсолютное значение СИ было  $3,1 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$ . Благодаря изучению ПСОП становится понятным, что формально нормальный уровень СИ при сепсисе не исключает дисфункции миокарда, имеющей неблагоприятное клиническое значение.

Обсуждая целевой уровень СИ у больных сепсисом, клиницисты подчеркивают нецелесообразность поддержания превышающей норму СИ и доставки кислорода. Аргументацией этого тезиса служат результаты исследований, в которых авторы достигали СИ выше  $4,5 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$  за счет высоких доз симпатомиметиков. Работы, в которых сравнивались бы исходы у больных с умеренно сниженным ( $2,5\text{--}2,2 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$ ) и с нормальным ( $2,5\text{--}3,5 \text{ л} \times \text{мин}^{-1} \times \text{м}^2$ ) СИ, не выполнялись. Полагаем, что нецелесообразность или потенциальная опасность повышения СИ до значений, превышающих норму за счет избыточной инотропной стимуляции, никак не может служить аргументом в пользу поддержания СИ на нижней границе нормы.

Все шире обсуждают значимость септической кардиомиопатии в неблагоприятных исходах сепсиса и целесообразность использования кардиотропных препаратов, не только оптимизирующих ЦГД, но и благоприятно влияющих на миокард. Несомненно, необходимо установление индивидуализированных «целевых» значений кардиогемодинамики, имеющих доказанное клиническое значение.

Подтверждение важной прогностической роли СИ было получено при ROC-анализе результатов оценки по шкале SOFA. Высокая предикторная значимость SOFA и ее способность не только динамически оценивать состояние больных, но и предсказывать исход сепсиса вполне соответствуют современному представлением об этой шкале. Мы далеки

от мысли противопоставлять предикторную значимость SOFA и изученных показателей ЦГД. Несмотря на отсутствие достоверных отличий в величинах их ППК, тенденция к большей разделительной способности SOFA отчетливо прослеживалась.

В ходе статистического анализа был установлен более важный, с нашей точки зрения, факт. Добавление к оценке по SOFA величины СИ резко повышало разделительную способность комплексного показателя, при этом оба параметра оставались значимыми предикторами неблагоприятного исхода. На 1-м этапе исследования ППК комбинация SOFA и СИ достигла 0,899 ( $p < 0,0001$ ), заметно превысив ППК каждого из показателей (табл. 2). При этом для SOFA ОР составило 1,692, 95% ДИ – 1,131–2,533, для СИ ОР – 0,279, 95% ДИ – 0,098–0,795. На 4–5-е сутки ППК комбинированного показателя увеличилась до 0,95 ( $p < 0,0001$ ), превышая ППК для каждого из параметров (табл. 3), и приближалась к максимально возможной. На этом этапе при анализе комплексного показателя ОР для SOFA составило 2,36, 95% ДИ 1,356–4,106, для СИ – ОР 0,194, 95% ДИ 0,047–0,796.

## Заключение

Результаты исследования продемонстрировали, что с помощью транспульмональной термодилуции можно выявить ряд ранних гемодинамических предикторов летального исхода больных тяжелым абдоминальным сепсисом. В течение первых 24 ч лечения и спустя 4–5 суток от момента поступления в ОРИТ наибольшей предикторной значимостью обладают показатели, интегрально характеризующие насосную функцию сердца – ИФС, ИМС, ГФИС, СИ. Особый интерес представляет ИФС, включающий не только характеристики систолической функции сердца, но и оценку уровня преднагрузки, благодаря чему изменения этого параметра могут явиться ранним признаком септической кардиомиопатии. Совместный анализ СИ и относительного показателя ПСОП, характеризующего адекватность прироста производительности сердца в ответ на снижение постнагрузки, показал, что недостаточно повышенный при сепсисе СИ, формально находящийся в пределах физиологической нормы, может быть ранним признаком дисфункции миокарда.

Этот признак обладает неблагоприятным прогностическим значением. Дальнейшие исследования по установлению индивидуализированных «целевых» значений кардиогемодинамики, имеющих доказанное клиническое значение, могут быть полезными для оптимизации комплексной интенсивной терапии больных тяжелым сепсисом.

Источник: Козлов И.А., Тюрин И.Н., Раутбарт С.А. Ранние гемодинамические предикторы летального исхода абдоминального сепсиса // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2018. Т. 15, № 2. С. 6–15. DOI: 10.21292/2078-5658-2018-15-2-6-15.

На прошедшем 20–21 апреля 2018 г. в Варшаве международном конгрессе ICCA STROKE 2018 московские специалисты представили результаты работы городской инсультной сети за 2017 г. О ключевых моментах доклада, реакции на него зарубежных коллег и дальнейшем развитии сети рассказал заведующий отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения ГБУЗ «Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского» Дмитрий Скрыпник.

## ДМИТРИЙ СКРЫПНИК:

### «МЫ НЕ МОЖЕМ ПОЛНОСТЬЮ ЭКСТРАПОЛИРОВАТЬ НА МОСКВУ ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ»



**Д.В. Скрыпник,** заместитель главного внештатного специалиста кардиолога ДЭМ по эндоваскулярной диагностике и лечению, доцент кафедры кардиологии Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова

**– Дмитрий Владимирович, как встретили представленные вами результаты работы сети коллеги?**

– На удивление позитивно и заинтересованно. Мой доклад продолжался всего 10 минут, а обсуждение заняло минут 20. Акцент был нами сделан именно на результатах работы центров инсультной сети. Мы смогли представить данные по работе за год, некоторые ключевые показатели были сопоставимы с аналогичными в международных клинических исследованиях. В них пациентов отбирают очень тщательно, у нас же были показаны результаты работы сети в реальных, полевых условиях. И реальная жизнь показала такую же хорошую долю восстановления пациентов, как и в клиническом исследовании. Сеть реально работает. В Москве за 2017 г. сделаны тромбэкстракции 307 пациентам. Мало регионов, которые показывают сопоставимые цифры. Москва – лидер в этой области. На втором месте Санкт-Петербург – около 250 операций, в остальных регионах – меньше с гигантским отрывом.

Коллеги активно предлагали транслировать наш опыт в другие клиники и регионы. Совершенно неожиданно для нас мы получили сертификат Международной федерации лечения инсульта (World Federation for Interventional Stroke Treatment, WIST), подтверждающий соответствие инсультного центра в ГКБ им. И.В. Давыдовского международным стандартам оказания такого вида медицинской помощи. Это позволяет нашему центру выступать в качестве образовательного центра для специалистов этого профиля.

**– Получается, в ГКБ им. И.В. Давыдовского пока единственный сертифицированный центр в Москве?**

– Да и в России тоже. Если я не ошибаюсь, всего около 10 клиник в мире в этом году получили такой сертификат.

**– К вам обращаются из других городов за опытом?**

– Да, конечно. Недавно прошли обучение специалисты из Кемерово. Приехала представительная делегация: анестезиологи, неврологи, ведущие интервенционные специалисты Кемеровской области. Из Твери также приезжали к нам на обучение.

**- Когда говорят о результатах работы инсульта-ной сети, приводят показатель летальности пациентов. Вы тоже опирались на него, анализируя проделанный за год объем операций?**

– Да, это важный показатель, но самое главное в лечении больных инсультом – добиться функционального восстановления мозговой деятельности. Сохранить жизнь пациенту, оставив его парализованным и в тяжелом состоянии, – не такая уж большая победа. За ним нужен уход, ломается жизнь всей семьи. Людям подчас приходится бросать работу, чтобы ухаживать за отцом или матерью. Это серьезная проблема. Поэтому наша задача – вернуть к полноценной жизни максимальное количество пациентов. И именно здесь мы достигли очень неплохих результатов, сравнимых с аналогичными в Европе.

Важно, что в данном случае мы говорим не обо всех инсультах, а об остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) с тромбозом церебральной артерии. Если у пациента закрыта верхняя часть базилярной артерии, то шансов выжить у него очень мало. Тридцатидневная летальность составляет более 90%. Большинство таких больных раньше были практически обречены, тромбоз почти неэффективен. Поэтому результаты, получаемые с применением тромбэкстракции, совершили буквально переворот в сознании неврологов.

Московские показатели сравнимы, а в чем-то и выше европейских! По модифицированной шкале Рэнкина (mRs), 0 – это отсутствие симптомов нарушения мозговой деятельности, 1 – есть симптомы, но они не мешают выполнению сложных работ, 2 – последствия инсульта мешают выполнять сложные профессиональные задачи, но человек полностью себя обслуживает. Пациентов, которые выписываются из больницы с mRs в диапазоне от 0 до 2 в европейском исследовании Mr Clean 32,5%, а у нас – 30%. Но тех, у кого показатели 0 или 1, то есть практически полностью излечившихся, у нас больше. При этом в контрольной группе пациентов, которые получили стандартное медикаментозное лечение, тромбоз, восстановились только 6%.

**- Эти результаты – заслуга хирургов или важна организация всего процесса, от отбора пациента до оперативного вмешательства?**

– Хорошие результаты возможны только при отлаженной командной работе. Отбор пациента для операции – важнейшая составляющая успеха. Невролог должен отобрать самых проблемных пациентов вместе со специалистами по КТ и МРТ. Важно понять не только то, есть ли у пациента окклюзия крупной артерии, но и какова степень поражения ткани мозга, и оперативно принять решение – есть ли смысл выполнять тромбэкстракцию. В команде должен быть высококлассный анестезиолог, чтобы во время наркоза сохранить хрупкую ткань мозга, которая и так поражена ишемией. Это большое искусство. Если команда плохо работает, то даже при отлично выполненной операции пациент не восстановится. Важнейшая часть работы инсульта-ной сети – отбор пациентов на догоспитальном этапе. В Москве используется шкала LAMS, позволяющая отобрать больных для специализированного инсульта-ного центра. Задача службы скорой помощи состоит в том, чтобы привезти пациента в тот стационар, в котором ему окажут помощь наиболее быстро и эффективно. Сейчас максимальное количество пациентов попадают в нужный стационар. Это при том, что догоспитальная селекция при инсульте – более сложная процедура, чем аналогичная при отборе пациентов для инфарктной сети. В целом догоспитальная селекция направлена на то, чтобы отобрать пул пациентов, среди которых будут и пациенты с обширной окклюзией церебральной артерии. Ее наличие уточняет внутригоспитальная селекция – если окклюзии нет, то используются другие способы лечения. Если она есть, необходимо подтвердить, жив ли мозг? Если мозг погиб, то смысла в операции практически нет.

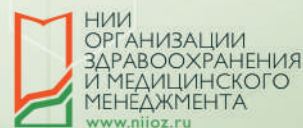
**- В мире еще есть сети центров, подобные московской?**

– Мы были одними из первых, кто начал это делать в масштабах крупного мегаполиса. Наша инсульта-ная сеть заработала в начале 2017 года. Сейчас подобные сети создаются в США и в Европе, но везде своя специфика. Например, если на



**ЛЮБОВЬ ХОДЫРЕВА**  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ПО НАУКЕ,  
Д.М.Н.

- Планирование и реализация научных исследований по общественному здоровью и здравоохранению
- 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 языков



МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

НАУЧНЫЕ ПРОЕКТЫ

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



**МАКСИМ ЧКОНИЯ**

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ  
КОММУНИКАЦИЙ

- Информационное сопровождение и пиар-поддержка медицинских учреждений и социальных проектов
- Проведение встреч с журналистами: интервью, пресс-конференции, медиатур, 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 «Пulsь города»



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА  
[www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

**МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!**

**УПРАВЛЕНИЕ  
КОММУНИКАЦИЙ**

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шарикоподшипниковская, 9  
[niiozmm@drav.mos.ru](mailto:niiozmm@drav.mos.ru) [www.niioz.ru](http://www.niioz.ru)

территории региона, а речь идет не только о городах, один крупный медицинский центр и много небольших стационаров, удобнее, чтобы пациент сначала попал в ближайший стационар, где его максимально полно обследуют, а потом транспортируют в крупный центр на операцию. Это основной принцип маршрутизации пациентов во многих европейских странах. Но в Европе существует проблема – скорая помощь не представляет собой централизованную и единую службу, как у нас. Например, в районе немецкого города Аахена находится крупная университетская клиника, в которой работают пионеры тромбоэкстракции, – они ее выполняли, когда еще не была доказана ее клиническая эффективность. Но зачастую пациента с явными показаниями к проведению тромбоэкстракции могут отвезти не в головную клинику, а в ближайшую. Там его обследуют, подтвердят диагноз, но оперировать все равно надо везти в Аахен. Но это время обследования и транспортировки очень критично для пациента. В крупных же мегаполисах – например, в Лос-Анджелесе, выстраивают работу по принципам, схожим с теми, что лежат в основе у нас.

**- В Москве более 20 инфарктных центров, а инсультных - всего 9. Этого достаточно?**

– Для проработки всех нюансов на уровне ДЗМ была создана рабочая группа, где обсуждались возможности каждой клиники, которая готова была открыть на своей базе инсультный центр. Многие не соответствовали всем необходимым требованиям и критериям. В каких-то неврологи не имеют сертификата для работы по шкале mRS, где-то хирурги не имеют достаточного опыта проведения очень непростой операции – тромбоэкстракции, а где-то команда была отличная, но не было второго рентгеновского ангиографического аппарата в клинике. Это одна сторона дела.

Есть и другая. По нашим расчетам, в Москве должно выполняться около 1,5 тыс. тромбоэкстракций в год. Такова предполагаемая потребность. Но мы не знаем, сколько их будет на самом деле. Если информированность населения низкая, то количество пациентов, которые вовремя вызовут скорую помощь, также будет низкой. Мы не можем полностью экстраполировать на Москву зарубежный опыт. Даже в Европе от региона к региону отличается доля больных инсультом, которым по критериям необходима тромбоэкстракция. На сегодняшний день существующие в городе стационары сосудистой сети хорошо справляются с нагрузкой. Справятся они и с пятикратным увеличением потока. Но он должен расти постепенно. Многие хирурги, которые выполняют тромбоэкстракцию, поначалу не брались за тяжелые случаи. И это нормально. Вначале нужно работать в той области, где ты уверен в исходе операции, и только после этого постепенно увеличивать количество пациентов с крайне тяжелыми поражениями. Для того чтобы их оперировать, нужно обладать определенными навыками, скоростью работы и опытом оперативного лечения тяжелых осложнений.



## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ-ИНФЕКЦИЕЙ

### АВТОРЫ:

**Е.М. Богородская, М.В. Сеницын, Л.Б. Аюшеева, Е.М. Белиловский, О.В. Кривцова,** ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»  
**А.И. Мазус, Е.В. Цыганова,** Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД  
**С.В. Краснова,** ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2 ДЗМ».

Московская модель сотрудничества фтизиатров и инфекционистов, занимающихся проблемой ВИЧ-инфекции, уникальна не только для России, но и является передовым опытом организации такого междисциплинарного взаимодействия в рамках мирового здравоохранения. Расскажем о ключевых методах взаимодействия Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом и Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИД, позволивших предотвратить рост заболеваемости туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией в столице.

Увеличение числа больных ВИЧ-инфекцией в мире оказывает значительное влияние на распространение туберкулеза. Вероятность заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией в десятки раз выше, чем не инфицированных ВИЧ людей, именно поэтому они составляют основную группу риска. Связано это с тем, что переход от инфицирования микобактерией туберкулеза к появлению латентной туберкулезной инфекции, а затем развитию заболевания туберкулезом обусловлен в первую очередь состоянием иммунной системы человека.

В Москве с 2004 г. по 2012 г. территориальный показатель заболеваемости туберкулезом колебался в пределах 36,3–50 на 100 тыс. населения. В тот же период заболеваемость туберкулезом постоянного населения снизилась на 23,7% (рис. 1), но при этом наблюдался значимый рост новых случаев сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез. С 2004 г. по 2012 г. число заболевших сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией увеличилось в 3,6 раза, со 123 до 438 человек в год, число состоящих на учете – в 3 раза, с 294 до 891 человек (рис. 2). Ухудшение эпидемиологической ситуации по сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекции потребовало усовершенствования действующей системы выявления и диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и разработки профилактических мер.



Рис. 1. Заболелаемость туберкулезом в г. Москве, 2004–2012 гг.

В сжатые сроки сотрудниками двух московских центров – ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ» и Московского городского центра по профилактике и борьбе со СПИД (МГЦ СПИД), работающих в составе ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2 ДЗМ», разработан комплекс мероприятий по предотвращению распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией. Для их успешной реализации было необходимо изменить сложившуюся структуру противо-

- п. 7.1. «Организовать в структуре ГКУЗ МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» новые подразделения, в том числе кабинеты противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией; диспансерное отделение противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией; на базе МГЦ СПИД – кабинет раннего выявления туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией»;
- п. 7.2. «Развернуть в структуре ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» 30 коек дневного стационара для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией».

В том же году сотрудниками обоих центров была подготовлена инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, которая вошла в Клинические рекомендации Национальной вирусологической ассоциации.

Опережая выход международных и национального руководств в Москве, в 2015 г. были изданы приказы ДЗМ:

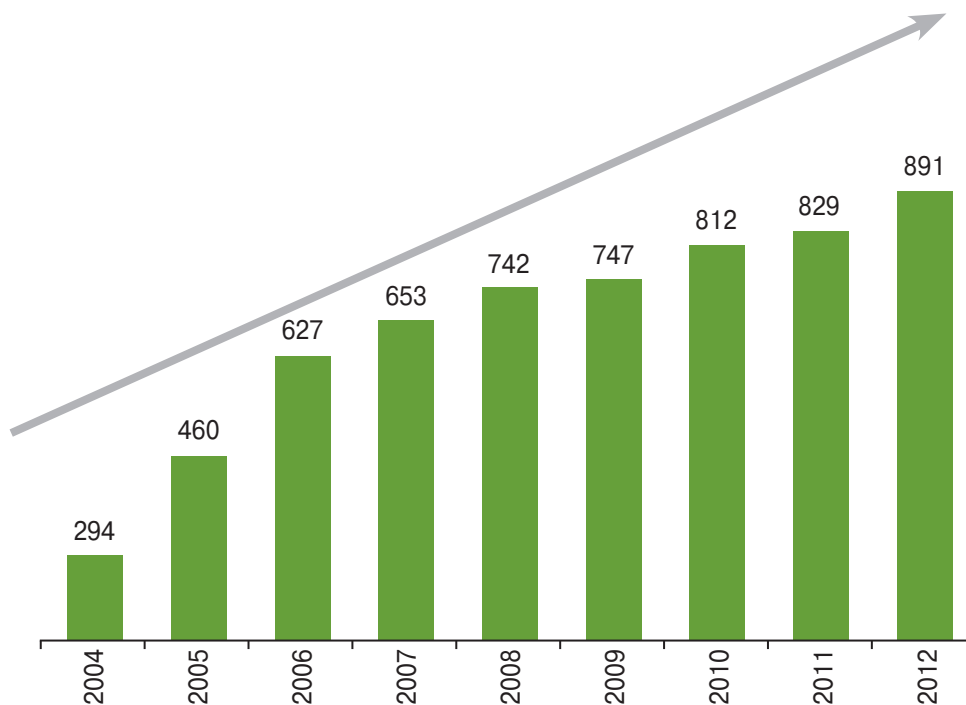
- № 1009 от 27.11.2015 г. «Об организации профилактики, выявления, диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»;
- № 308 от 17.04.2015 г. «О применении кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы при обследовании групп риска по туберкулезу».

Организационные мероприятия мобилизационного типа предусматривали:

**БОЛЬНЫЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ  
В ДЕСЯТКИ РАЗ ЧАЩЕ  
БОЛЕЮТ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ЧЕМ  
НЕИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛЮДИ**

туберкулезных медицинских организаций и провести ряд организационных мероприятий. Это потребовало внесения изменений в нормативную базу.

В частности, в рамках изданного ДЗМ приказа № 462 от 16.05.2013 г. «О внесении изменений в Приказ ДЗМ от 13 октября 2011 г. № 1074» было предусмотрено:



**Рис. 2.** Число больных сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез, 2004–2012 гг., г. Москва  
 Источники: 2004–2008 гг. – форма № 61, 2009–2017 гг. – форма № 33

- назначение координаторов по проблеме ВИЧ/туберкулез в МГЦ СПИД и в Центре борьбы с туберкулезом. Впоследствии в штатное расписание ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» введена должность заместителя главного врача по медицинской части для работы с больными сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией;
- обучение врачей-фтизиатров по вопросам ВИЧ-инфекции на циклах тематического усовершенствования кафедры инфектологии и вирусологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова;
- обучение врачей-инфекционистов на организованных главным фтизиатром ДЗМ д.м.н. Е.М. Богородской семинарах по профилактике и раннему выявлению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

С целью максимально большего охвата обследованием на туберкулез одной из основных групп риска – больных ВИЧ-инфекцией – были проанализированы различные возможности, имеющиеся в арсенале столичного здравоохранения. Коллегиально было принято решение, что наиболее эффективной может быть работа той службы, которая нацелена на поиск туберкулеза (фтизиатрической службы) в тех местах, где пациенты из группы риска бывают наиболее часто – в МГЦ СПИД. Совместно разработан алгоритм маршрутизации пациентов, который позволил быстро и удобно пройти необходимое обследование у фтизиатра в день обращения, не выходя из здания МГЦ СПИД.

Уже начиная с 2014 года на базе МГЦ СПИД начал эффективно функционировать кабинет профилактики и раннего выявления туберкулеза, являющийся структурным подразделением ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» и имеющий соответствующую лицензию. В этом кабинете все больные ВИЧ-инфекцией в обязательном порядке начали проходить скрининговое обследование на туберкулез. Для раннего выявления туберкулеза использовали не только стандартное флюорографическое обследование, но и абсолютно новый для России алгоритм диагностики латентной туберкулезной инфекции у взрослых с применением импортозамещающего отечественного теста с туберкулезным рекомбинантным аллергеном.

В рамках взаимодействия двух центров в микобактериологической лаборатории ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом» проводили исследование диагностического материала от больных ВИЧ-инфекцией с целью выявления возбудителя туберкулеза и нетуберкулезных микобактериозов. Высокий уровень оснащения лабораторной службы ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом» позволил выполнять не только рутинные бактериологические исследования, но и детекцию возбудителя новейшими молекулярно-генетическими методами, которые одновременно определяют вид микобактерии и чувствительность к лекарствам. Для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза наладили проведение компьютерной томографии (КТ) больным ВИЧ-инфекцией, в том числе на базе ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ».

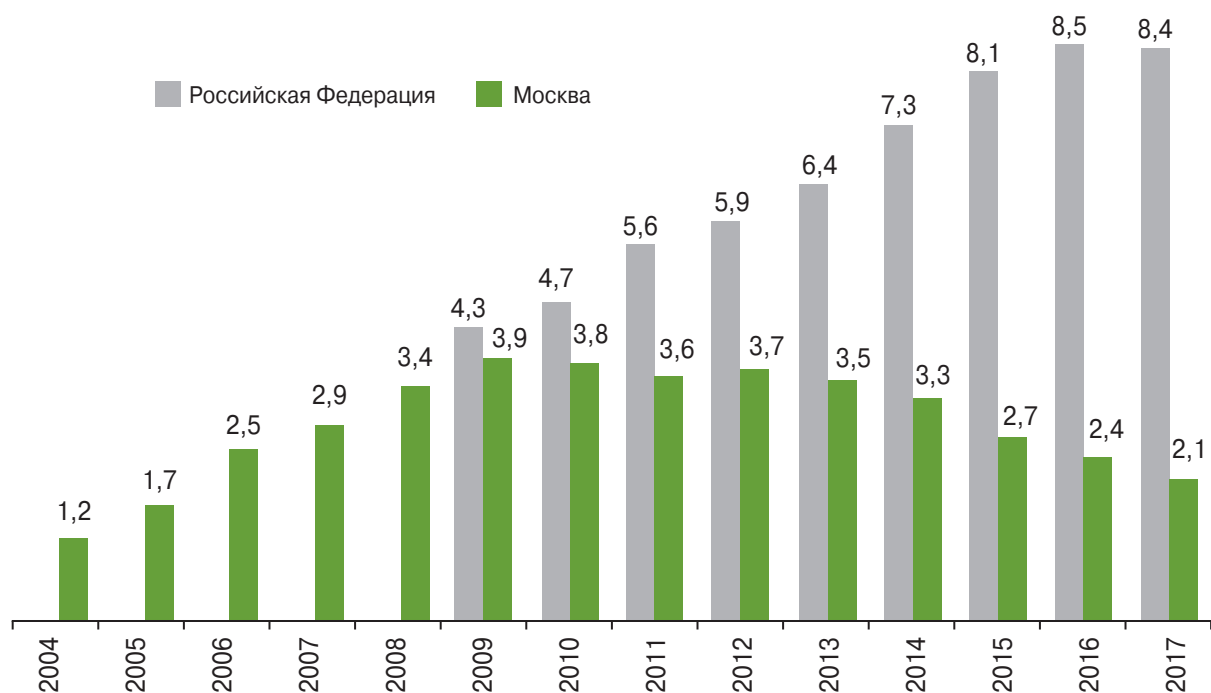


Рис. 3. Заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в г. Москве и Российской Федерации (на 100 тыс. населения)  
 Источники: 2004–2008 гг. – форма № 61, 2009–2017 гг. – форма № 33

При необходимости морфологической верификации диагноза были использованы высокотехнологичные методы инвазивной диагностики. Стационарное обследование, вплоть до окончательного установления диагноза, пациенты проходили в боксированном отделении ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2 ДЗМ», тем самым удалось усилить инфекционный контроль и избежать возможного контактирования с больными туберкулезом.

**С 2012 г. по 2017 г.  
 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
 ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В  
 МОСКВЕ СНИЗИЛАСЬ НА 43,2%**

Тестирование на ВИЧ, исследование иммунного статуса, определение вирусной нагрузки, флюорографическое обследование выполняли в МГЦ СПИД. Обеспечение антиретровирусными препаратами осуществляли за счет бюджетных ассигнований, выделенных для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции ГБУЗ «ИКБ № 2 ДЗМ».

До 2013 г. химиопрофилактика туберкулеза больным ВИЧ-инфекцией в Москве носила единичный характер. С 2014 г. налаженный скрининг на латентную туберкулезную инфекцию позволил существенно сузить уязвимую по туберкулезу группу риска и предотвратить клиническую манифестацию заболевания, вовремя проведя адресную химиопрофилактику туберкулеза. С 2015 г. назначение противотуберкулезных лекарственных препаратов с профилактической целью стало системным и постепенно охватило всех больных с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, имеющих выраженную иммуносупрессию или латентную туберкулезную инфекцию и, соответственно, высокий риск заболевания туберкулезом. Больные ВИЧ-инфекцией, нуждающиеся в проведении курса химиопрофилактики туберкулеза в амбулаторных условиях, были поставлены на диспансерный учет у фтизиатра кабинета и обеспечены противотуберкулезными лекарственными препаратами.

Внедрение новой организационной модели и значительное улучшение доступности противотуберкулезной помощи для больных ВИЧ-инфекцией в мегаполисе привели к осязаемым результатам, демонстрирующим эпидемиологическую эффективность проведенных мероприятий. С клинической точки зрения, у больных сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией стали преобладать ограниченные формы туберкулеза, достоверно снизилась частота распространенных диссеминированных процессов, что констатирует тенденцию эпидемического

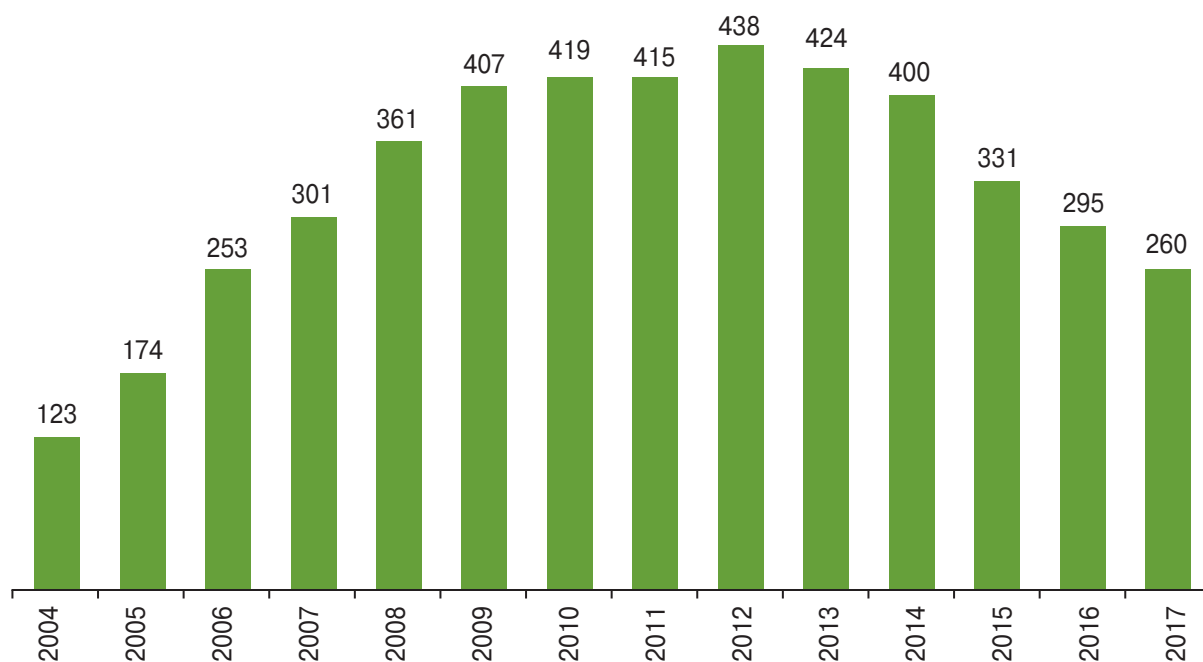


Рис. 4. Число впервые выявленных больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез среди постоянных жителей, г. Москва, 2004–2017 гг.  
Источники: 2004–2008 гг. – форма № 61, 2009–2017 гг. – форма № 33

благополучия. Проведение химиопрофилактики туберкулеза обеспечило снижение заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией с уровнем CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов ниже 350 кл./мкл, закончивших профилактический курс, в 14 раз.

Оценка экономической эффективности профилактических мероприятий показала, что их активное проведение представляет значительную выгоду в сравнении с затратами на лечение туберкулеза у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез. Минимальная экономия бюджета составляет 46 млн руб. в год из средств, необходимых для лечения туберкулеза в указанной группе пациентов.

В результате совместной деятельности удалось воплотить научно обоснованные разработки в практику московского здравоохранения, что дало ощутимый результат.

За последние 5 лет в Москве наблюдается улучшение всех эпидемиологических показателей по сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекции. В 2013 г. произошел перелом ситуации с сочетанной инфекцией, подъем заболеваемости вышел на плато, а с 2014 г. началось снижение заболеваемости, показатель резко упал в 2015 г. Всего в период с 2012 г. по 2017 г. заболеваемость туберкулезом ВИЧ-инфицированных в Москве снизилась на 43,2%, в то время как в Российской Федерации до настоящего времени существенных изменений не произошло (рис. 3). Распространенность сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекции

за то же время в Москве снизилась на 40%. Абсолютное число впервые выявленных больных с сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией уменьшилось на 30,4% (рис. 4). Научно обоснованная система мероприятий, включающая диагностику и мониторинг латентной туберкулезной инфекции, химиопрофилактику, систематическое обследование на туберкулез, в сочетании с инфекционным контролем и комплексным лечением больных сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекцией позволила предотвратить распространение туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в мегаполисе с высокой миграционной нагрузкой, значительной вероятностью «завозного туберкулеза», высокой плотностью населения и, соответственно, возможным большим числом контактов с риском инфицирования.

Полученный эффект стал возможен в результате системного взаимодействия противотуберкулезной службы и врачей-инфекционистов МГЦ СПИД при поддержке и активном участии Департамента здравоохранения города Москвы. Московский опыт демонстрирует влияние научно обоснованных организационных решений в сочетании с необходимым ресурсным обеспечением на сдерживание, казалось бы, неизбежного роста сочетанной ВИЧ/туберкулез-инфекции, что может послужить хорошим примером в борьбе с туберкулезом у инфицированных ВИЧ жителей для других регионов Российской Федерации и мира.

И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

Талант не нужно подталкивать  
сзади и не нужно тянуть за руку.  
Он сам находит себе дорогу и сам  
оказывается впереди всех.

Р. Гамзатов

Координатор съемки:  
Алла Зайцева

**ВРАЧ И АКТЕР:  
ПРОФЕССИИ, В КОТОРЫХ «НАДО РОДИТЬСЯ»**



Это вечный спор: где грань между рутинной и творчеством? И в любой ли профессии необходим талант? Ответ приходит сам, когда невольно сравниваешь скучную и безликую работу актера на сцене театра с «гениальным исполнением» сантехника, который виртуозно залатал трубу. И, как ни странно, первого оцениваешь как «работягу», а второго – как творческую личность.

В одном из своих интервью артист Сергей Колесников как-то сказал: «Актер всегда должен быть в настроении, потому что призван нести радость людям». А его лечащий врач Татьяна Крыль нашла объединяющее начало между сценой и «театром анатомии»: «Врач тоже должен быть всегда доброжелателен, улыбчив, опрятно одет, чтобы давать больному веру в исцеление».

Наши герои уверены: природа актерская и природа врача – это призвание, которое непременно должно жить внутри. При этом они рассуждают и о более тонких материях: можно ли научиться врачевать и играть на сцене, если нет таланта? Каков в профессии процент труда и сколько – дара природного? Каковы они – хороший врач и прекрасный актер, о которых пациент и зритель будут вспоминать всю свою жизнь?



## ТАТЬЯНА КРЫЛЬ И СЕРГЕЙ КОЛЕСНИКОВ



## ДОСЬЕ

### Татьяна Николаевна КРЫЛЬ

34 года прошло с тех пор, как терапевт Татьяна Николаевна Крыль приняла своего первого пациента. Сегодня она – главный врач городской клинической больницы имени В. В. Вересаева, и под ее руководством – две с половиной тысячи сотрудников.

Путь от терапевта до главного врача начался для нее более 20 лет назад – когда доктор Крыль устроилась в больницу имени Вересаева, приехав в столицу из Питера вслед за мужем-военным. Москва, как известно, любит талантливых трудооголиков: врач-терапевт со временем стала завотделением терапии клинической больницы, потом – заместителем главного врача по лечебной работе, а в октябре 2017 года возглавила клинику.

Почему именно она оказалась в кресле главврача? Возможно, потому, что внутри доктора Крыль живет уникальная черта российской женщины: вера в будущее. Она не просто возлагает надежды, а знает, что завтра непременно все наладится.

Как это обычно бывает при твердой уверенности – мечты обязательно воплощаются в реальность. Программа модернизации, реализованная в столице, принесла свои плоды, и стационар наполнился жизнью: больница получила компьютерные и магнитно-резонансные томографы, высокоточную рентгенаппаратуру, технику для проведения сложнейших неврологических операций, аппараты УЗИ экспертного класса. Коллектив с огромным опытом работы спасал жизни и без высоких технологий, но с ними появились возможности нового уровня. Не так давно в больнице удалось реабилитировать 36-летнюю женщину с угрозой прерывания беременности. Внезапный инсульт, кесарево, сложнейшая операция на мозге – благодаря врачам мама и малыш живы. Что это: опыт, модернизация, талантливые руки? Пожалуй, все вместе...

Татьяна Николаевна не скрывает, что работа стала ее жизнью: хотя она любит море и в выходные готовит обед на неделю вперед, на вопрос «Что будете делать, если вам не продлят контракт?» отвечает: «С удовольствием пойду работать врачом-терапевтом, как раньше».

Впрочем, это неудивительно, ведь надо уметь сочувствовать пациенту, искренне и ежедневно проявляя готовность проходить с ним путь от болезни к выздоровлению, а при необходимости – к смерти: «Если так складывается, что пациента уже не спасти, я умираю вместе с ним».



## Татьяна КРЫЛЬ

**«ДОКТОР – КАК СВЯЩЕННИК. ЕМУ НУЖНО СООБЩАТЬ ПРАВДУ, И ТОЛЬКО ПРАВДУ, И НИЧЕГО, КРОМЕ ПРАВДЫ. ЕСЛИ ВЫ ПРИШЛИ И ДОВЕРИЛИСЬ ВРАЧУ – ЗНАЧИТ, МЫ ВМЕСТЕ С ВАМИ ПОБЕДИМ БОЛЕЗНЬ И НАСТУПИТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ»**

### О доверии

**Крыль:** Своим пациентам я всегда говорю: «Доктор – как священник. Ему нужно сообщать правду, и только правду, и ничего, кроме правды. Если вы пришли и доверились врачу – значит, мы вместе с вами победим болезнь, и наступит выздоровление». Только так.

**Колесников:** Это так: порой для выздоровления человеку нужна именно вера, абсолютное доверие.

**Крыль:** Когда приходит доктор – у человека меняется настроение: даже просто от взгляда, от разговора. Еще не дали таблетку, не поставили укол – а пациент уже начинает выздоравливать. Но чтобы физически и эмоционально восстанавливаться, не потерять этот настрой и весь день пройти с улыбкой, врачу необходимо полное присутствие здесь и сейчас. Поэтому, выходя из дома, я просто закрываю дверь и иду к больным.

**Колесников:** Для актера процесс самоотдачи на сцене тоже требует полного присутствия. А потом – восстановления. Для меня восстановиться – значит ночью в одиночестве взять гитару и выучить новую роль.

## О природе профессии

**Крыль:** Научиться врачеванию можно. Но стать хорошим врачом – это действительно талант.

**Колесников:** Ремесло – это то, что необходимо, его должен знать каждый очень хорошо. К примеру, сейчас множество актеров снимаются в сериалах, причем большинство даже не заканчивают институтов, становятся популярными и называются «артистами». Но когда такой «актер» выходит на сцену – тут вся его «игра» заканчивается: в театре зритель его не слышит, не видит и не понимает, потому что на сцене невозможно спрятать или закамуфлировать неумения, недостатки. Если сравнить эту ситуацию с больницей, то у врача тоже бывают разные площадки и разные пациенты. Но задачей врача является донести свои слова



### Сергей КОЛЕСНИКОВ

**«ИНОГДА СЛЫШУ ВОПРОСЫ:  
«НЕ УБЬЕТ ЛИ ТАКОЕ АКТИВНОЕ  
РАЗВИТИЕ ПРИРОДУ ВРАЧА – ЕГО  
РУКИ, ИНТУИЦИЮ? ВОЗМОЖНО ЛИ,  
ЧТО ВРАЧЕЙ ЗАМЕНИТ РОБОТЫ?» НА  
МОЙ ВЗГЛЯД, ЭТО ПРОСТО СМЕШНО.  
ВЕДЬ РУКИ ВРАЧА – ЭТО ГЛАВНОЕ,  
ИМИ ОН «ВИДИТ И СЛЫШИТ».  
А РОБОТ МОЖЕТ ЛИШЬ НЕМНОГО  
ЕМУ ПОМОЧЬ»**



**ДОСЬЕ**

#### Сергей Валентинович КОЛЕСНИКОВ

В театральный вуз будущему Заслуженному артисту России посоветовала поступать учительница по английскому языку: юный Колесников неважно учился, и, по ее мнению, у него не было другого выбора. Вот такая ирония судьбы, хотя, впрочем, наш герой не первым из школьного двоечника вырос в очевидный талант – до него были многие, включая поэта Пушкина.

Сегодня он говорит, что все роли, которые сыграл в театре, ему по-своему дороги: «Эти спектакли – моя жизнь, поэтому я о них периодически вспоминаю». И хотя он не считает свой послужной список «особой заслугой», его путь выглядит как карьера настоящего трудолика. После окончания школы-студии МХАТ (курс С. Пилявской и В. Богомолова) его приняли в труппу Московского художественного театра. Дебютной ролью стал уличный певец в пьесе немецкого поэта и драматурга Бертольда Брехта «Жизнь Галилея». Затем был опыт игры во многих спектаклях, а на Новой сцене МХАТ Колесников на собственные стихи и музыку поставил спектакль «Нечаянная радость».

Сергей Колесников служил не только в театре – с 1976 года он активно снимался в кино. Его работы – это более 30 фильмов и сериалов. А благодаря своему врожденному дару – красивому мхатовскому баритону дублировал Шона Коннери и Роджера Мура в фильмах о Джеймсе Бонде.

Кстати, младший из сыновей Колесникова, Иван, пошел по стопам отца и стал киноактером. Российскому зрителю хорошо знакомы его роли, одна из которых – легендарный баскетболист Александр Белов в спортивной ленте «Движение вперед».

Есть в рабочем списке Сергея Валентиновича и опыт шоу-ведущего в телепередаче «Фазенда» на Первом канале. Здесь в течение шести лет зрители наблюдали все грани его таланта: в проекте была воплощена не только архитектурно-тематика, но и вокальные номера, и театральный опыт харизматичного артиста. За 6 лет вышло 250 выпусков с его участием.

Были в его жизни голливудские работы: в 2012-м режиссер Джон Мур предложил Колесникову роль в блокбастере «Крепкий орешек-5» с Брюсом Уиллисом: здесь Колесников появился в эпизоде в образе кандидата на пост президента России. А еще через два года Сергей Валентинович снялся вместе с Джудом Лоу, Константином Хабенским и Дэниэлом Райаном в триллере Кевина Макдональда «Черное море».

Год назад Сергей Колесников ушел и с телеэкранов, и с театральной сцены. Так что сегодня можно лишь наслаждаться воспоминаниями о его работах. Правда, сам Сергей Валентинович относится к событиям жизни философски: «К своим шестидесяти я пришел к выводу, что надо ко всему относиться с благодарностью – и к хорошему, и к плохому. Потому что все в мире относительно, и всегда может быть хуже».

и настроения до каждого больного. Это и есть уровень владения ремеслом.

Моя «природа профессии» была довольно определенной: я родился в Москворечье – кругом были деревни, а семья жила в бараке. Жизнь была очень простая, понятная, а я и не знал, что существуют театры и даже не предполагал, что профессии артиста необходимо учиться. Просто с детства играл на гитаре, а во дворе меня почитали как «министра культуры».

**Крыль:** Говоря о молодых врачах, не могу сказать, что в медицину приходят недоучки: много грамотных молодых людей, которые одержимы профессией. Но им необходимо помочь приобрести опыт. Таким всегда говорю: «Надев белый халат, вы должны стать для пациента Богом. А для этого нужно учиться, учиться и еще раз учиться».

**Колесников:** Врач должен уметь помочь –



### Татьяна КРЫЛЬ

**«НАУЧИТЬСЯ ВРАЧЕВАНИЮ МОЖНО.  
НО СТАТЬ ХОРОШИМ ВРАЧОМ – ЭТО  
ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ТАЛАНТ»**

это первое и самое главное качество. Именно такими были врачи и писатели Вересаев и Чехов. В профессии они получили настоящую школу жизни, проникновение в человеческую суть. И затем это воплотилось в их неповторимой философии. И, конечно, в профессиональном подвиге: Чехов, будучи смертельно больным, бесплатно лечил крестьян, строил школы, посещал пациентов даже на Сахалине. Мне кажется, что врач должен быть готов к подвигу, к какой-то жертвенности. Да и в любой профессии, и в актерской тоже, у каждого человека наступает момент, когда он или подтверждает свои «заявленные» природой качества, или нет.



К примеру, мы уже давно знакомы с доктором Надеждой Хасановной Габитовой. Я все время приглашал ее в театр, и наконец она выбрала время прийти. После спектакля на мой вопрос «Ну как?» она ответила следующее: «Вот у этого актера – порок сердца, этому – надо худеть, у того – сахар повышенный». Меня это поразило: врач даже на спектакле осталась врачом.

Если говорить о моем пути в целом, то мне как-то не пришлось бороться за роли: частенько спасали гитара, любовь к музыке. И в какой-то степени для меня это более ценно, нежели выход на сцену или в кадр. Я и радио люблю, и концерты, и елки кремлевские записывать, и компьютерные игры озвучивать. Да всегда есть чем заняться. Когда не сидишь на месте – как будто сами собой появляются интересные предложения.

### О московском здравоохранении

**Крыль:** Москва шагнула далеко вперед, а главное – медицина стала доступной абсолютно всем жителям столицы: кардиостимуляторы, операции на сердце, стентирование, развитые инсультные сети... За примерами далеко ходить не надо: наша больница – один из региональных сосудистых центров, и здесь мы поднимаем на ноги людей, возраст которых приближается к столетию.





## Сергей КОЛЕСНИКОВ

«В НАШЕЙ МЕДИЦИНЕ БОЛЬШЕ  
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО, БОЛЬШЕ ЖИВОГО»



**Колесников:** Согласен: у Москвы – своя отдельная история, как и у государства. Только вспомните: 10 лет назад МРТ воспринимали как нечто космическое, а сегодня такое обследование – обыденность.

**Крыль:** Но и задачи у врача, и тем более у главврача, – теперь иного уровня. Кроме медицины, руководитель клиники обязан знать экономику, право, разбираться в юридических аспектах. В нашу медицинскую жизнь входят информационные технологии: вот-вот появится электронная история болезни, уже организуется прокладка сетевых линий, чтобы пациенты с помощью гаджетов могли посмотреть свою историю болезни, телемедицина тоже на подходе...

А сегодня – смотрим в будущее: скоро начнем строительство нового корпуса неотложной помощи, затем сделаем ремонт в стационаре и приведем в порядок прилегающую территорию. Конечно, было бы неплохо, если бы меценаты помогли здравоохранению...

Должна признаться – мне трудно было брать на себя руководство таким большим коллективом. Но люди, с которыми я работаю уже больше 22 лет, меня поддержали. Это мои коллеги – те, кто работают в скорпомощной больнице с тяжелыми пациентами 24 часа в сутки, без праздников и выходных. Они по шесть часов стоят за операционным столом, ведут многочасовые приемы. Поэтому, налаживая идеальный лечебный

процесс, мне необходимо думать не только «о высоком», еще и о создании условий для коллектива медиков, который каждую секунду спасает жизни людей. Именно поэтому мечтаю открыть в своем стационаре столовую для сотрудников и организовать для коллег сеансы психологической разгрузки. Конечно, опыт административной работы пришлось нарабатывать: мне не хватало экономических и финансовых знаний, понимания хозяйственных вопросов – так что я была вынуждена буквально освоить еще одну профессию. В идеале, конечно, главврач должен заниматься лечебным процессом, а для ведения хозяйства нужен директор. Но, думаю, что и московские медучреждения к такому разделению со временем придут.

**Колесников:** В свое время мне пришлось столкнуться с американской системой медицинского обслуживания. И, если говорить о разнице в профессиональных подходах, то западных врачей я бы назвал «осторожными». Однажды на съемках в Будапеште у меня было ущемление седалищного нерва: в номер пришла голливудская врач, поинтересовалась – принимаю ли я наркотики. Я говорю: «Нет, нет!» Тогда она попросила снять одежду, а у меня там – следы от капельницы. Она снова: «Наркотики!» – в результате мне пришлось подписать кучу бумаг. С одной стороны, такая система создает определенную безопасность для врача, с другой – все очень



зарегламентированно: организация становится похожей на машину, не допускает доверия. Тот же подход – на съемочной площадке. К примеру, когда актер спрашивает «Можно я здесь сам пройду?» – ему отвечают: «Нет, нельзя. Это сделает дублер – не дай Бог, ногу подвернешь».

**Крыль:** Как-то я была на стажировке в Израиле, где работают много наших ребят, эмигрировавших в 1990-е годы. Да, там развито меценатство, за счет благотворителей строятся целые больничные корпуса. Но я бы не сказала, что лечат в этих клиниках лучше. Там лечат по протоколу, а у нас все-таки индивидуальный подход. Поэтому я ратую за нашу медицину.

**Колесников:** В нашей медицине больше человеческого, больше живого. Много моих друзей живут в Голландии, и они говорят: чтобы попасть в больницу – надо быть уже при смерти. Потому что все считают деньги, все экономят.

**Крыль:** У российской медицины – свой путь. Поэтому сейчас работать в отечественном здравоохранении очень интересно – столько всего происходит! Семимильными шагами развиваются методы борьбы с онкологией, уже есть 3D- и 4D-лучевые аппараты, выявляющие отдаленные метастазы, химиотерапия развивается, фармацевтика... Словом, современному врачу нужны огромные силы, воля и знания, чтобы всем этим воспользоваться. Развиваются поликлиники по московскому стандарту, где есть врачи общей практики и доктора узкой специализации. Я думаю, что в скором времени внимание властей привлекут стационары – и в результате появятся абсолютно новые больницы



### Татьяна КРЫЛЬ

«МОСКВА ШАГНУЛА ДАЛЕКО  
ВПЕРЕД, А ГЛАВНОЕ — МЕДИЦИНА  
СТАЛА ДОСТУПНОЙ АБСОЛЮТНО  
ВСЕМ ЖИТЕЛЯМ СТОЛИЦЫ:  
КАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ, ОПЕРАЦИИ  
НА СЕРДЦЕ, СТЕНТИРОВАНИЕ,  
РАЗВИТЫЕ ИНСУЛЬТНЫЕ СЕТИ...»

с грамотными, улыбчивыми врачами, которые будут стремиться исполнять заповедь «Не навреди».

### Залог здоровья

**Крыль:** Чтобы генетика правильно «сработала», наши люди должны вести здоровый образ жизни, причем начиная с

рождения, чтобы закладывалась возможность родить здоровое потомство. А для этого необходимо много факторов: и социальных, и бытовых, связанных с питанием, отказом от вредных привычек. Для этого в Москве сегодня очень много делается: и велодорожки, и новые парки, и деревья, и цветы...



### Сергей КОЛЕСНИКОВ

«У МОСКВЫ СВОЯ ОТДЕЛЬНАЯ  
ИСТОРИЯ, КАК И У ГОСУДАРСТВА.  
ТОЛЬКО ВСПОМНИТЕ: 10 ЛЕТ НАЗАД  
МРТ ВОСПРИНИМАЛИ КАК НЕЧТО  
КОСМИЧЕСКОЕ, А СЕГОДНЯ ТАКОЕ  
ОБСЛЕДОВАНИЕ — ОБЫДЕННОСТЬ»

**Колесников:** Залог здоровья – это любовь к жизни, поменьше унывать, не киснуть, не брюзжать.

**Крыль:** Определенно, стрессоустойчивость должна быть при современном темпе жизни.

**Колесников:** Считаю, что состояние покоя – самое важное. Ты можешь много работать, бегать, недосыпать, но внутри необходимо ощущать покой. Наверное, в этом врач может прекрасно помочь некоторым пациентам, которые порой на ровном месте начинают: «Моя жизнь закончилась...» и прочее...

**Крыль:** Это правда – некоторые пациенты выздоравливают благодаря беседе с врачом.

### О высоких технологиях

**Колесников:** Иногда слышу вопросы: «Не убьет ли такое активное развитие природу врача – его руки, интуицию? Возможно ли, что врачей заменят роботы?» На мой взгляд, это просто смешно. Ведь руки врача – это главное, ими он «видит и слышит». А робот может лишь немного ему помочь.

**Крыль:** Да, техника нам помогает ускорить какие-то процессы. Но никто так не завяжет узел и не наложит шов, как врач, который постоянно практикует. Никто не заменит руки. И потом, ведь у доктора должно быть клиническое мышление, которое роботу несвойственно при неординарных ситуациях или в сложных случаях. Это искусство.

**Колесников:** Согласен: есть рутина и ремесло — все это базис, который требует много практики. И только за всем этим следует искусство.

## БЛИЦ-ОПРОС

**Сергей КОЛЕСНИКОВ**

**Если не актер, то кто?**

Водитель-дальнобойщик.

**С чего начинается ваше утро?**

3 чашки кофе и 3 сигареты.

**Примета, которая всегда сбывается?**

Нет таких.

**Последняя прочитанная книга?**

Перечитанная. «Игра в бисер» Германа Гессе.

**Какими достижениями в работе вы гордитесь больше всего?**

Честно сказать, никакими.

**Какая у вас профессиональная мечта?**

До смерти быть в профессии.

**Ваше жизненное кредо?**

Всегда.

**Медицина - это искусство? И почему?**

Искусство, конечно. Потому что это искусство связано (и прежде всего, и только лишь) на людях.

**Актерская профессия связана с суевериями и приметами?**

У кого как. Многие актеры вообще из примет не вылезают.

**Татьяна КРЫЛЬ**

**Если не врач, то кто?**

Врач.

**С чего начинается Ваше утро?**

С чашки кофе.

**Примета, которая всегда сбывается?**

Не верю в приметы.

**Последняя прочитанная книга?**

Журнал «Здравоохранение».

**Медицина - это искусство? И почему?**

Безусловно, искусство. Потому что пациент индивидуален и бывает сложным. А для того, чтобы его понять, а тем более помочь, нужно иметь клиническое мышление. А это и есть искусство.

**Ваша профессиональная мечта?**

Расти дальше.

**Ваше жизненное кредо?**

Сквозь тернии к звездам.

**Какими достижениями в работе вы гордитесь больше всего?**

Горжусь своей клиникой, которая в прошлом году получила грамоту от мэра Москвы Сергея Собянина за огромный вклад в московское здравоохранение.



КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

23.04.18

# ТУБЕРКУЛЕЗ НЕ НАЙДЕН

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы, прошедшей 23 апреля 2018 г., было рассмотрено клиническое наблюдение пациента Ж., 8 мес., который умер от эндокардита митрального клапана.



**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.

Беременная Ж., 27 лет, гражданка Республики Кыргызстан, была доставлена бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом: беременность 33 недели, угроза преждевременных родов. Сбор анамнеза был затруднен в связи с языковым барьером. Пациентка при госпитализации не предоставила никакой медицинской документации, не состояла на учете по беременности в женской консультации, отрицала соматические и гинекологические заболевания. В Москве проживает около 6 лет. Данная беременность у пациентки вторая. Первая в 2010 г. закончилась преждевременными родами. При поступлении пациентка указывала жалобы на жидкие выделения из половых путей, возникшие накануне с 11 ч утра, и тянущие боли в нижних отделах живота.

Пациентка осмотрена в приемном отделении. Выставляется диагноз: беременность 33 недели 4 дня, головное предлежание, преждевременный разрыв плодных оболочек, длительный безводный промежуток, анемия легкой степени. Вырабатывается план обследования и лечения. Проводится терапия, направленная на пролонгирование беременности. Назначается антибактериальная терапия и профилактика респираторного дистресс-синдрома плода дексаметазоном в объеме 24 мг в соответствии с рекомендациями Минздрава России.



**А.С. Оленев,**  
заведующий филиалом  
Перинатальный центр  
ГБУЗ «Городская  
клиническая больница  
№ 24 ДЗМ»

20.11.2016

В 11.00 на фоне продолжающейся токолитической терапии развивается спонтанная родовая деятельность. И при открытии шейки матки на 3 см в 14.30 производится эпидуральная анальгезия. В 23.10 родился живой недоношенный мальчик, 1960 г, 45 см, с оценкой при рождении 6–7 баллов по шкале Апгар. Общая продолжительность родов составила 12 ч 20 мин. Безводный промежуток – 4 сут 12 ч 10 мин.

После родов пациентке продолжена антибактериальная терапия цефалоспорины первого поколения.

23.11.2016

На 3-й сутки послеродового периода отмечается первый эпизод подъема температуры тела пациентки до 38°C. Производится дообследование в объеме: УЗИ органов малого таза, при котором обнаруживается гематометра, при исследовании почек патологических изменений не выявлено. Пациентке выполняется рентгенография органов грудной клетки, рентгенологическая картина может соответствовать пневмонии средней доли справа. Определен участок снижения прозрачности легочной ткани в средней доле справа. Получены результаты бактериологического анализа из цервикального канала, возбудители бактериальных инфекций не обнаружены. По данным гистологического исследования подтверждается гематометра. Учитывая неэффективность проводимой антибактериальной терапии, производится ее смена на защищенные пенициллины. Результат анализа крови на HBS-антиген положительный.

25.11.2016

На 5-е сутки послеродового периода, учитывая сохраняющуюся лихорадку до 38°C на фоне проводимой антибактериальной терапии, пациентка проконсультирована инфекционистом ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ». Заключение: нельзя исключить правостороннюю среднедолевую пневмонию, носительство HBS-антигена.

Пациентке выставляется клинический диагноз: 5-е сутки после вторых преждевременных родов в 34 нед; прикорневая пневмония справа; преждевременный разрыв плодных оболочек, длительный безводный промежуток; анемия легкой

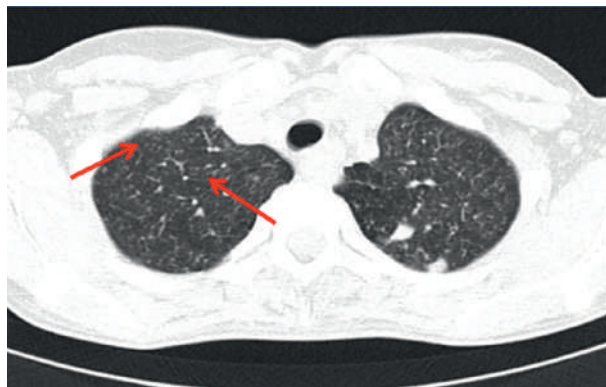


Рис. 1. КТ органов грудной клетки пациентки Д., 27 лет, от 02.12.2016 г.

степени; носитель HBS-антигена, гематометра, состояние после эпидуральной анестезии.

По согласованию с клиническим фармакологом проводится повторная смена антибактериальной терапии на карбапенемы.

02.12.2016

На 9-е сутки послеродового периода отмечается возврат температуры тела к фебрильным цифрам – до 38,8°C. Производится повторная рентгенография органов грудной клетки. Заключение: реконвалесцент пневмонии. И, учитывая несоответствие клинических проявлений данным рентгенографии, родильнице производится дообследование в виде компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки. На фоне диффузных милиарных очагов с обеих сторон в верхушках легких определяются единичные очаги до 12 мм, они указаны красными стрелками (рис. 1). Картина соответствует милиарно-диссеминированному туберкулезу.

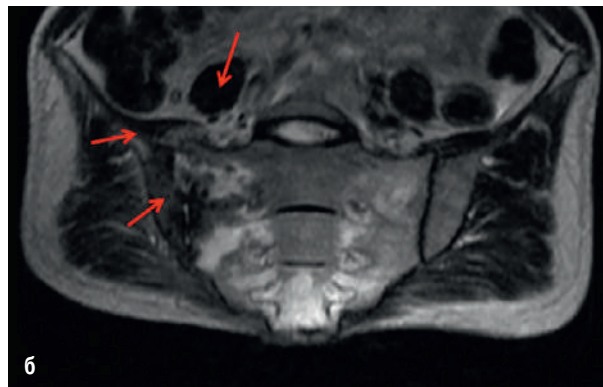


Рис. 2а, 2б. МРТ пациентки Д., 27 лет, от 02.12.2016 г.

Выполняется магнитно-резонансная томография (МРТ), при которой отмечается диффузный отек, жировая дегенерация, узурация, деформация суставных поверхностей компонентов правого крестцово-подвздошного сочленения. Указано красными стрелками (рис. 2а, 2б). Данные изменения расценены как проявление туберкулезного сакроилеита.

Пациентка консультирована окружным фтизиатром. По согласованию с ним переведена в гинекологическое отделение Городского научного практического центра по борьбе с туберкулезом с заключительным диагнозом: диссеминированный туберкулез легких в стадии инфильтрации, туберкулезный сакроилеит.

Вернемся к новорожденному.

02.12.2016

Состояние новорожденного Ж. при рождении тяжелое за счет неврологической симптоматики, синдрома угнетения центральной нервной системы (ЦНС) и дыхательной недостаточности (ДН). Оценка по шкале Сильвермана 3 балла.

Ребенок из родильного зала переведен в отделение реанимации, помещен в кювез.

Выставляется предварительный диагноз: синдром дыхательных расстройств, ателектазы незрелых легких, церебральная гипоксия, недоношенность – срок гестации 34 нед, малый вес к окончанию срока гестации. Ребенок из группы высокого риска по реализации внутриутробной инфекции, учитывая длительный безводный промежуток у матери более 4 сут.

Вырабатывается план обследования и лечения в объеме оксигенации под контролем газов крови, инфузионная терапия и антибактериальная терапия – сульфасин + гентамицин внутривенно в возрастных дозировках.

Учитывая нарастание ДН и дыхательный ацидоз, в возрасте 2 ч жизни ребенок переведен на респираторную поддержку СРАР-аппаратом через биназальные канюли. В возрасте 18 ч жизни, учитывая уменьшение ДН, нормализацию газового состава крови, ребенок переведен в режим оксигенации диффузным кислородом. В возрасте 1 сут 18 ч жизни ребенок из отделения реанимации переведен в отделение патологии новорожденных. На рентгенограмме грудной клетки, выполненной в первые сутки жизни, отмечаются рентгенологическая картина респираторного дистресс-синдрома, усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов.

В отделении патологии новорожденных состояние ребенка оставалось стабильным, средней степени тяжести за счет сохраняющейся ДН, неврологической симптоматики в виде угнетения ЦНС. Ребенок обходился без дополнительной оксигенации.

Продолжена терапия, начатая в отделении реанимации. И на основании данных осмотра результатов проведенных анализов и обследований выставлен следующий клинический диагноз: врожденная пневмония, церебральная гипоксия, малый вес к окончанию срока гестации, неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением, недоношенность – срок гестации 34 нед.

На 6-е сутки, учитывая сохраняющуюся ДН, воспалительные изменения в клиническом анализе крови, плоскую весовую кривую, ребенку с текущей врожденной пневмонией по согласованию с клиническим фармакологом производится смена антибактериальной терапии на сульперазон, ванкомицин в возрастных дозировках. С целью профилактики грибковой инфекции в терапию включена противогрибковая терапия флуконазолом.

На фоне смены антибактериальной терапии отмечена положительная динамика состояния ребенка. Отмечается уменьшение лейкоцитоза. Уменьшается ДН. Ребенок начинает самостоятельно сосать из бутылки и набирать массу тела.

На контрольной рентгенограмме отмечается усиление сосудистого и интерстициального компонентов легочного рисунка с участками гиповентиляции, они указаны красными стрелками. (рис. 3). Признаки течения двусторонней пневмонии.

На 13-е сутки жизни, учитывая выявление туберкулеза у матери, ребенок переводится в ГБУЗ «Детская инфекционная клиническая больница № 6» с заключительным диагнозом: врожденная пневмония, церебральная гипоксия, малый вес к окончанию гестации, неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением, недоношенность – срок гестации 34 нед.



Рис. 3. Рентгенография органов грудной клетки пациента Ж. от 01.12.2016 г.



**Е.М. Брагина,**  
заведующая  
инфекционным  
отделением  
ГБУЗ «Детская  
инфекционная  
клиническая больница  
№ 6 ДЗМ»

3 декабря 2016 г. пациент Ж. поступил в приемное отделение детской инфекционной клинической больницы из Перинатального центра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ». Его состояние на момент поступления расценивалось как тяжелое. В дополнительной оксигенации ребенок не нуждался. Показатели сатурации составляли 97–99%. Вес при поступлении 1950 г, рост 45 см.

Отмечалась неврологическая симптоматика в виде снижения мышечного тонуса. Менингеальные симптомы

отрицательные. Кожные покровы с легким субиктеричным оттенком. Пупочная ранка без признаков воспаления в стадии заживления. Отмечались умеренные дыхательные нарушения в виде одышки, усиливающейся при нагрузке до 68 в минуту. Аускультативная картина: жесткое дыхание, хрипы не выслушивались. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушивались. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

На основании данных осмотра был выставлен предварительный диагноз: врожденная пневмония, ишемия мозга 2 степени, синдром угнетения, неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением, малый вес к окончанию срока гестации, недоношенность – срок гестации 34 нед. По предварительным результатам обследования отмечалось умеренное повышение лейкоцитов в общем анализе крови.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

**Клинический анализ крови, 03.01.2016**

Показатель	Значение
Гемоглобин, г/л	193
Гематокрит, %	59
Эритроциты, $10^{12}$ /л	5,94
Тромбоциты, тыс. Ед/мкл	399
Лейкоциты, $10^9$ /л	17,8
Лимфоциты, %	36
Моноциты, %	4
Сегментоядерные лейкоциты (с/я), %	60
СОЭ, мм/ч	2

Умеренный нейтрофилез. В биохимическом анализе крови без воспалительных изменений. Получены результаты обследования на гепатиты – результаты отрицательные.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ И ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

**Биохимический анализ крови, 04.01.2016**

Показатель	Значение
Общий белок, г/л	64
Альбумин, %	40
Креатинин, мкмоль/л	46
Мочевина, ммоль/л	3,5
Билирубин общий, мкмоль/л	107
Билирубин прямой, мкмоль/л	5
Аспартатамино-трансфераза (АСТ), Ед/л	85
Глюкоза, ммоль/л	3,6
С-реактивный белок (СРБ), мг/дл	6

По данным нейросонографии, умеренные гипоксические изменения в виде повышения эхогенности в зонах перивентрикулярной области без признаков деструкции. По данным ЭКГ, умеренные нарушения реполяризации. Заключение консультации неврологом: ишемия мозга 2 степени, синдром возбуждения.

На основании проведенных обследований ребенку была выполнена рентгенограмма органов грудной клетки, на которой очаговых инфильтративных изменений не определялось. Учитывая сохраняющиеся дыхательные нарушения при клиническом наблюдении, ребенку был выставлен клинический диагноз: врожденная пневмония в стадии разрешения, ишемия мозга 2 степени, неонатальная желтуха, малый вес к окончанию срока гестации, недоношенность – срок гестации 34 нед.

Была назначена инфузионная терапия глюкозно-солевыми растворами в соответствии с физиологическими потребностями ребенка (04.12.2016–07.12.2016), антибактериальная терапия (25.11.16–09.12.16): цефотаксим – 100 мг/кг в сутки внутривенно и ванкомицин 20 мг/кг в сутки внутривенно. Учитывая сохраняющиеся дыхательные нарушения, была продлена начатая в родильном доме противогрибковая терапия: дифлюкан (флюкостат) – 6 мг/кг раз в 72 ч внутривенно, капельно. На фоне проводимой терапии достигнута положительная динамика. Дыхательные нарушения купировались. Анализы крови и мочи без воспалительных изменений. Отмечалась стойкая прибавка веса. За 7 дней ребенок прибавил 170 г. Все вышесказанное было основой для отмены антибактериальной терапии.

По информации, полученной из Московского центра по борьбе с туберкулезом, у матери ребенка был подтвержден генерализованный милиарный туберкулез легких. Контакт матери с ребенком был запрещен. 30 декабря 2016 г. она была переведена в Туберкулезную клиническую больницу №3 им. Г.А. Захарьина, которую самовольно покинула 4 января 2017 г., не оставив сведений о своем месте пребывания. За все это время мать ребенка ни разу в стационар не звонила, никто из ее родственников также не обращался. И на основании этого 9 января 2017 г. был составлен акт об оставлении ребенка в медицинской организации.

После полученной информации от 14 декабря 2016 г. о наличии у матери подтвержденного генерализованного туберкулеза ребенок был консультирован окружным фтизиатром 15 декабря 2016 г. На тот момент данных за туберкулезный процесс не отмечалось. И был назначен курс профилактической химиотерапии препаратами, изониазидом (10 мг/кг в сутки) и пиразинамидом (25 мг/кг в сутки), которые ребенок начал получать с момента назначения.

В клиническом анализе мочи, в анализах мочи по Нечипоренко отмечалась лейкоцитурия, что послужило основанием заподозрить у ребенка инфекционно-воспалительный процесс в мочевой системе, который подтвердился при УЗИ: отмечено повышение эхогенности стенки лоханки правой почки. Ребенку был выставлен диагноз: инфекция мочевой системы. Начата антибактериальная терапия. Но после получения бактериологического анализа мочи, который был получен через 4 дня после ее взятия на анализ, лейкоцитурия купирована, курс антибактериальной терапии был завершен.

Пациент находился у нас в отделении более 2 месяцев. Однократно у него отмечался подъем температуры тела. Это было в возрасте 1,5 месяцев на фоне развития катарального синдрома. В клиническом анализе крови отмечались лейкоцитоз

с умеренным нейтрофилезом и повышение С-реактивного белка в крови при нормальном уровне прокальцитонинового теста. Ребенок был консультирован оториноларингологом. Выставлен диагноз: ОРВИ, острый ринит. Проведен курс антибактериальной терапии в течение 5 дней, учитывая осложненный преморбидный фон. Острый ринит купирован. Анализы нормализовались. Терапия была завершена.

На фоне проведения профилактической противотуберкулезной химиотерапии у ребенка с 24 января отмечались нарастания показателей АСТ и аланинаминотрансферазы (АЛТ). По данным контрольного УЗИ органов брюшной полости отмечалась незначительная гепатомегалия. С учетом повышения уровня трансаминаз, данное состояние было расценено как побочный токсический эффект приема противотуберкулезных препаратов.

Ребенок был повторно консультирован фтизиатром. 25 января 2017 г. было рекомендовано отменить прием химиопрепаратов.

На рис. 4 отражена динамика результатов биохимического анализа крови. Только те изменения, о которых я сказала ранее. Больше никаких патологических изменений выявлено не было.

Также ребенок был полностью обследован и проконсультирован специалистами согласно стандартам медицинского обследования. По данным нейросонографии и консультации неврологом в динамике, в неврологическом статусе отмечались проявления мышечной дистонии.

По данным ЭКГ, УЗИ сердца и консультации кардиологом выявлены функционирующие фетальные коммуникации, открыто овальное окно, открыт артериальный проток. Недостаточности кровообращения нет. Рекомендовано контрольное исследование через 2 мес.

Ребенок консультирован ортопедом. Проведено УЗИ тазобедренных суставов, при котором патологических изменений не было выявлено. Но при физикальном осмотре было

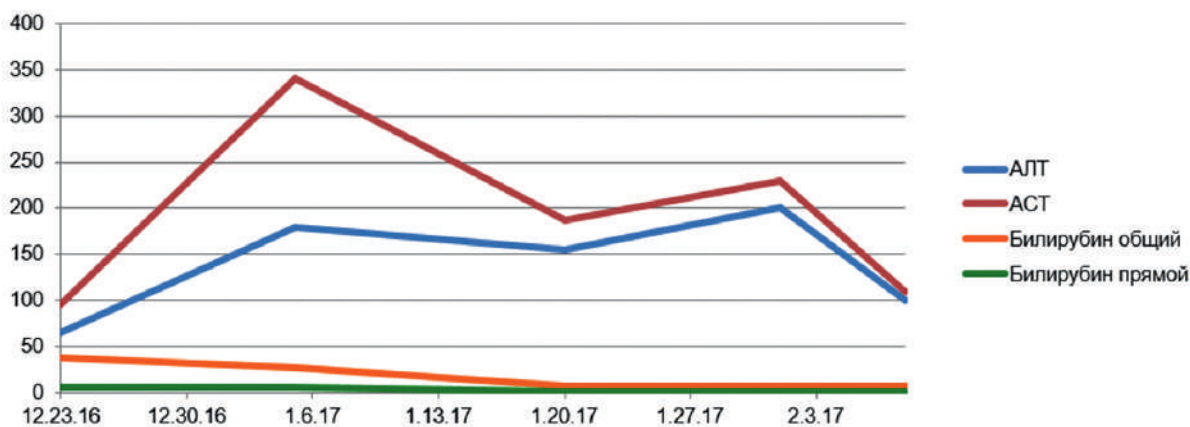


Рис. 4. Динамика результатов биохимического анализа крови пациента Ж.

рекомендовано проведение рентгенографии тазобедренных суставов, на рентгенограмме диагностирована дисплазия правого тазобедренного сустава. Ребенок динамически наблюдался окулистом как недоношенный. Был выставлен диагноз: врожденный стеноз и стриктура носослезного канала. Риск развития ретинопатии.

09.02.2017

После получения разрешительных документов пациент Ж. в возрасте 2 мес 20 сут весом 4349 г в удовлетворительном состоянии был переведен в Центр содействия семейному воспитанию «Центральный» с заключительным диагнозом: последствия перинатального поражения центральной нервной системы, синдром нарушения мышечного тонуса, реконвалесцент врожденной пневмонии от 9 декабря 2016 года, неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением, функционирующие фетальные коммуникации, открытое овальное окно, открытый артериальный проток, инфекция мочевой системы, реконвалесцент ОРВИ, острый ринит, малый вес к окончанию срока гестации, недоношенность – срок гестации 34 нед, врожденный стеноз и стриктура носослезного канала, дисплазия правого тазобедренного сустава.

Я хочу заметить, что прибавка веса с момента поступления до момента перевода составила 2370 г. При переводе рекомендованы наблюдение педиатром, неврологом и фтизиатром по месту дальнейшего пребывания, консультации

окулиста, ортопеда в возрасте 3 мес, консультация сурдолога с повторным проведением тестов акустической эмиссии.



**Е.Е. Петряйкина,**  
главный врач ГБУЗ  
«Детская городская  
клиническая больница  
св. Владимира ДЗМ»

Ребенок остро заболел в Центре содействия семейному воспитанию «Центральный» за 10 дней до госпитализации – повышение температуры до субфебрильных цифр, насморк. Врач центра назначил противовирусное лечение – виферон. С 5 марта 2017 г., за 7 дней до госпитализации, получал внутримышечно цефтриаксон, зодак, ингаляции с беродуалом, пульмикортом, за сутки до госпитализации – пероральный прием сумамеда.

13.03.2016

Госпитализирован в ДГКБ св. Владимира в связи с ухудшением состояния, повышением температуры тела до субфебрильных значений, кашлем и одышкой. Состояние при поступлении расценено как средней тяжести. Вес – 4600 г, рост – 55 см, индекс массы тела 15,21, сатурация – 99,5%, кислотно-щелочное состояние крови (КЩС) без отклонений от нормы. Аппетит сохранен, диспепсии нет.

#### ДАННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Показатель	При поступлении	При выписке	Норма
Дата	13.03.2017 г.	21.03.2017 г.	
Гемоглобин, г/л	137	121	120–150
Эритроциты, $10^{12}/л$	5,05	4,44	4,1–5,5
Лейкоциты, $10^9/л$	9,5	7,7	4,5–11
Палочкоядерные лейкоциты (п/я), %	4	0	0–4
С/я, %	71	35	30–50
Лимфоциты, $10^9/л$	20	58	20–70
Тромбоциты, $10^9/л$	552	288	150–450
СОЭ, мм/ч	3	1	0–20
Общий белок, г/л	57	61	65–85
Мочевина, ммоль/л	1,67	4,97	2,8–7,2
Общий билирубин, мкмоль/л	6,9	5,9	0–21
Прямой билирубин, мкмоль/л	2,1	3,1	0–3,4
АЛТ, Ед/л	331,9	282,3	7–34
АСТ, Ед/л	673,2	106,7	8–45

Задержка физического развития. Незначительная задержка психомоторного развития (отсутствие самостоятельного переворота на живот, недостаточный комплекс оживления на осмотр).

При осмотре патологический симптомокомплекс: температура тела – 37,5°C, экспираторная одышка, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 128 в минуту, частота дыхательных движений (ЧДД) – 44 в минуту, гиперемия слизистой зева без наложений, в легких – сухие, свистящие хрипы с двух сторон. Предварительный диагноз: острый обструктивный бронхит, ДН 1 степени.

Представляю данные клинко-лабораторного наблюдения. При поступлении мы видим нейтрофильный сдвиг без повышения СОЭ. Мы можем думать, учитывая нейтрофильный сдвиг, о бактериальной инфекции.

Ребенок выписан с клиническим выздоровлением по результатам анализов. Единственное, биохимический анализ крови выявил повышение уровня АЛТ и АСТ, расцененное как результат токсического гепатита, который возник на фоне специфической противотуберкулезной терапии. Но мы видим, что в момент выписки и без специфического лечения активность трансаминаз снизилась. Маркеры воспаления также фактически купировались на фоне лечения.

Было выполнено также инструментальное обследование. ЭКГ была расценена как некорректное снятие – ребенок был сильно возбужден, ЧСС – 166–200 в минуту. Отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо. ЭКГ перед

выпиской – синусовая тахикардия, ЧСС 128–136 в минуту, признаки повышения электрической активности левого желудочка. УЗИ плевральных полостей без каких-либо патологических изменений. Эхо-признаки по нейросонографии умеренного расширения межполушарной щели. И консультация оториноларингологом позволила поставить диагноз: остаточные признаки острого ринофарингита.

Ребенку проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами с детоксикационной целью и для ликвидации незначительного эксикоза по данным лабораторных исследований. Общий суточный объем 100–120 мл, 50 мл/ч, 20–25 мл/кг. Возрастное питание адаптированной молочной смесью 60–65 мл/сут., вода до 100 мл/сут. Было принято решение продолжить антибактериальную терапию.

Учитывая предшествующее назначение в Центре содействия семейному воспитанию «Центральный» цефалоспоринов 3 поколения и анамнез ребенка с большой вероятностью инфицирования госпитальной флорой и метициллинрезистентным стафилококком (MRSA-флорой), принято решение о назначении препарата защищенных пенициллинов сультаксина – 150 мг/кг в сутки внутривенно. Учитывая предшествующий прием сумамеда ребенком, перенесшим внутриутробную пневмонию с возможностью хламидийной и микоплазменной инфекции, дополнительно назначен клацид 15 мг/кг в сутки.

При проведении инфузионной терапии внутривенно вводился эуфиллин 2,4%, преднизолон – 10 мг, дексаметазон по



Рис. 5. Рентгенография органов грудной клетки пациента Ж. от 13.03.2017 г. (а); от 20.03.2017 г. (б)

2 мг 2 раза в сутки, продолжены ингаляции с беродуалом, пульмикортом (125 мг/сут), отхаркивающая терапия – амброксол 1,5 мг – 0,5 мл 2 раза в сутки.

Накануне лечения ребенку была выполнена рентгенограмма органов грудной клетки, на которой был выявлен ателектаз в верхней доле правого легкого. На фоне лечения произошло разрешение ателектаза через неделю (рис. 5).

21.03.2017

Были достигнуты клинический результат лечения, нормализация температуры тела, ликвидация обструктивного синдрома и ДН, улучшение дренажной функции легких, разрешение ателектаза. Прибавка в весе 100 г. Нормализация, улучшение клинико-лабораторных и рентгенологических показателей. Ребенок был выписан 21 марта 2017 г. под наблюдение педиатром, фтизиатром, неврологом по месту жительства в Центр содействия семейному воспитанию «Центральный».

22.03.2017

После выписки из стационара ребенка начало лихорадить до фебрильных температур. И снова доктор в «Центральном» назначает ему внутримышечно цефтриаксон. И снова без эффекта. На фоне ухудшения состояния, через неделю ребенок вновь госпитализируется в ДГКБ св. Владимира. И этот ребенок совершенно отличался от того, который был выписан из больницы за неделю до этого.

Состояние при поступлении тяжелое. Вес 4600 г, рост 55 см, сатурация – 99,5%, КЦС без отклонений от нормы. Appetit сохранен, диспепсии нет. При осмотре патологический симптомокомплекс: температура 38,5°C, токсикоз с эксикозом, смешанная одышка, ЧСС 132 в минуту, ЧДД 46 в минуту, гиперемия дужек зева без наложений, в легких дыхание ослаблено в верхних отделах с двух сторон, больше слева, единичные влажные хрипы по всем полям. Экстренная рентгенография органов грудной клетки – левосторонняя пневмония. При УЗИ плевральных полостей слева в верхней доле под вопросом ателектаз и инфильтрат. УЗИ тимуса – акцидентальная инволюция тимуса. КТ с контрастированием выявила зоны сниженного кровоснабжения в верхних сегментах левого легкого, которые трактуется специалистами лучевой диагностики ГКБ св. Владимира так: расширение внутригрудных лимфоузлов и ателектаз верхней доли легкого слева (рис. 6).

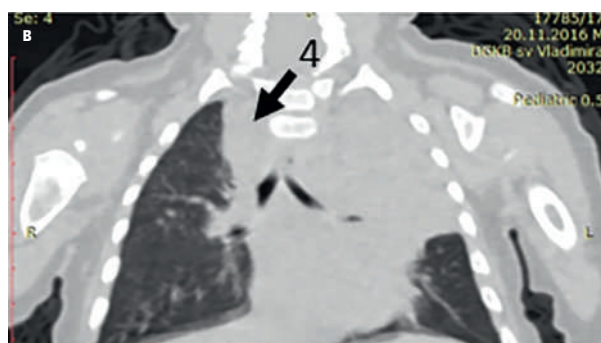
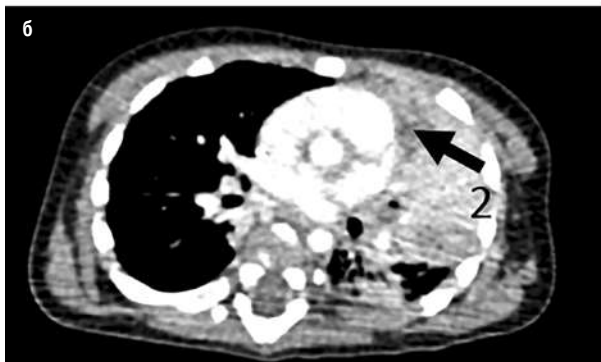
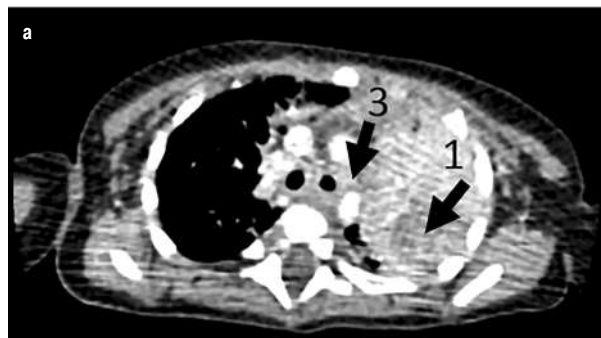


Рис 6. КТ органов грудной клетки пациента Ж. от 05.04.2017 г. Зона сниженного кровоснабжения в S2 (1) сегменте левого легкого и расширенные внутригрудные лимфатические узлы (3) (а); зоны сниженного кровоснабжения в S4 и S5 (2) сегментах левого легкого (б); ателектаз верхней доли слева (4) (в)

**Предварительный диагноз:** левосторонняя пневмония, ДН 1 степени. Нельзя исключить специфический процесс на фоне иммунодефицита. Вызван фтизиатр. Дальнейшее ведение согласовано с ним.

Были проведены исследования крови. Проводимая терапия не была такой успешной, как в прошлый раз. У ребенка продолжал снижаться гемоглобин.

Лейкоцитоз  $65 \times 10^9 / \text{л}$  в результате лечения уменьшается до  $34,4 \times 10^9 / \text{л}$ , но это тоже много. Нейтрофильный сдвиг уменьшается, но остается тем не менее высоким. Анализы крови на HBsAg, ВГС, ВИЧ – отрицательные. ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС 150–171 в мин. Вертикальное направление ЭОС. УЗИ органов брюшной полости и почек без патологических

**ДАННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

<b>Показатель</b>	<b>При поступлении</b>	<b>При выписке</b>	<b>Норма</b>
<b>Дата</b>	<b>27.03.2017 г.</b>	<b>10.04.2017 г.</b>	
Гемоглобин, г/л	136	110	120–150
Эритроциты, $10^{12}$ /л	4,54	4,14	4,1–5,5
Лейкоциты, $10^9$ /л	65	34,4	4,5–11
П/я, %	15	7	0–4
С/я, %	70	66	30–50
Лимфоциты, $10^9$ /л	4	19	20–70
Тромбоциты, $10^9$ /л	552	288	150–450
СОЭ, мм/ч	38	13	0–20
Общий белок, г/л	39,5	57,7	65–85
Мочевина, ммоль/л	2	4,76	2,8–7,2
Общий билирубин, мкмоль/л	2,7	4,7	0–21
Прямой билирубин, мкмоль/л	2,1	3,1	0–3,4
АЛТ, Ед/л	89,1	509 – 3-й день приема специфической терапии	7–34
АСТ, Ед/л	100,9	179,6 – 3-й день приема специфической терапии	8–45
СРБ, мг/дл	92,8	51,6	Отр.

изменений. Консультация оториноларингологом – патологических изменений не выявлено. Динамическое наблюдение физиатром – три очных осмотра и консультация снимков, разрешение находится в палатном отделении, рекомендованы превентивная терапия и обследование. Диагностическая бронхоскопия – ателектаз верхней доли левого легкого. Бактериоскопия мокроты – кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. Бактериоскопия промывных вод (бронхоскопия) – микобактерии не обнаружены.

Результаты обследования направляются в ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ» (МНПЦ БТ), где проведен профильный консилиум. За 3 дня до перевода физиатр вновь назначает специфическую терапию. На ее фоне состояние тяжелое, без улучшения, практически ежедневно фебрильно и субфебрильно лихорадит, теряет в весе по 150 г/сут, сохраняется ДН 1 степени, при нагрузке – одышка экспираторного характера, тахипноэ до 40–44 дыханий в минуту, в легких дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы над всей поверхностью легких, признаки токсикоза 1 степени.



После проведения профильного консилиума пациент был переведен в МНПЦ БТ.



**Г.В. Климов,**  
заведующий филиалом  
детского отделения  
ГБУЗ «Московский  
городской научно-  
практический центр  
борьбы с туберкулезом  
ДЗМ»

Пациент поступил в тяжелом состоянии. В сознании, вялый, адинамичный. Выражены симптомы интоксикации и ДН. Вес – 4900 г (при норме 6500–7000 г), рост – 60 см. Кожа бледная, сухая, с мраморным оттенком, на груди и лице выражена венозная сеть, тургор тканей резко снижен. В паху умеренные опрелости. ЧДД до 80 в минуту. Дыхание в легких жесткое, шумное, проводится во все отделы, слева в верхних отделах ослабленное. Хрипы проводные по всем полям, сухие. Сатурация – 98%. ЧСС 160.

Тоны сердца приглушены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Температура тела – 37,2°C. Менингеальные и очаговые симптомы не определяются. Аппетит снижен: быстро истощается, съедает менее 50 мл (возрастная норма – 120–150 мл), начато вспомогательное зондовое питание. При анализе рентгенологической картины обратили внимание на сближение межреберных промежутков в верхних отделах грудной клетки слева, а также на уменьшение левого

легкого относительно правого (рис. 7). Это послужило нам причиной заподозрить порок развития, аплазию или гипоплазию левого легкого.



Рис. 7. Рентгенография органов грудной клетки пациента Ж. от 11.04.2017 г.

При лабораторном обследовании отмечалось снижение уровня гемоглобина до 110 г/л, лейкоцитоз –  $20 \times 10^9$ /л, тромбоцитоз до  $849 \times 10^9$ /л. В биохимическом анализе крови отмечалось также повышение АСТ и АЛТ до 82 и 350 соответственно. При УЗИ: брюшной полости и забрюшинного пространства отмечено увеличение печени в объеме, патологических изменений в почках и признаков нарушения уродинамики не выявлено.

В верхних отделах левого легкого визуализировался участок уплотненной легочной ткани. При ЭКГ ритм синусовый, ритмичный, ЧСС до 168 в минуту. Вертикальное положение ЭОС. Укорочение PR-интервалов. В правых грудных отведениях РС-комплекс по типу блокады правой ножки пучка Гиса.

#### ДААННЫЕ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Показатель	Значение
Гемоглобин, г/л	110
Общий белок, г/л	59
Эритроциты, $10^{12}$ /л	4,31
Мочевина, ммоль/л	4,1
Лейкоциты, $10^9$ /л	20,1
Щелочная фосфатаза, Ед/л	119
Тромбоциты, $10^9$ /л	849
Билирубин общий, ммоль/л	2
Билирубин прямой, ммоль/л	1,2
АСТ, Ед/л	82
Плотность мочи	1,005
АЛТ, Ед/л	350
РН	7,5
Споры и мицелий	немного

Ребенку 18 апреля 2017 г. была выполнена фибробронхоскопия для выяснения природы ателектаза. Заключение: признаки туберкулеза передне- и верхнезональных бронхов слева, инфильтративный стеноз переднезонального бронха до 3 степени, верхнезонального бронха до 2 степени. Однако исследования смывов со слизистой оболочки бронха (может, бронхов) не подтвердили наличие туберкулеза. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые бактерии не обнаружены. Признаков туберкулезного воспаления и опухоли не найдено. Методом полимеразной цепной реакции ДНК микобактерии туберкулеза не обнаружены, методом люминесцентной микроскопии кислотоустойчивые бактерии не выявлены. Единичные плоскоэпителиальные клетки.

#### Л.М. Печатников

Вы спросили у врача-бронхолога, почему он трактовал результаты бронхоскопии как туберкулез?

#### Г.В. Климов

Да. Он сказал, что на основании его опыта, субъективного понимания данной ситуации, картина слизистой бронха выглядела характерной для туберкулезного поражения.

При постановке клинического диагноза мы руководствовались следующими фактами: перинатальный контакт с матерью, больной туберкулезом множественных локализаций (милиарный туберкулез легких и туберкулез костей таза); наличие у ребенка медицинских и социальных факторов риска по туберкулезу; положительная иммунологическая проба на туберкулез в возрасте 4 мес у неиммунизированного БЦЖ ребенка (проба Манту – 11 мм папула); признаки туберкулезного поражения бронхов при бронхоскопии; отсутствие положительной динамики легочного процесса на фоне лечения антибиотиками широкого спектра, включая препараты резерва. Проводились консультации врачами-специалистами. Пульмонолог выявил бронхолегочную дисплазию и порок развития легких под вопросом, офтальмолог – ретинопатию 1 степени, невролог – органическое поражение ЦНС в виде синдрома двигательных нарушений с признаками тетрапареза, псевдобульбарного синдрома, травматолог-ортопед не выявил патологических изменений костно-суставной системы, кардиолог – врожденный порок сердца – открытое овальное окно без гемодинамической перегрузки, открытый аортальный проток без гемодинамической перегрузки.

Был установлен следующий клинический диагноз.

**Основное заболевание:** туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный бронхолегочным поражением верхней доли левого легкого, верхушечного сегмента правого легкого, фаза инфильтрации, МБТ(-). Туберкулез верхнедолевого бронха слева, инфильтративный.

**Сопутствующие заболевания:** Порок развития легких?, бронхолегочная дисплазия. Ретинопатия 1 степени.

Было начато комплексное лечение. Противотуберкулезная химиотерапия по индивидуальному режиму: изониазид, рифампицин, пиразинамид, амикацин и левофлоксацин. С целью коррекции побочных эффектов противотуберкулезной химиотерапии ребенку с органическим поражением ЦНС и повышенными печеночными ферментами назначены витамин В<sub>6</sub> и карсил. Гормональная терапия – преднизолон 1 – 1,5 мг/кг в сутки в качестве патогенетической терапии при туберкулезе, для купирования бронхообструктивного синдрома и фонового токсического гепатита. Дезинтоксикационная инфузионная терапия проводилась глюкозо-солевыми растворами. Нутритивная поддержка: парентеральное и зондовое питание. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия: цефтриаксон+сульбактам, цефепим, кларитромицин, дорипенем, цефтазидим, ванкомицин. Противогрибковая терапия проводилась курсами флуконазола. С целью нормализации бронхиальной проходимости назначены ипратерол и зуфиллин.

19 мая 2017 г. была выполнена Эхо-КГ, которая выявила незначительное увеличение правого предсердия и правого желудочка. Признаки умеренной легочной гипертензии по косвенным признакам. Умеренная патологическая регургитация на трикуспидальном клапане. Незаращение боталлова протока.

УЗИ органов брюшной полости от 18 мая и 20 июля 2017 г. выявило увеличение размеров печени и селезенки. Очаговых изменений в почках не выявлено. Нейросонография проведена 22 июня 2017 г.: умеренное расширение ликворных пространств. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) от 12 июля 2017 г.: гастродуоденит.

Переносимость лечения ребенком была неудовлетворительной, все время регистрировался подъем уровней трансаминаз с синдромом цитолиза, в 8–10 раз превышающего норму. При отмене препаратов они снижались, но тоже не до нормы. Мы возобновляли лечение, на фоне которого была

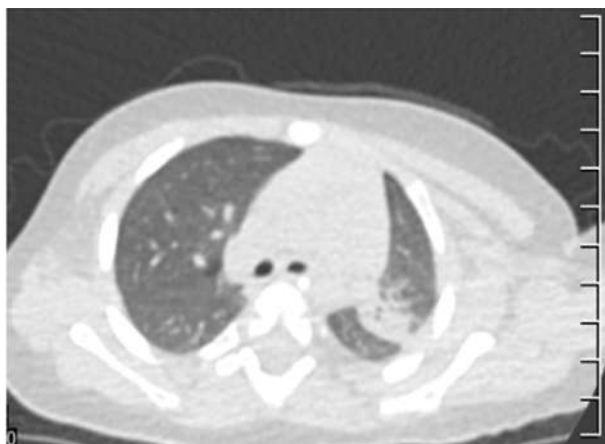


Рис. 8. КТ органов грудной клетки пациента Ж. от 14.06.2017 г.



Рис. 9. Рентгенография органов грудной клетки пациента Ж. от 04.08.2017 г.

отмечена положительная динамика. Ребенок за период госпитализации прибавил на 47,5% в весе, на 2216 г. Отмечено повышение воздушности верхних отделов левого легкого. Оно фактически восстановилось. При КТ органов грудной клетки динамику оценить можно более явно, видно, что по сравнению с апрелем у ребенка значительная положительная динамика, повышение воздушности верхних отделов левого легкого и значительное уменьшение его инфильтрации. Это видно на рис. 8 в сравнении с рис. 6а и рис. 9 в сравнении с рис 7.

Температура тела ко второму месяцу лечения снизилась до нормальных значений с тенденцией к легкому субфебрилитету. Уровень лейкоцитов крови также достиг нормальных величин, хотя и был на верхней границе нормы.

27.07.2017

Появились клинические симптомы острого ринофарингита, температура тела – 39,2°C. Уровень лейкоцитов –  $18,9 \times 10^9$ /л. СОЭ – 20 мм/ч. К лечению добавлен цефтазидим. 29 июня 2017 г. – температура тела 38°C с нарушением микроциркуляции (бледность, похолодание конечностей), тахикардия, тахипноэ. Возбуждение, судорожная готовность. Сохранялся высокий уровень печеночных ферментов: АЛТ – 253 Ед/л, АСТ – 272 Ед/л, общий белок 57 г/л, альбумин 24 г/л. 30 июля 2017 г. – температура тела 37,8°C. Проведена коррекция антибиотикотерапии – цефтазидим неэффективен, заменен на цефепим.

31 июля 2017 г. – температура тела 38,2°C. Уровень лейкоцитов –  $14,6 \times 10^9$ /л с палочкоядерным сдвигом, СОЭ – 40 мм/ч.

1 августа 2017 г. – температура тела 37,9°C со снижением к вечеру до 36,8°C. Прокальцитониновый тест более 10 нг/мл, заподозрен сепсис. Коррекция антибиотикотерапии: цефепим заменен на дорипенем.

2 – 3 августа 2017 г. – температура тела 37,2 – 36,8°C. Состояние стабилизировалось.

4 августа 2017 г. – прокальцитониновый тест нормальный. Печеночные ферменты – в 3 – 4 раза выше нормы. Сохраняется лейкоцитоз до  $21,4 \times 10^9$ /л и СОЭ - 30 мм/ч. К лечению дорипенемом добавлен ванкомицин.

9 августа 2017 г. – температура тела 37,4°C. Уровни трансаминаз – в 5 раз выше нормы. Лейкоцитоз сохраняется –  $19,3 \times 10^9$ /л. СОЭ возросла до 60 мм/ч. В лечении отменены ванкомицин и дорипенем, назначены цефтриаксон, сульбактам, флуконазол. Продолжена инфузионная терапия глюкозокалиевыми смесями. Частичное парентеральное питание. Симптоматическая терапия преднизолоном по 2,5 мг 2 раза в день. Состояние остается стабильно тяжелым.

11.08.2017

4:00 – резкое ухудшение состояния. Ребенок беспокоится, постоянно кричит. Начинается рвота съеденной пищей. Нарастание одышки до 66 дыханий в минуту, тахикардия – 180 ударов в минуту, сатурация – 98%, артериальное давление – 98/60. Дыхание проводится над всеми полями. Тоны сердца громкие, ритмичные. Диурез снижен, стимулирован фуросемидом.

5:15 – дальнейшее ухудшение, состояние крайне тяжелое. Ребенок вялый, гипотоничный, слабо реагирует на осмотр. Дыхание самостоятельное. Тахипноэ до 70 в минуту. Одышка смешанная. Тоны сердца громкие, ритмичные. Тахикардия



Рис. 10. Митральный клапан с вегетациями

до 190–200 ударов в минуту, сатурация – 96–98% на фоне инсуффляции кислорода через лицевую маску. Ребенок взят в реанимационный зал. Произведена оротрахеальная интубация трубкой 4 мм. Искусственная вентиляция в режиме нормовентиляции. Мониторинг витальных функций.

5:30 – отмечена остановка кровообращения, изолиния на мониторе. Начаты реанимационные мероприятия.

6:00 – констатирована биологическая смерть на 123-й день госпитализации.



**Ю.Г. Пархоменко,**  
заведующий патолого-анатомическим отделением ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2 ДЗМ»

При внешнем и внутреннем исследовании сердца каких-либо пороков не обнаружено. К моменту исследования артериальный проток и овальное окно были закрыты. На створках митрального клапана колоссальные наложения. Эти массы, практически плотно спаянные со створками, выстилали полость левого желудочка (рис. 10).

При микроскопическом исследовании обращают на себя внимание участки фиброза в правом нижнем углу (рис. 11). В левой половине рисунка – митральный клапан. По его краю – некротические изменения, воспалительная инфильтрация. И мощнейшее наложение фибрина. И, как показывает PAS-реакция, вся эта масса содержит громадное количество *Candida albicans*. При исследовании также выделена *Klebsiella pneumoniae*.

Легкие были тщательно исследованы. Каких-либо пороков обнаружено не было. Были найдены небольшие участки с очаговой пневмонией. Макроскопические и микроскопические исследования туберкулеза не выявили. Единственное, что могло говорить о остаточных посттуберкулезных проявлениях, – это фиброз и гиалиноз внутригрудных лимфоузлов.

При микроскопическом исследовании в легких обнаружили небольшие макрофагальные гигантоклеточные гранулемы. Вероятнее всего, это микотическое поражение. Также были найдены микотический тромбоваскулит, микотическое поражение бронхов. В миокарде очаги миокардита. Серозный менингит, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), фибрино-эритроцитарные тромбы в легких. Мелкоочаговые кровоизлияния в головной мозг. Очаговая гиперплазия

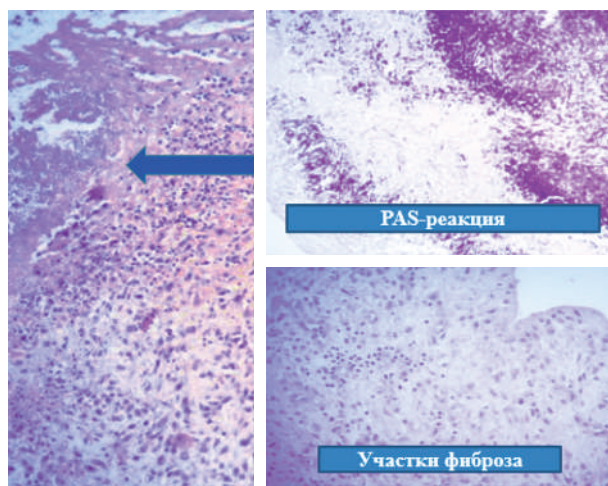


Рис. 11. Подострый эндокардит митрального клапана

селезенки – ее масса составляла 50 г, увеличена почти в 2 раза. Акцидентальная инволюция тимуса, масса – 9,3 г, в норме около 12 г. В результате исследования был выставлен патолого-анатомический диагноз.

**Основное заболевание:** подострый инфекционный и пристеночный эндокардит митрального клапана. Смешанная флора – бактериальная и грибковая; выделены *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans*; гистобактериоскопически при ШИК-реакции выявлена обильная грибковая флора. Прокальцитониновый тест – более 10 нг/мл; лейкоцитоз от 07.08.17 –  $34,6 \times 10^9$ /л.

**Осложнения:** сепсис с поражением легких, селезенки. Тромбоваскулиты и микотические эмболы в легких, микотическое эрозивно-язвенное поражение хрящевых бронхов, в том числе сегментарных, язвенные дефекты с микотическим обсеменением в толстой кишке и пищеводе. Септическая гиперплазия селезенки. Продуктивный миокардит. Реактивный гепатит. Серозный менингит. Мелкоочаговая двусторонняя пневмония. ДВС-синдром: фибриново-эритроцитарные тромбы в легких, стаз и микродиapedезные кровоизлияния в головном мозге, стаз эритроцитов в миокарде, фибриново-эритроцитарные тромбы в мягкой мозговой оболочке. Акцидентальная инволюция тимуса 3 степени. Отек головного мозга.

**Сопутствующие заболевания:** малые остаточные посттуберкулезные изменения. Внутригрудная лимфаденопатия 3 степени – по клиническим данным, по анамнестическим данным, роды от матери, страдающей генерализованным туберкулезом.

Заключение о причине смерти: смерть больного Ж., 8 мес, последовала от подострого инфекционного эндокардита смешанной этиологии – бактериальной и грибковой, осложнившегося сепсисом с развитием полиорганной недостаточности как непосредственной причины смерти.



**Т.А. Севостьянова,** заместитель главного фтизиатра – детский специалист фтизиатр ДЗМ

В связи с отсутствием медицинского наблюдения матери во время беременности и поздним выявлением у нее генерализованного туберкулеза не были проведены какие-либо мероприятия на дородовом этапе по предупреждению туберкулезной инфекции у ребенка. Такие женщины не должны самостоятельно рожать. Здесь прямое показание к кесареву сечению.

Плацента родильницы не была направлена на гистологическое исследование (преждевременные роды – 34 неделя, не обследовалась, женщина не наблюдалась у врача-гинеколога, преждевременные роды в анамнезе). Вакцинация БЦЖ не была выполнена по объективной причине – тяжелому состоянию ребенка. Курс химиопрофилактического лечения по контакту проведен не в полном объеме в связи с развитием гепатотоксической реакции.

На этапах выявления и диагностики туберкулеза не в полной мере был оценен риск перинатальной передачи туберкулезной инфекции от матери ребенку. При торпидно текущем бронхолегочном процессе на первых месяцах жизни своевременно не проведена дифференциальная диагностика с туберкулезом. Специфическая этиология поражения заподозрена спустя 4 мес от начала заболевания, на основании положительной реакции на туберкулин и результатов КТ органов грудной клетки от 29.03.2017, отсутствия эффекта от предыдущих курсов неспецифической терапии.

#### Выводы.

- У большинства детей, больных первичными формами туберкулеза, отсутствие бактериовыделения является типичной ситуацией и не позволяет однозначно исключить специфическую этиологию затяжного бронхолегочного процесса.
- Обследование выполнено в полном объеме. Имелись прямые показания к назначению специфической противотуберкулезной терапии, фактически – по жизненным показаниям.
- Терапия проведена в том объеме, который мог быть проведен, учитывая состояние ребенка.
- Установление диагноза туберкулеза было обоснованным как с эпидемиологических, так и медицинских позиций.



**О.С. Грознова,**  
ведущий научный  
сотрудник отдела  
детской кардиологии и  
аритмологии ОСП НИКИ  
педиатрии  
им. академика  
Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ  
ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
Минздрава РФ

Миокардит – это, наверное, один из самых трудных диагнозов в кардиологии. До настоящего времени не существует его однозначных достоверных диагностических признаков. «Золотым стандартом» для постановки этого диагноза является эндомиокардиальная биопсия, которая в России у детей проводится в единичных медицинских организациях и не является общедоступной. Для постановки диагноза «клинически подозреваемый миокардит» необходимо иметь как минимум один основной клинический критерий и один лабораторно-инструментальный критерий. Либо, при отсутствии клинических критериев, два лабораторно-инструментальных критерия.

Существуют 5 анамнестических показателей, позволяющих заподозрить миокардит. Это лихорадка более 38°C в течение 30 дней – у ребенка она была. Неонатальный период и возраст до 2 лет – этот показатель тоже подходит к нашему наблюдению. У миокардита есть два огромных возрастных пика. Первый – от 0 до 2 лет и второй – от 13 до 18 лет. На эти 7 лет приходится более 80% всех случаев миокардита. Остальные критерии – ранее уже предполагавшийся, но не подтвердившийся диагноз миокардита; положительный семейный анамнез по бронхиальной астме, аллергическим, аутоиммунным, токсическим заболеваниям; диагностированный миокардит или дилатационная кардиомиопатия в семье. У ребенка было два анамнестических критерия, которые наталкивали бы на этот диагноз.

Клинические диагностические критерии миокардита: большие критерии – кардиогенное синкопе, внезапная сердечная смерть; кардиогенный шок (фульминантный миокардит); появление сердечной недостаточности с длительностью симптомов от нескольких дней; инфарктоподобные симптомы без поражения коронарных артерий. Малые критерии: сердцебиение, атипичная боль в грудной клетке. Ребенку всегда ставился диагноз ДН, но точно понять на фоне тахикардии, была ли у него сердечная недостаточность, не представляется возможным. Этот критерий остается под вопросом. Вспомогательные критерии клинически, конечно, были. Это подострое появление одышки и правожелудочковой недостаточности.

В лабораторно-инструментальных диагностических критериях по миокардиту был один, но неоспоримый. У ребенка внезапно возникла полная блокада правой ножки пучка Гиса. Это продемонстрировано в выступлении доктора Г.В. Климова из детского туберкулезного филиала.

И конечно, должен был оказаться второй лабораторно-инструментальный маркер – Эхо-КГ. Не могу объяснить, почему при эхокардиографии от 19 мая 2017 г. не были замечены вегетации. Поставленный патологоанатомом диагноз подострого инфекционного эндокардита предполагает, что длительность процесса составляла 3 мес. То есть в мае эти вегетации должны были быть видны. Фактически они имели толщину 2 см и были спаяны со стенкой левого желудочка. Конечно, эхокардиография – очень субъективный метод. Он в большой степени зависит от опыта врача и от прибора, которым она была выполнена. Но при наличии дилатации правого желудочка и правого предсердия, признаков легочной гипертензии удивительно, что не было замечено никакой дисфункции. Поэтому фактически у ребенка был один неоспоримый лабораторный инструментальный критерий. Второй тоже был, как мы узнали из патолого-анатомического заключения, но он не был выявлен. И, наконец, лечение. При миокардите применение глюкокортикоидов категорически противопоказано. Ребенок длительно, месяцами, получал достаточно большую этих препаратов. В условиях септического процесса, инфекционного эндокардита, конечно, это ни к чему хорошему не привело.

#### **Выводы.**

- Имелись основания предполагать у ребенка инфекционный эндокардит и миокардит с апреля 2017 г.
- Неадекватное внимание уделено динамике ЭКГ и Эхо-КГ. Неадекватный диагноз привел к неадекватной тактике ведения больного.
- У врачей отсутствует адекватная настороженность по течению миокардита и инфекционного эндокардита.
- Ребенок должен был быть проконсультирован инфекционистом, потому что наблюдалось нетипичное течение заболевания, даже течение инфекционного эндокардита было не вполне типичным.

#### **Л.М. Печатников**

Подведем итоги. У ребенка развивается неспецифическая, бактериальная пневмония. Ее лечение проходит вполне успешно, ребенка выписывают, но он тут же возвращается в больницу с рецидивом. Начинается антибактериальная агрессия со стороны врачей, без целенаправленного изучения и антибиотиков, и флоры, на которую они действует. Врачи сами способствовали развитию кандидоза. Давайте не будем уходить от причины смерти. У ребенка на фоне первичного иммунодефицита при нашей активной помощи развился устойчивый к антибиотикам сепсис, от которого он и умер.

А то, что на эхокардиограмме не увидели митральный порог вегетации, не знаю, что у вас за аппарат такой? У вас плохой аппарат, так давайте мы вам купим хороший или заменим врача. Там фиброз – этим вегетациям по меньшей мере 2–3 мес.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

21.05.18

# РАК-НЕВИДИМКА

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы, прошедшей 21 мая 2018 г., было рассмотрено клиническое наблюдение пациента О., 45 лет, которой умер от рака легкого, осложненного очагово-сливной пневмонией и полиорганной недостаточностью.



**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 О., 1973 г. рождения, приписан к филиалу № 5 ГП № 22 с 1988 г.

Наиболее частыми причинами обращения в поликлинику были острые респираторные вирусные заболевания (ОРВИ), как правило, осложнявшиеся острым трахеитом, острым бронхитом и др., посттравматическая, подагрическая артропатия (2011 г.).

С 2012 г. наблюдался по поводу гипертонической болезни 3-й степени, риск 4, недостаточность кровообращения (НК) 1-й стадии; ожирение 2-й степени; нарушение толерантности к глюкозе. В феврале, декабре 2012 г. и в июне 2015 г. трижды перенес внебольничную левостороннюю нижнедолевую пневмонию. С 2012 по 2017 гг. неоднократно обращался в травматологический пункт филиала № 5 ГП № 22 по поводу бытовых травм.

В поликлинику обращался нерегулярно, отмечалась низкая приверженность к лечению и обследованию, не являлся на контрольную рентгенографию грудной клетки.



**В.А. Удалова,**  
заведующая филиалом  
№ 5 ГБУЗ «Городская  
поликлиника  
№ 22 ДЗМ»

21.01.2016

Пациент обратился к дежурному врачу-терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье; сообщил, что в последнее время стало повышаться артериальное давление (АД) до 200/100 мм рт. ст. При рентгенологическом обследовании выявлена левосторонняя нижнедолевая интерстициальная пневмония на фоне застойных признаков в малом круге кровообращения, кардио-омегалия. Пациент был направлен на срочную госпитализацию в Городскую клиническую больницу № 64 с направительным диагнозом: внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Снимок был передан с пациентом.

21.01.2016

Пациент О., 42 лет, находился в больнице им. В.В. Виноградова с 22 января по 29 января 2016 г. – 7 койко-дней.

При поступлении предъявлял жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней и стоп, увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно о длительном стаже табакокурения, хотя последние 5 лет не курит. В 2015 г. перенес пневмонию. Также в анамнезе мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит.

Состояние при поступлении средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Подкожный жировой слой выражен избыточно, распределение по абдоминальному типу. Отеки стоп, голеней. В легких дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, хрипы не выслушиваются. Сатурация кислорода – 95%. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 22/мин. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный. АД – 170/80. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 80/мин. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, асцита. Размеры печени увеличены на 2 см, по Курлову – 11, 9, 8 см. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Выставлен предварительный диагноз: гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4, концентрическая гипертрофия левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность 2Б стадии. Абдоминальное ожирение. Впервые выявленный сахарный диабет 2 типа (?), так как при поступлении в анализах крови было выявлено повышение глюкозы до 10 ммоль/л.

В анализах крови воспалительных изменений не отмечалось. Лейкоциты были в пределах нормы. Не отмечалось сдвига нейтрофилов. Также не отмечалось эритроцитарного сдвига, СОЭ – 12 мм/ч.

При рассмотрении представленного снимка данных за пневмонию не выявлено, и клиническая картина была расценена как проявление сердечной недостаточности.

При исследовании гликемического профиля выявлено повышение сахара во всех пробах, при проведении глюкозотолерантного теста через 2 ч глюкоза в крови 16,5 ммоль/л, что позволило подтвердить диагноз сахарного диабета 2 типа.



**М.Б. Буравлев,**  
заведующий 6-м  
кардиологическим  
отделением  
ГБУЗ «Городская  
клиническая больница  
имени  
В.В. Виноградова  
ДЗМ»

При эхокардиографическом исследовании обращало внимание расширение корня аорты, левого предсердия, правых отделов сердца при удовлетворительной сократительной способности левого желудочка. Также выявлялись признаки концентрической гипертрофии левого желудочка и аномалия развития створок аортального клапана с умеренной аортальной недостаточностью 3-й степени. Легочная гипертензия 1-й степени. При эзофагогастродуоденоскопии обнаружены признаки поверхностного гастрита и катарального бульбита. На основании проведенного обследования установлен клинический диагноз.

**Основной диагноз:** гипертоническая болезнь 3-й степени, риск 4, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка, мембранозный дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), укорочение левой коронарной створки аортального клапана, аортальная недостаточность 3-й степени.

**Осложнения:** хроническая сердечная недостаточность 2Б стадии с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, по классификации Нью-Йоркской классификации болезней сердца (NYHA) 3-й функциональный класс, гидроперикард, легочная гипертензия 1-й степени.

**Сопутствующие заболевания:** абдоминальное ожирение, сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, индивидуальный целевой уровень  $HbA_{1c}$  менее 7%.

Пациенту проведено лечение, направленное на коррекцию сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, углеводного обмена. На 7-е сутки пребывания в стационаре пациент был выписан по собственному желанию.

В течение марта 2018 г. больному О. дважды оказывалась скорая медицинская помощь с транспортировкой в медицинские организации.

07.03.2018 23:15



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

Первый вызов поступил 7 марта 2018 г. Поводом для вызова были повышение температуры до 39,5°C, головная боль, повышение АД. При осмотре пациент жаловался на слабость, кашель, озноб.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2-й стадии. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Хронический гастрит.

По словам пациента, ухудшение состояния продолжается 6 дней; появился кашель, температура тела повышалась до 39°C. Пациент лечился самостоятельно, в поликлинику не обращался.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, по шкале Глазго 15 баллов, температура тела 38,9°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Отеков нет. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Перкуторно – притупление легочного звука. ЧДД – 18/мин.

Органы кровообращения: ЧСС – 95/мин, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются.

Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Органы мочеиспускания: дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Нервная система: поведение спокойное, контактен. Чувствительность сохранена. Речь внятная. Зрачки OD=OS, обычные, фотореакция сохранена. Нистагма нет. Менингеальные и очаговые симптомы отсутствуют. Координаторные пробы выполняет.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 95/мин, нормальное положение ЭОС, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Терапия: раствор анальгина 50% – 2 мл внутримышечно.

После терапии АД – 160/90 мм рт. ст., ЧСС – 98/мин, ЧДД – 17/мин, температура тела 37,7°C, сатурация кислорода – 98%. Определены показания к медицинской эвакуации, больной доставлен в Университетскую клиническую больницу № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Предварительный диагноз – внебольничная нижнедолевая пневмония.

22.03.2018 22:19

Второй вызов поступил 22 марта 2018 г. Поводом были «перебои в сердце», АД – 190/100. Жалобы на кашель, одышку, чувство нехватки воздуха, повышение температуры тела до 40°C, тошноту, рвоту, затрудненное носовое дыхание.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное, по шкале Глазго 15 баллов, температура тела – 40°C, положение активное. Кожные покровы: сухие, горячие на ощупь. Гиперемия задней стенки глотки. Слизистые выделения из носа.

Органы дыхания: в легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые хрипы. Перкуторный звук притупленный в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД – 24/мин.

Органы кровообращения: пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, ЧСС – 150/мин, АД – 200/90 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Органы пищеварения: язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика активная. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Нервная система: поведение спокойное, контактен. Чувствительность сохранена. Речь внятная. Зрачки OD=OS, обычные, фотореакция сохранена. Нистагма нет. Менингеальные и очаговые симптомы отсутствуют. Координаторные пробы выполняет.

Терапия: катетеризация кубитальной вены слева, инсуффляция кислорода, раствор анальгина 50% – 2 мл внутривенно, моксонидин – 0,4 мг сублингвально, раствор энапа – 1,25 мг внутривенно, парацетамол – 500 мг внутрь.

После этого АД – 170/80 мм рт. ст., ЧСС – 125/мин, ЧДД – 23/мин, температура тела – 38°C, сатурация – 96%.

Определены показания к медицинской эвакуации, больной доставлен в приемное отделение ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» с предварительным диагнозом: двусторонняя нижнедолевая пневмония. Дыхательная недостаточность (ДН) 2-й степени. Острая респираторная вирусная инфекция. Гипертоническая болезнь 2-й стадии. Неосложненный гипертонический криз.

23.03.2018 01:24

Пациент О., 45 лет, доставлен скорой помощью в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева с диагнозом: двусторонняя внебольничная пневмония, ДН 2-й степени. Вызов скорой помощи был связан с ухудшением состояния больного на следующий день после выписки из Университетской клинической больницы № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, где он находился на лечении по поводу внебольничной сегментарной пневмонии верхней и нижней доли левого легкого с 8.03.2018 г. по 22.03.2018 г.

Из выписки Университетской клинической больницы № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова известно, что при рентгенографии органов грудной клетки от 8 марта 2018 г. и 19 марта 2018 г. у больного выявлена левосторонняя очагово-сливная верхнедолевая пневмония, на мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки от 21 марта



**Е.В. Тавлуева,**  
заведующая  
региональным  
сосудистым центром  
ГБУЗ «Городская  
клиническая больница  
имени Ф.И. Иноземцева  
ДЗМ»

2018 г. в нижней доле левого легкого описана инфильтрация легочной ткани по типу матового стекла. По результатам бронхоскопии с биопсией от 15 марта 2018 г. (цитология) клетки злокачественного новообразования не обнаружены, имелись признаки хронического атрофического трахеобронхита.

На момент поступления в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева состояние пациента тяжелое. Температура тела – 38,1°C. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, мокрые, холодные. В легких дыхание жесткое, резко ослаблено в нижних отделах. ЧДД – 25/мин. Сатурация – 75%. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. ЧСС – 130/мин. АД – 90/70 мм рт. ст. Сознание спутанное, дезориентирован.

При поступлении предварительный диагноз: двусторонняя тотальная пневмония с очагами абсцедирования в нижней доле справа. ДН 3-й степени. Интоксикационный синдром. Врожденный порок сердца (ВПС). Аорто-правопредсердная фистула. Недостаточность артериального кровообращения 3-й степени. Гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3. Недостаточность кровообращения, функциональный класс по NYHA 1-й степени. Хронический панкреатит, гастрит. ХОБЛ – смешанный тип по шкале GOLD 3 группа D. Нарушение толерантности к углеводам.

Пациент был сразу госпитализирован в реанимационное отделение, где тяжесть состояния по реанимационной шкале тяжести состояния больных APACHE 2 оценивалась в 25 баллов с расчетным риском смерти 53,3% (скорректированный расчетный риск смерти 73,6%). По поступлении в реанимационное отделение больной был сразу переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

Среди клинических показателей крови отмечались высокий уровень гемоглобина и признаки выраженной инфекционно-токсической реакции (лейкоцитоз – до  $23 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилез –  $20 \times 10^9/\text{л}$ ).

Несмотря на ИВЛ, сохранялись признаки выраженной гипоксии со снижением парциального давления кислорода в артериальной крови до 41 мм рт. ст. В биохимических показателях крови при поступлении выявлено повышение уровня АСТ, АЛТ, признаки поражения почек и инфекционно-токсической реакции (С-реактивный белок – 300 мг/л), повышение про-кальцитонинового теста выше 10.

Тяжесть состояния по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), которая используется для оценки органной недостаточности, риска смертности и сепсиса у пациентов в отделении интенсивной терапии, составлявшая при поступлении 6 баллов, в дальнейшем нарастала и к моменту смерти достигла 12 баллов.

Наряду с интенсивной терапией продолжался диагностический поиск причины отсутствия реакции пациента на проводимое лечение. У пациента были исключены ВИЧ, гепатит, туберкулез. Проводились бактериологические исследования биологических жидкостей пациента (табл. 1).

Таблица 1. Результаты микробиологических исследований

Материал	Результат	Дата
Бронхо-альвеолярный лаваж	<i>Staphylococcus aureus</i> – не обнаружен ПЦР <i>Mycobacterium tuberculosis</i> – не обнаружена <i>Candida albicans</i> – $10^6$ КОЕ/мл <i>Staphylococcus viridans</i> – $10^8$ КОЕ/мл	23.03.18
Бронхо-альвеолярный лаваж	<i>Klebsiella pneumoniae</i> – $10^6$ КОЕ/мл	03.04.18
Кровь из вены	<i>Staphylococcus epidermidis</i> – в норме	23.03.18
Моча	<i>Candida albicans</i> – $10^6$ КОЕ/мл	30.03.18

По данным КТ, при поступлении выявлены признаки двусторонней полисегментарной пневмонии с проявлениями деструкции справа, с постепенным расширением зон инфильтрации и деструкции (рис. 1, 2, 3).

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

**ЭхоКГ** от 28.03.18 г. Глобальная сократительная функция миокарда левого желудочка не нарушена. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) 63%. Выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка (межжелудочковая перегородка 19 мм, задняя стенка левого желудочка 17 мм). Нарушений локальной сократимости не выявлено. На момент осмотра видимые вегетации на митральном, аортальном, трикуспидальном клапанах не определяются.

**УЗИ органов брюшной полости** от 23.03.18 г. Размеры печени увеличены (ТЛД-78 мм), эхогенность повышена, структура диффузно неоднородная, сосудистый рисунок обеднен. Селезенка увеличена до 15 см, средней эхогенности.

Заключение: сонографическая картина гепатоспленомегалии, жирового гепатоза.

#### Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей:

- от 23.03.18 – без патологических изменений;
- от 04.04.18 – пристеночный тромбоз общей бедренной и наружной подвздошной вен.

**Консультации:** эндокринолог, уролог, фтизиатр, пульмонолог, клинический фармаколог, невролог, сосудистый хирург.

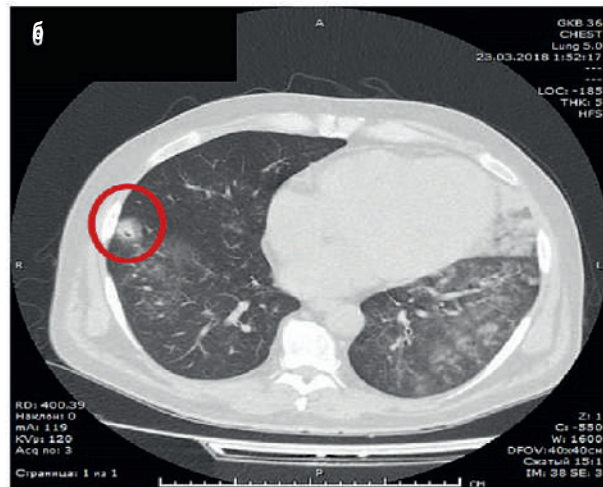
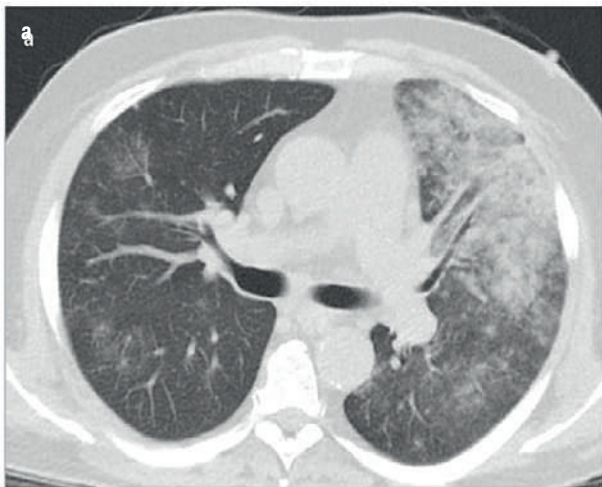


Рис. 1а, б. Компьютерная томография органов грудной клетки пациента О. от 23.03.18.



Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки пациента О. от 28.03.18.

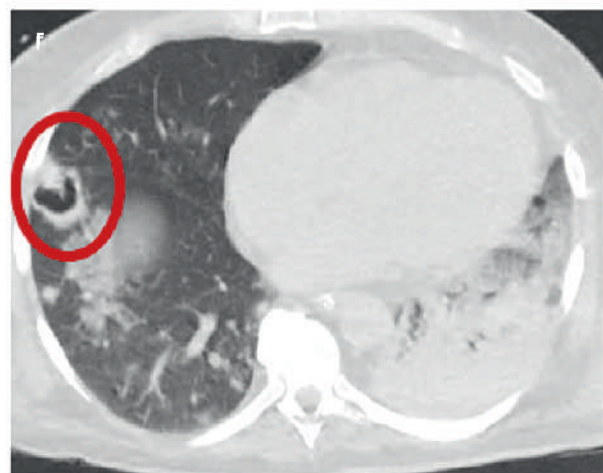


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки пациента О. от 06.04.18.

Также в связи с неэффективностью проводимого лечения была организована консультация главного внештатного специалиста-пульмонолога А.С. Белевского.

### Заключение А.С. Белевского

Характер патологического процесса в легких, преимущественно слева, недостаточно ясен. Рекомендовано провести пульс-терапию метилпреднизолоном 500 мг/сут внутривенно в течение 3 дней с КТ-контролем. Выполнить фибробронхоскопию, браш-биопсию или трансбронхиальную биопсию для получения материала для цитологии (гистологии) для дифференциальной диагностики с аденокарциномой легкого. Проводимую терапию на момент обсуждения менять нецелесообразно.

Рекомендации выполнены: 06.04.2018 проведена повторная КТ (см. выше), 05.04.2018 выполнена трансбронхиальная

биопсия; результат гистологического исследования № 11815 от 10.04.2018: признаки бронхита в стадии обострения.

Также были организованы консультации эндокринолога, уролога, фтизиатра, пульмонолога, клинического фармаколога, невролога, сосудистого хирурга.

Основное содержание проводимого лечения представлено в табл. 2.

В качестве возможных причин неэффективности проводимого лечения рассматривались:

1. тяжелая пневмония на фоне хронической алкогольной интоксикации;
2. наличие специфического процесса – исключены туберкулез, ВИЧ, гепатит;
3. наличие сопутствующих заболеваний, утяжеляющих течение пневмонии, – исключен инфекционный эндокардит;
4. онкологический процесс (аденокарцинома).

Таблица 2. Проведенное лечение пациенту О.

Характер терапии	Дата																	
	Март / Апрель																	
	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Аквапем 6 г/сут Левифлоксацин 1 г/сут	+	+	+	+	+													
Флуконазол 400 мг/сут						+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ванкомицин 1 г/сут Меронем 3 г/сут							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Заместительная почечная терапия											+		+		+		+	
Пентаглобин 5 мл/кг веса													+	+	+			
Метилпреднизолон 500 мг/сут														+	+	+		



Несмотря на проводимое лечение, состояние пациента прогрессивно ухудшалось и 10 апреля 2018 г. наступила смерть. Труп умершего направлен на патолого-анатомическое исследование со следующим клиническим диагнозом.

**Основное заболевание:** хроническая экзогенная интоксикация с полиорганными проявлениями, гепатит, нефрит, кардиомиопатия.

**Осложнения основного заболевания:** тромбоз ветвей легочной артерии, отек головного мозга, отек легких, печеночно-клеточная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, двусторонняя тотальная пневмония с очагами абсцедирования в нижней доле справа, сепсис.

**Сопутствующие заболевания:** ВПС, аорто-правопредсердная фистула, недостаточность аортального клапана (АК) 3-й степени, гипертоническая болезнь 2-й степени, риск 3, недостаточность кровообращения по NYHA – 1-й функциональный класс.

**Л.М. Печатников**, заместитель мэра Москвы по социальным вопросам

Зачем была указана в качестве основного заболевания хроническая экзогенная интоксикация с полиорганными проявлениями? Ведь, по сути дела, это означает, что пациент умер от пьянства.

**Е.В. Тавлуева**

Согласна, диагноз сформулирован некорректно.



**А.Б. Шорников**, заведующий патолого-анатомическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

По результатам вскрытия установлен следующий патолого-анатомический диагноз.

**Основное заболевание:** МКБ-10: С34.8, МКБ-О: М8252/3. Периферический рак легкого: гистологически – аденокарцинома со стелющимся типом роста, немучинозный, с тотальным поражением обоих легких (pT4N0M0).

**Осложнения:** очаговая сливная бронхопневмония во всех сегментах обоих легких

(бактериологическое исследование при жизни: *Candida albicans* – 10<sup>6</sup> КОЕ/мл, *Streptococcus viridans* – 10<sup>8</sup> КОЕ/мл. Фибринозный плеврит справа (200 мл). Паранеопластический синдром: пристеночные красные тромбы в общей бедренной и наружной подвздошной венах справа, гипергликемия (12,36 ммоль/л от 09.04.2018 г. – клинически). Синдром полиорганной недостаточности: дыхательная, сердечно-легочная, печеночно-почечная недостаточность (мочевина – 36,9 ммоль/л, креатинин – 326,2 мкмоль/л, общий белок – 61,5 г/л, альбумины – 12 г/л, гиперкалиемия – 5,4 ммоль/л от 09.04.2018 г. – клинически). Гидроторакс слева (200 мл), гидроперикард (50 мл). Жировая дистрофия миокарда и печени. Петехиальные кровоизлияния кожи плеч. Некротический нефроз. Отек головного мозга. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ 18 сут (с 23.03.2018 г. по 10.04.2018 г.), трахеостомия (03.04.2018 г.), повторные сеансы экстракорпоральной детоксикации.

Таким образом, пациент О., 45 лет, умер от периферического рака легких, осложненного очагово-сливной пневмонией с развитием в финале синдрома полиорганной недостаточности.

**Л.М. Печатников**

Что, по вашему мнению, было причиной очаговой сливной бронхопневмонии во всех сегментах обоих легких?

**А.Б. Шорников**

Считаю, что это параканкротная пневмония, то есть осложнение аденокарциномы легкого.



**А.С. Белевский,**  
главный внештатный  
специалист  
пульмонолог ДЗМ

на пневмонию: высокая температура тела, респираторные симптомы.

В результате КТ, выполненной 21 марта 2018 г. в Университетской клинической больнице № 4, описана картина «матового стекла». Однако при более внимательном рассмотрении – это

Хочу обратить внимание на то, что за время лечения больного в Университетской клинической больнице № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 8 по 19 марта 2018 г. рентгенологические признаки были абсолютно идентичными до и после лечения. С такой же рентгенологической картиной пациент поступил в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. При этом клиническая картина, судя по описанию, была действительно очень похожа

симптом «лоскутного одеяла», или «булыжной мостовой», вызывающий чрезвычайно сильное подозрение на аденокарциному. Эти инфильтративные изменения как бы собраны из нескольких кусочков, достаточно хорошо очерченных. При этом видно, как участки инфильтрации сливаются друг с другом. Первая КТ в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева трудна для интерпретации, но все же просматривается та же самая картина «лоскутного одеяла», или «булыжной мостовой», что и заставило заподозрить другое заболевание, скрывающееся за пневмонией.

Пациенту 5 апреля 2018 г. была проведена трансbronхиальная бронхоскопия, но почему-то справа, в то время как основные изменения наблюдались в левом легком. Трансbronхиальная биопсия вслепую не очень информативна и дает небольшие положительные результаты в плане выявления заболеваний. В этой ситуации криобиопсия, которая по точности сопоставима с оперативной биопсией, была бы более успешна, но эта диагностическая процедура в нашей стране пока проводится только в нескольких учреждениях. Необходимо подчеркнуть, что даже в самых тяжелых случаях следует добиваться окончательного верифицированного диагноза, чтобы дать шанс пациенту.

**Выводы**

В данном случае имела место недооценка рентгенологической картины заболевания в Университетской клинической больнице № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Тяжесть состояния и схожесть клинической картины с пневмонией затрудняли установление диагноза. Даже правильно установленный диагноз на этапе оказания помощи в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева не оказал бы влияния на исход болезни.

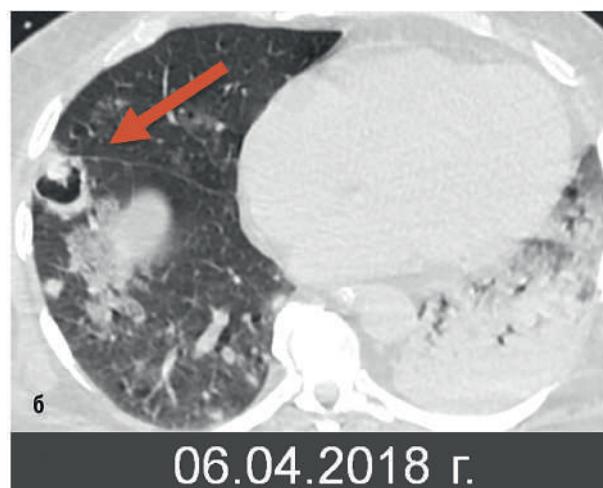
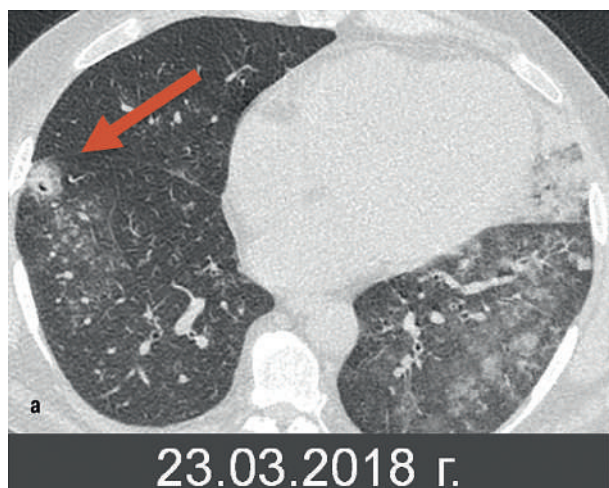


Рис. 4 а,б. Компьютерные томограммы пациента О. Отмечается отрицательная динамика на фоне проводимой терапии: нарастание плотности и распространенности изменений в легких, увеличение полости деструкции в S8 справа



**С.П. Морозов**, главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике ДЗМ

время лечения больного в Университетской клинической больнице № 4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, с 8 по 19 марта 2018 г.

Далее, 23 марта, при обследовании в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева была выявлена отрицательная динамика на фоне проводимой терапии с субтотальным поражением левого легкого. И это не только «матовые стекла», это типичные воздушные бронхограммы, что отражает поражение альвеол.

С 23 марта по 6 апреля нарастала плотность и распространенность изменений в легких и появилась полость деструкции справа в S8 (рис. 4а, б).

При такой динамике клинической картины заболевания необходимо проводить дифференциальную диагностику аденокарциномы *in situ* и пневмонии. Для аденокарциномы *in situ* характерны отсутствие патогномичных симптомов, скудность клинических проявлений на ранних стадиях заболевания и многообразие рентгеноанатомических форм.

При «пневмониеподобной» форме аденокарциномы наблюдается сегментарное или доленое уплотнение, «матовые стекла» и консолидация, ячеистая структура, которую профессор А.С. Белевский называет «булыжной мостовой». При этом в процесс могут вовлекаться оба легких.

### Выводы

По данным рентгенологического обследования и КТ, клиническая картина заболевания формально соответствует двусторонней субтотальной пневмонии с деструкцией в S8 справа.

При неоднократных пневмониях в нижней доле левого легкого (пациент на диспансерном учете с 2012 г.) ни разу не была назначена КТ органов грудной клетки.

В 2018 г. должна была насторожить выраженная отрицательная динамика по данным КТ органов грудной клетки, несмотря на проводимую терапию.

Анамнез пациента О., 45 лет, не укладывался в анамнез больного с рецидивирующей пневмонией. Об этом свидетельствуют результаты рентгенографии органов грудной клетки от июня 2015 г., указывающие на снижение пневматизации слева и нарастание инфильтрации по сравнению с этим исследованием в марте 2018 г.

Это также подтверждается полным отсутствием рентгенологической динамики за



**И.Е. Хатьков**, главный внештатный специалист онколог ДЗМ

поражение, раковая интоксикация и иногда кровотечение. В Москве увеличивается доля морфологического подтверждения диагноза в результате правильно выполняемой бронхоскопии и биопсии. Сейчас она составляет 84%, в то время как 5–6 лет назад была чуть больше 60%.

У 46% больных рак легкого выявляется на 4-й стадии с одногодичной летальностью. Причинами поздней диагностики являются скрытое течение заболевания и несвоевременное обращение за медицинской помощью.

Трудности диагностики у пациента О., 45 лет, были связаны с периферическим характером роста опухоли, длительным, латентным течением и тяжелым общим состоянием пациента в исходе, затруднявшим проведение диагностических процедур.

Возможными путями преодоления трудностей диагностики рака легкого у больного О., 45 лет, могли быть скрининг рака легкого с помощью низкодозной КТ легких и выполнение фибробронхоскопии.



**Д.Н. Проценко**, главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии ДЗМ

Интенсивная терапия и диагностические мероприятия, проведенные в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, выполнены в полном объеме,

Рак легкого у мужчин во многих странах выходит на первое место как причина онкологической заболеваемости и давно лидирует как причина смертности от злокачественных новообразований, в первую очередь, из-за поздней диагностики. Большинство случаев заболевания раком легкого (83,6%) наблюдается у мужчин. Причинами смерти являются метастатическое

поражение, раковая интоксикация и иногда кровотечение.

В Москве увеличивается доля морфологического подтверждения диагноза в результате правильно выполняемой бронхоскопии и биопсии. Сейчас она составляет 84%, в то время как 5–6 лет назад была чуть больше 60%.

У 46% больных рак легкого выявляется на 4-й стадии с одногодичной летальностью. Причинами поздней диагностики являются скрытое течение заболевания и несвоевременное обращение за медицинской помощью.

Трудности диагностики у пациента О., 45 лет, были связаны с периферическим характером роста опухоли, длительным, латентным течением и тяжелым общим состоянием пациента в исходе, затруднявшим проведение диагностических процедур.

В течение всего времени пребывания пациента О., 45 лет, в отделении реанимации проводился диагностический поиск с целью уточнения характера патологического процесса. Трудности диагностики были связаны с относительной редкостью данной формы рака, сложностью выявления опухолевых клеток, обусловленной особенностями его роста, развитием рентгенологической картины, похожей на пневмонию, а также запущенностью процесса и тяжестью состояния пациента.

Интенсивная терапия и диагностические мероприятия, проведенные в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, выполнены в полном объеме,

в соответствии с имевшимися клиническими проявлениями и современными методиками лечения пациентов с тяжелыми воспалительными заболеваниями легких.



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

Бронхиолоальвеолярная форма рака представляет собой первичную злокачественную эпителиальную опухоль, одну из разновидностей высокодифференцированной аденокарциномы легкого. Для этой формы рака характерна локализация в периферических отделах легкого с внутриальвеолярным ростом без существенного разрушения гистоархитектоники предсуществующей респираторной ткани. Также бронхиолоальвеолярный рак имеет склонность к формированию распространенных пневмониеподобных и диссеминированных форм поражения легких.

Эта редкая форма рака легких поражает плоский эпителий, выстилающий альвеолы и терминальные бронхиолы. В отличие от центрального рака легких, связь этой формы рака легких с курением не доказана.

В обсуждаемом наблюдении имелась макроскопическая картина с явно видимыми инфильтративными очагами диффузной субтотальной легочной ткани. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома легкого со стелющимся типом роста, немучинозная, макроскопически имитирующая бронхоневмонию.

В конечном итоге следует согласиться с тем диагнозом, который был сформулирован при патолого-анатомическом исследовании.

### Выводы

По результатам вскрытия и после проведения гистологического исследования, смерть больного О., 45 лет, наступила от редкой, трудно диагностируемой при жизни формы рака легкого – аденокарциномы со стелющимся типом роста, немучинозной (прежнее название – бронхиолоальвеолярный рак, немучинозный, пневмониеподобный) с тотальным поражением обоих легких, осложнившейся очаговой сливной бронхоневмонией.

Морфологических признаков ХОБЛ и хронической алкогольной интоксикации не обнаружено.

Имеется расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов, причиной которого является трудность диагностики и тяжесть состояния.



**А.Л. Мясников,** главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича ДЗМ»

Обсуждаемое наблюдение – это характерный пример низкого качества амбулаторной медицинской помощи больным хроническими заболеваниями. У больного О. в 2012 или 2013 гг., вероятно, уже был сахарный диабет (глюкоза – 7 ммоль/л), но ему устанавливали нарушение толерантности к глюкозе. Потом он начинал получать метформин в недостаточной дозе, но реально лечить его начали только в 2016 г. Уровень гликированного гемоглобина у него практически не контролировали. У него была артериальная гипертензия 200/100 мм рт. ст., а лечили его «гомеопатическими» дозами не очень эффективных гипотензивных препаратов. Таким образом, ни углеводный обмен, ни АД у этого пациента должным образом не контролировались. То есть это был пациент с ожирением, высоким АД, с сердечной недостаточностью, поражением почек, сахарным диабетом, рецидивирующей пневмонией. Говоря о рецидивирующей пневмонии, необходимо отметить, что наличие легочного фиброза в 7 раз повышает риск рака легкого. Такому больному была показана иммунизация пневмококковой вакциной.

Любому человеку, в любом возрасте, при рецидивирующей пневмонии, сахарном диабете, артериальной гипертензии, алкогольной зависимости показана иммунизация пневмококковой вакциной. Возможно, что в обсуждаемом наблюдении это могло бы снизить риск рака легкого.

Таких больных очень много, и такой подход к оказанию им первичной медицинской помощи очень характерен. Им назначают исследования на онкомаркеры, что совершенно бессмысленно, но не обеспечивают элементарного контроля и простейших профилактических мероприятий.

### А.М. Печатников

Исходя из результатов морфологического исследования и лабораторных данных, можно утверждать, что смерть наступила от сепсиса с полиорганной недостаточностью. Источником этого сепсиса, безусловно, была деструктивная пневмония, которая осложнила течение основного заболевания, рака легкого, который имел относительно доброкачественное течение.

Этот пациент был упущен на амбулаторном этапе, его должным образом не обследовали. В частности, применение флюорографии в качестве диагностического метода – это абсурд.

МОСКОВСКАЯ  
МЕДИЦИНА

Видеолекции



**ВИДЕОЛЕКЦИИ**

Часть 1

# ДИАГНОСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

Елена Ефимовна Петрайкина

# БОТКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

## МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА СО СТАЖЕМ

«Московская медицина» продолжает знакомить читателей с тем, как развивается столичное здравоохранение и растет качество медицинской помощи в медицинских организациях Москвы.



Меценат и промышленник, почетный гражданин Москвы, купец первой гильдии Козьма Солдатенков (1818–1901) в завещании распорядился выделить 2 млн руб. на постройку «бесплатной больницы для всех без различия званий, сословий и религий». Московское городское управление отдало в 1903 г. 10 десятин земли на Ходынском поле для ее строительства. Но официальное открытие больницы им. К.Т. Солдатенкова состоялось лишь в декабре 1910 г. Уже тогда эта клиника была многопрофильной – она была рассчитана на 505 коек и состояла из 12 лечебных корпусов, оснащенных самым современным на то время оборудованием.

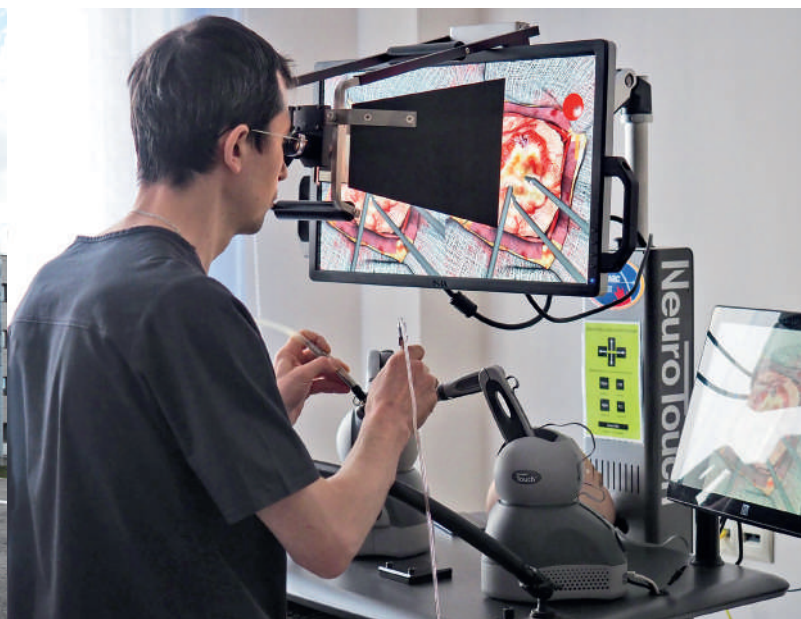
В годы Первой мировой войны часть новой больницы была отведена под госпиталь. В августе 1914 г. больницу посетил император Николай II с семьей.

В декабре 1920 г. в десятилетний юбилей больницы по решению Моссовета учреждение стало носить имя выдающегося русского врача, основоположника русской клинической медицины С.П. Боткина (1832–1889). Два года спустя в помещениях клиники профессор В.Н. Розанов выполнил операцию В.И. Ленину по извлечению пули из области шеи после покушения на него эсерки Ф.Е. Каплан. В Великую Отечественную войну больница выполняла

функции госпиталя, за сутки в нее поступали более 600 раненых и больных. За весь период войны в больнице получили медицинскую помощь свыше 43 тыс. военнослужащих. В 1947 г. Указом Верховного Совета СССР больница была награждена орденом Ленина.

Сейчас ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ» – это многопрофильный стационар, который занимает почти 14 га земли в Беговом районе Северного административного округа Москвы. Он расположен в 48 зданиях общей площадью около 200 тыс. кв. м, в них пациенты могут получить все виды специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. К их услугам более 50 отделений, в которых трудятся более тысячи врачей, из них 117 докторов медицинских наук (95 профессоров) и 280 кандидатов медицинских наук (150 доцентов), 5 врачей – членов РАН, 13 имеют звание «Заслуженный врач РФ».

В октябре 2015 г. на базе Боткинской больницы был открыт Медицинский симуляционный центр (МСЦ). Центр оснащен самым крупным в России на сегодняшний момент комплексом симуляторов высшего уровня реалистичности с современным программным обеспечением, интерактивным и медицинским оборудованием. Общее количество



оборудования – более 200 единиц. Компьютеризованная система мониторинга позволяет записывать учебный процесс и анализировать действия как отдельных специалистов, так и всей медицинской бригады.

С октября 2015 г. по май 2018 г. в МСЦ обучение прошли более 251 тыс. слушателей (специалисты практического здравоохранения Москвы, РФ и иных сфер профессиональной деятельности по различным профессиональным направлениям). На ежегодной Ассамблее «Здоровье Москвы» в октябре 2017 г. больница была признана лучшей многопрофильной клиникой по итогам городского конкурса в области

здравоохранения «Формула жизни-2017». В апреле 2018 г. МСЦ Боткинской больницы получил премию правительства Москвы в области медицины.

В 2018 г. в Боткинской больнице открыто новое направление – трансплантация органов и тканей. Врачи больницы выполняют трансплантацию костного мозга и роговицы, а за последний месяц успешно провели первую пересадку печени и 5 пересадок почки. Внедрение в Боткинской больнице такого важного направления, как трансплантология, стало возможным благодаря многопрофильности клиники, большому опыту и высокой квалификации врачей.



# ГКБ им. С.И. СПАСОКУКОЦКОГО

## ПОЛВЕКА В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

В самом начале 50-х годов прошлого века в живописном уголке столицы, юго-восточной части лесного массива лесопарковой зоны Тимирязевской сельскохозяйственной академии, было начато строительство Городской больницы №50. Официальной датой ее открытия считается 25 августа 1955 г., когда врач В.Л. Маневич принял в хирургическое отделение первого больного. Среди жителей окрестных районов больница получила название «полтинник».

К концу 1950-х гг. больница, располагавшая 330 койками, перестала удовлетворять запросам города, поэтому было принято решение расширить коечный фонд и создать крупное многопрофильное лечебное учреждение. В 1961–1962 гг. 3-й и 4-й лечебные корпуса вместимостью 600 коек поступили на баланс больницы. В них разместились 3 травматологических отделения, неврологическое, гинекологическое, урологическое, ЛОР-отделение и дополнительно организованы 4 терапевтических отделения.

В 1965 г. больница стала клинической базой Московского медицинского стоматологического института (ММСИ, ныне Московский государственный медико-стоматологический университет) им. Н.А. Семашко. В этом же году приказом Минздрава СССР больнице присвоено наименование «Городская клиническая больница № 50».

В 1967 г. в больнице открылось офтальмологическое отделение под руководством С.Н. Федорова, будущего профессора и академика, заведующего кафедрой глазных болезней ММСИ

им. Н.А. Семашко, основоположника отечественной офтальмологической хирургии, в том числе операций по пересадке искусственного хрусталика, создателя Межотраслевого научно-технического комплекса микрохирургии глаза.

В 1979 г. вступил в строй 5-й лечебный корпус, в котором разместились 2 гинекологических отделения на 125 коек и приемное отделение для 3 лечебных корпусов. В 1987 г. введен в строй семизэтажный 6-й корпус, в котором разместились отделения физиотерапии и лечебной физкультуры, функциональной диагностики, кабинет иглорефлексотерапии, две барокамеры, 4 терапевтических отделения, 2 неврологических отделения, кафедра внутренних болезней и кафедра неврологии. Также введены в эксплуатацию: приемное отделение с 15 диагностическими койками, пищеблок, переход, связавший все лечебные корпуса в единый больничный комплекс.

В 1990 гг. был проведен капитальный ремонт 1-го корпуса, в котором разместился новый консультативно-диагностический центр на 1000 посещений в день – сейчас к нему прикреплено 2,2 млн москвичей. В 1993 г. было открыто отделение ультразвуковой диагностики, оснащенное семью новыми ультразвуковыми диагностическими аппаратами, и отделение рентгеноударно-волнового дистанционного дробления камней. В том же году вступило в строй эндоскопическое отделение, оснащенное самой современной по тем временам аппаратурой.

В 1994 г. начало функционировать отделение рентгеновской компьютерной томографии. В нем были установлены 2 компьютерных томографа. В 1994 г. больницу возглавил В.А. Морозов. За десятилетие его работы в должности была обновлена материально-техническая база ряда отделений больницы, переоснащено современным оборудованием отделение функциональной диагностики, открыты отделения кардио- и нейрореанимации и введено в эксплуатацию четырехэтажное здание лабораторно-аптечного корпуса. Отремонтированы и оснащены операционные, приемное отделение, фасады корпусов и благоустроена территория. В 2015 г. в честь 60-летия больнице было присвоено имя выдающегося хирурга Сергея Ивановича Спасокукоцкого (1870–1943), создавшего советскую клиническую школу в области желудочно-кишечной и легочной хирургии. В 2018 г. начал функционировать филиал – обновленный родильный дом (ранее родильный дом № 27), рассчитанный на 100 коек и соответствующий мировым стандартам качества оказания акушерско-гинекологической помощи. В настоящее время ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого – многопрофильное лечебное учреждение на 820 коек, с 2015 года возглавляемое профессором, д.м.н. С.Ф. Турбуоровым. В больнице оказывают помощь пациентам с заболеваниями ЛОР-органов, гинекологическими и урологическими заболеваниями на современном оборудовании экспертного класса. Также представлен полный спектр хирургии органов брюшной полости. Более 80% оперативных вмешательств в отделениях хирургии выполняются лапароскопически. В отделениях хирургии, гинекологии и урологии применяется современная роботическая

система Da Vinci, с помощью которой оказывается высокотехнологичная медицинская помощь населению всей страны. Рассказ об истории больницы был бы неполным без исторического факта, о котором узнал весь мир. В воскресенье, 7 января 1962 г., в 11:10 скорой помощью в больницу в шоковом состоянии был доставлен после автомобильной аварии академик Л.Д. Ландау с множественными ушибами головного мозга, ушибленно-рваной раной в лобно-височной области, переломами свода и основания черепа, сдавлением грудной клетки, повреждением легкого, переломами 7 ребер и таза. Так началась тяжелая многодневная борьба за жизнь Л.Д. Ландау. После того как 22 февраля академики М.В. Келдыш, П.Л. Капица, Л.А. Арцимович настояли на расширенном международном консилиуме, были приглашены лучшие в мире нейрохирурги Зденек Кунц, Мари Гарсен, Жирар Гийо, Уайдлер Пенфильд. Осмотрев больного, они признались, что никогда не видели человека, выжившего с такими повреждениями. Профессор Гуго Глазер в книге «Новейшие методы медицины» дал высокую оценку нашим ученым-медикам, расценив случай с академиком Л.Д. Ландау как яркий пример успехов медицины, показавший высокую квалификацию врачей больницы и хорошую организацию неотложной хирургической помощи.

После аварии Л.Д. Ландау постепенно возвращался к своему нормальному состоянию и в 1968 г. был близок к возобновлению занятиями физикой. Академик умер 1 апреля 1968 г., через трое суток после операции по поводу непроходимости кишечника. Во время ее проведения был установлен тяжелейший диагноз – тромбоз мезентериальных сосудов.

Фотографии предоставлены пресс-службой ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого





DR. H. J. BIGELOW DR. A. A. GOULD DR. J. C. WARREN DR. W. T. C. MORTON DR. SAMUEL PARKMAN DR. GEORGE HAYWARD  
DR. J. MASON WARREN DR. S. D. TOWNSEND

*The First Public Demonstration of Surgical Anaesthesia  
Boston, October 16, 1846*

## 16 ОКТЯБРЯ 1846 ГОДА ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА

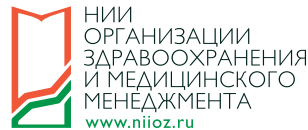
Первая официально зарегистрированная операция под наркозом прошла 16 октября 1846 г. в Массачусетской общей больнице. Операцию по удалению сосудистой опухоли подчелюстной области у 20-летнего художника Эдварда Эббота выполнил один из опытных хирургов больницы Джон Уоррен, анестезию проводил бостонский стоматолог Уильям Мортон, который использовал эфир в качестве обезболивающего средства в своей клинике и предложил испытать его метод при более серьезном оперативном вмешательстве.

Обезболивание оказалось эффективным и очень эффективным – операция прошла в полной тишине. Все присутствующие были ошеломлены, они привыкли к душераздирающим крикам пациентов. Один из присутствовавших, хирург Бигелоу, воскликнул: «Джентльмены, сегодня я видел что-то такое, что обойдет весь мир».

Он был прав – с необычайной быстротой известие об операции без боли облетело всю планету. В том же году английский хирург Листон под эфирным наркозом выполнил ампутацию бедра. В России первая операция под эфирным наркозом была проведена в Москве 7 февраля 1847 г. профессором В.И. Иноземцевым, а спустя неделю в Петербурге выдающимся хирургом Н.И. Пироговым, который провел удаление молочной железы у пациентки. Очнувшись через 8 минут после наркоза, больная спросила: «Почему не сделали операцию?»



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