

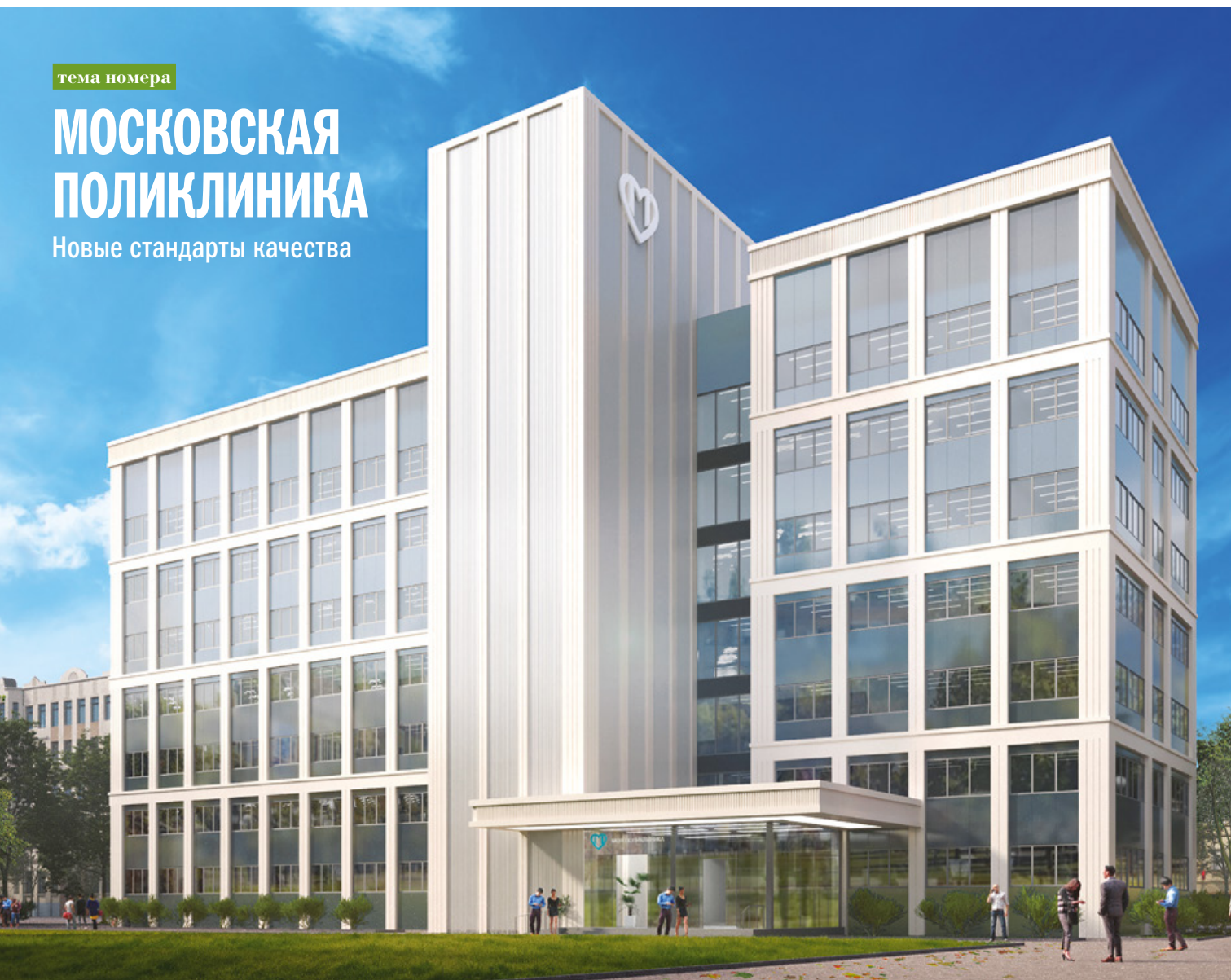
МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№1 (35) 2020

тема номера

МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Новые стандарты качества



От первого лица

Виктор Фомин: «Во всех вопросах, касающихся здоровья, врач общей практики должен быть первым, к кому идет пациент»

стр. 06

Оригинальная статья

Диспансеризация — 2020

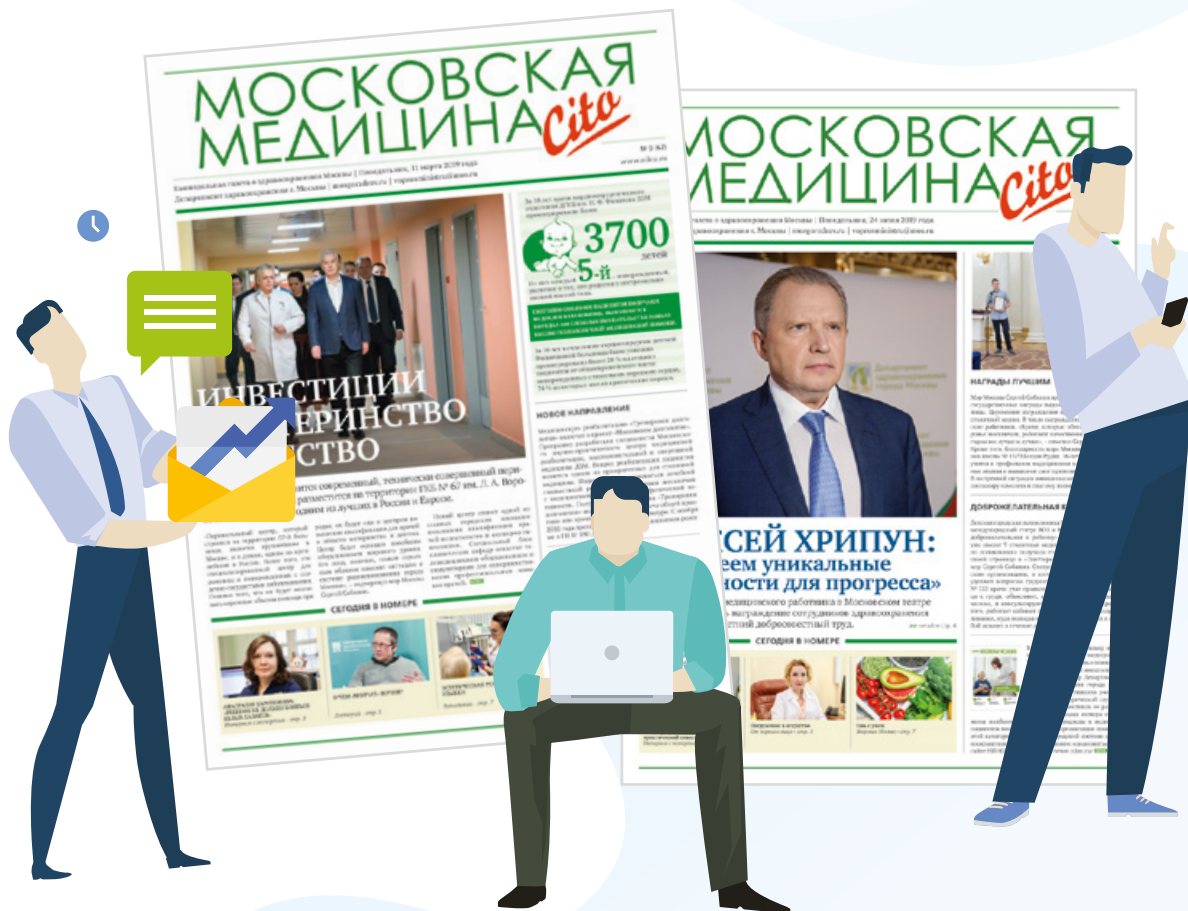
стр. 24

Обзоры

Корпоративные программы по укреплению здоровья трудоспособного населения Москвы

стр. 48

Еженедельная газета о столичном здравоохранении



МЫ ИНФОРМИРУЕМ О ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ МОСКОВСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЗДАЕМ МОДУ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»



Алексей Хрипун,

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

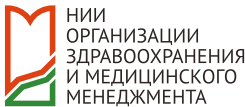
Амбулаторное звено — фундамент любой системы оказания медицинской помощи. При правильной организации процессов на его долю должно приходиться порядка 70 % объема всей оказываемой медицинской помощи населению. За последние несколько лет амбулаторное звено московского здравоохранения существенно нарастило технологический и кадровый потенциал. Реструктуризация сети поликлиник, новейшее оборудование и стационарзамещающие технологии, введение института ВОП, развитие кадрового потенциала, сервисы ЕМИАС — краеугольные камни в процессах развития и преобразования системы первичной медико-санитарной помощи в городе.

Выстроив фундамент современного амбулаторного звена, мы продолжаем работать над решением отдельных актуальных задач по совершенствованию оказания медицинской помощи отдельным категориям пациентов. Не первый год работает программа по ведению пожилых пациентов со множественной патологией, развивается в амбулаторной части паллиативная помощь, пристальное внимание уделяется вопросам профилактики заболеваний и стимулированию ведения здорового образа жизни москвичами, внедряются скрининговые программы, расширяется календарь прививок.

Без преувеличения можно говорить о формировании нового московского стандарта поликлиники — современной, технологичной, комфортной для пациента и персонала.

В рамках проекта «Московский стандарт поликлиники» был обеспечен единый подход к реализации мероприятий по повышению эффективности работы медицинских организаций, соблюдению требований к доступности медицинской помощи, повышению удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в медицинской организации. Результат — существенное повышение доступности самых «массовых» врачей — терапевтов, врачей общей практики и педиатров.

Нет сомнений, что эти показатели будут только улучшаться и пациент с удовольствием будет ходить в поликлинику не только тогда, когда обнаружит недомогание, но и в профилактических целях, оберегая свое здоровье, предупреждая болезнь.



Редакция журнала
«Московская медицина»:
 115088, г. Москва,
 Шарикоподшипниковская ул., д. 9
 niiozmm@zdrav.mos.ru
 Мнение авторов может
 не совпадать с позицией редакции

Журнал представлен в РИНЦ
 (Российский индекс научного
 цитирования)

Учредитель:
 Департамент здравоохранения
 города Москвы

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

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

Выпуск № 1 (35) 2020 г.
 журнала «Московская медицина»
 отпечатан 27 марта 2020 года

Отпечатано
 ИП Борзунов С.В., зак. 60356
 Тираж 10 000 экз.
 Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



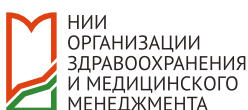
Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета **Леонид Михайлович Печатников**

Редакционный совет

- 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
- Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист-фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы
- Бордин Дмитрий Станиславович**, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог 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
- Загребнева Алена Игоревна**, главный внештатный специалист-ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
- Зайратьянц Олег Владимирович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии 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
- 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
- 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
- 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 и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы
- Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист-невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
 Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**
 Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**
 Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**
 Редактор: **Алина Дмитриевна Хараз**



The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:
Bldg. 9, Sharikopodshipnikovskaya str., 115088, Moscow
niiozmm@zdrav.mos.ru
The opinion of the authors may not coincide with the viewpoint of the editors.

Journal indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

Founder:
Moscow Healthcare Department

Publisher:
Research Institute Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media on April 28, 2014
Registration number
ПИ № ФС 77-57984

Issue # 1 (35) 2020
of the «Moscow Medicine» journal
printed on March 27, 2020

Printed by IP Borzunov S.V.
Ord. 60356
Circulation — 10 000 copies.
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670



Moscow Medicine

Chairman of the Editorial Board **Pechatnikov Leonid Mikhailovich**

Editorial Board

Andreeva Elena Evgenyevna, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city
Antsiferov Mikhail Borisovich, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department

Arutyunov Grigoriy Pavlovich, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department

Bogorodskaya Elena Mikhailovna, Chief External Expert in Phthysiology of the Moscow Healthcare Department

Bordin Dmitry Stanislavovich, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department

Bryun Evgeniy Alekseevich, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department

Vasilyeva Elena Yurievna, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department

Dubrov Vadim Erikovich, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department

Zayratyants Oleg Vladimirovich, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department

Zagrebneva Alena Igorevna, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department

Zelensky Vladimir Anatolyevich, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund
Kryukov Andrey Ivanovich, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department

Mazus Aleksey Izrailevich, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department

Manturova Natalya Evgenyevna, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department

Nikonov Evgeniy Leonidovich, Head of the Board of Management and Coordination of Activities of the Moscow Healthcare Department

Nazarova Irina Aleksandrovna, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors

Olenev Anton Sergeevich, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department

Ordzhonikidze Zurab Givievich, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department

Osmanov Ismail Magomedtagirovich, Chief External Expert in Pediatrics of the Moscow Healthcare Department

Plutnitsky Andrey Nikolayevich, Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region

Potekaev Nikolay Nikolayevich, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department

Pushkar Dmitriy Yuryevich, Chief External Expert in Urology of the Moscow Healthcare Department

Khatkov Igor Evgenyevich, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department

Khubutia Mogeli Shalvovich, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department

Shabunin Alexey Vasilyevich, Chief External Expert in Surgery and Endoscopy of the Moscow Healthcare Department

Shamalov Nikolay Anatolyevich, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**

Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**

Science Editor: **Natalia Nikolaevna Kaminina**

Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**

Editor: **Alina Dmitrievna Kharaz**

Содержание

- 1** Обращение руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна

От первого лица

- 6** **Виктор Фомин:** «Во всех вопросах, касающихся здоровья, врач общей практики должен быть первым, к кому идет пациент»

Инфографика

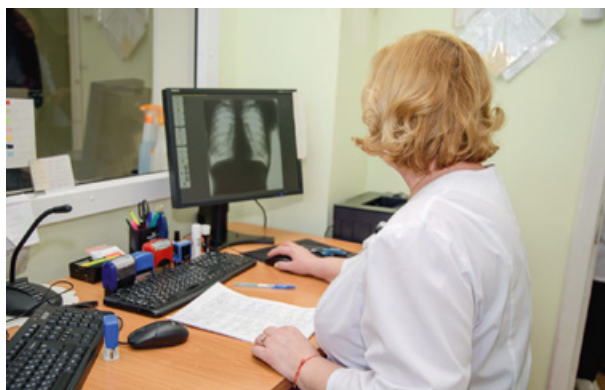
- 11** Московские поликлиники в 2019 году
17 Оснащение московской амбулаторной службы

Экспертное мнение

- 12** **Алексей Паламарчук:** «Мы же в Москве живем, здесь невозможно не применять самые новые технологии и подходы»
18 **Аркадий Верткин:** «Терапевт поликлиники — это агент национальной безопасности»

Оригинальные статьи

- 24** **С. И. Лазарева, Н. Г. Сугян, Л. Н. Осадчая**
Диспансеризация — 2020
32 **И. Н. Захарова, А. Л. Заплатников, Е. В. Ширданина, Т. М. Васильева**
Лабораторная информационная система как инструмент массового скрининга дефицита железа у детей и подростков
42 **Т. Ю. Шерковина, С. Д. Сметова**
Ударно-волновая терапия при тендините задней большеберцовой мышцы



Обзоры

- 48** **Е. И. Аксенова, Л. А. Ходырева, П. С. Турзин**
Корпоративные программы по укреплению здоровья трудоспособного населения Москвы
57 **А. С. Наумова, О. А. Тиганова, Л. И. Ильенко**
Периферическая лимфаденопатия у детей: взгляд онколога
64 **Д. Л. Клабукова, М. В. Давыдовская**
Внедрение международной терминологической базы MedDRA в практику фармаконадзора в Российской Федерации
70 **И. В. Богдан, М. В. Гурылина, Н. Н. Савва, С. Р. Ким**
Обзор мирового опыта организации паллиативной помощи детям: возможности для Москвы
84 **А. В. Севостьянов**
Сложности медицинского освидетельствования работников медицинских организаций

Переводная статья

- 90** **Г. Ирвинг, А. Л. Невес, Х. Дамбха-Миллер, А. Ойши, Х. Тагашира, А. Верхо, Дж. Холден**
Продолжительность приема у врачей первичной медицинской помощи в мире: систематический обзор по 67 странам



Contents

- 1 Address from Aleksey Khrypun, Head of Moscow Healthcare Department

First person view

- 6 **Victor Fomin:** “In Any Health Issue General Practitioner Should Be the First Person to Address”

Infographics

- 11 Moscow Ambulatory Care at 2019
- 17 Equipment of Moscow Ambulatory Care

Expert’s opinion

- 12 **Alexey Palamarchuk:** “Here at Moscow it’s Impossible to Avoid Using Newest Technologies and Approaches”
- 18 **Arkadiy Vertkin:** “A Therapist at a Local Ambulatory is a National Security Agent”

Original articles

- 24 **S. I. Lazareva, N. G. Suguyan, L. N. Osadtchaya**
Routine Checkup — 2020
- 32 **I. N. Zaharova, A. L. Zaplatnikov, E. V. Shirdanina, T. M. Vasilieva**
Laboratory Informaiton System (LIS) as an Iron Deficiency Screening Instrument among Children and Adolescents
- 42 **T. Yu. Sherkovina, S. D. Smekhova**
Extracorporeal Shock Wave Therapy for Treating Tibialis Posterior Tendonitis

Reviews

- 48 **E. I. Aksenova, L. A. Khodyreva, P. S. Turzin**
Corporate Health Promotion Programs for the Working-Age Population of Moscow
- 57 **A. S. Naumova, O. A. Tiganova, L. I. Ilyenko**
Lymphadenopathy in Children: an Oncologist's View
- 64 **D. L. Klabukova, M. V. Davydovskaya**
Implementation of the MedDRA International Terminology Base into the Pharmacovigilance Practice in Russia
- 70 **I. V. Bogdan, M. V. Gurilina, N. N. Savva, S. R. Kim**
A Review of the World Experience in Organizing Children’s Palliative Care: Opportunities for Moscow
- 84 **A. V. Sevostyanov**
Issues of Medical Examinations for Medical Personnel

Translated article

- 90 **G. Irving, A. L. Neves, H. Dambha-Miller, A. Oishi, H. Tagashira, A. Verho, J. Holden**
International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: a Systematic Review of 67 Countries



Виктор Фомин: «Во всех вопросах, касающихся здоровья, врач общей практики должен быть первым, к кому идет пациент»



О прошлом, настоящем и будущем достаточно новой для нас специальности — врач общей практики — размышляет главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения города Москвы Виктор Фомин.

Интервью: Алина Хараз

Фото: пресс-служба Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, НИИОЗММ ДЗМ

Виктор Фомин, профессор, проректор по клинической работе и дополнительному профессиональному образованию МГМУ им. И. М. Сеченова

— Как и почему возникло решение заменить привычных участковых терапевтов врачами общей практики? В чем суть перемены?

— Подобную практику можно назвать мировой. Если говорить о медицине в целом, технологии у нас все те же, что и в самых развитых странах мира. Кадры у нас, может быть, в чем-то даже лучше, определенные вопросы касаются именно организации медицинской помощи. При этом здравоохранение тех стран, на которые мы хотим быть похожи в этой сфере, не стационар-ориентированное, львиная доля нагрузки падает на амбулаторную службу. Следовательно, возникает вопрос: кто, какие кадры должны быть системообразующими? Для улучшения доступности медицины как поступить: подготовить великое множество разных специалистов — кардиологов, нефрологов, офтальмологов

и т. д. — и направить по поликлиникам или обучить врача-универсала, который ориентируется в разных специальностях и принимает решение, в том числе когда пациент должен уйти на другой этап лечения — в стационар или к специалисту, — и есть ли в этом необходимость. Опыт стран, которые я упоминал, свидетельствует, что решение проблемы не в умножении числа специалистов и их повсеместном распределении вместе с соответствующим оснащением, это, как минимум, затратно. Более того, ни для кого не секрет, что врач-нефролог или врач-кардиолог стационара или поликлиники — это разные врачи. И чем дальше врач-нефролог будет работать в поликлинике, тем больше будет этот разрыв. С этой точки зрения создание медицинских объединений, когда амбулаторное отделение присоединяется к стационару и осуществляется ротация — это очень здравая идея, но мы также понимаем, что хорошего стационарного врача, если он реально оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь, не отдаст ни заводделением, ни главный врач работать на амбулаторном приеме. Это очевидно. Нет смысла умножать количество специалистов



в амбулаторной службе, здесь нужны универсалы. И вот таким универсалом должен быть врач общей практики.

— Как это происходит в московских поликлиниках?

— Нам бы очень хотелось, чтобы в Москве наш врач общей практики действительно стал универсалом, но самое главное — компетентным в назначении грамотной схемы обследования, в ее интерпретации и в принятии вытекающих из этого решений. Он должен быть

нескольких лет это несоответствие мы ликвидируем. Сейчас, по существу, после 6 лет обучения выпускают терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, врача общей практики, которые могут работать в амбулаторных медицинских организациях. И они очень нужны в первичном звене, особенно в малых городах, сельских районах. Но нельзя ставить между вчерашними выпускниками и врачом общей практики, таким, каким он должен быть, знак равенства. Ему необходимо прохождение ординатуры, это должен быть очень компетентный



НЕТ СМЫСЛА УМНОЖАТЬ КОЛИЧЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЕ, ЗДЕСЬ НУЖНЫ УНИВЕРСАЛЫ. И ВОТ ТАКИМ УНИВЕРСАЛОМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

именно универсалом. С позиции пациента лично я вижу нашего врача общей практики примерно таким же специалистом, которым является general practitioner (GP) в Великобритании: по любым вопросам сначала идут к нему, и ему действительно верят. На офис врача общей практики возложены функции организации вакцинации и т. д. — по сути организация общественного здоровья. Если брать нашу систему здравоохранения, врач общей практики должен дать возможность заниматься стационарам — московским, федеральным, любым — теми пациентами, которые на самом деле в этом нуждаются.

— А что изменилось, если изменилось, в подготовке специалистов?

— Действительно, есть некоторое несоответствие между тем, кого мы выпускаем, и тем, чего мы ждем от врача общей практики. Понятно, что эту задачу мы не решим за год или за месяц, но в течение ближайших

врач. Срок реализации образовательной траектории подготовки врача общей практики, например, в той же Великобритании занимает 6 лет после получения диплома. То есть всего 12 лет. И когда говорят, что мы сделали шаг назад, сформировав эту систему, это заблуждение, мы сделали шаг вперед, мы хотим прийти к логике работы, как в тех странах, и куда не хотим, чтобы наши пациенты уезжали лечиться. Во всех вопросах, касающихся здоровья, здоровья семьи — он должен быть первым, к кому идет наш пациент. А поскольку на сегодняшний день, согласно федеральному закону № 323, пациент имеет право на выбор своего лечащего врача, в конце концов он будет «голосовать ногами». Когда мы подводили итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач» и изучали портфолио нашего победителя, врача общей практики Ольги Байкаловой из московской поликлиники № 121, очень впечатлило и количество отзывов пациентов о ней, и сами отзывы,

рукописные, многостраничные, искренние. Очевидно, что пациенты реально чувствуют в ней опору, она для них в медицине первая инстанция — так и должно быть.

— Есть какие-либо различия между семейным врачом и врачом общей практики? Разве «семейный» не подразумевает «детский» в том числе?

В нормативных документах, когда мы пишем «врач общей практики», в скобках ставится «семейный врач». Это удобно и оправдано. Но насколько нужно распростра-

что совсем не есть хорошо. Но если заболело ухо или что-то с глазом — уже, скорее всего, к врачу идти придется. Вот в сторону таких распространенных специальностей, по которым пациенты сами себе реже, к счастью, делают назначения, мы и расширяем компетенции врача общей практики. И именно это предусмотрено проектом профессионального стандарта. Но главное — врач общей практики должен уметь обосновывать и интерпретировать большее количество диагностических исследований, чем терапевт. На мой взгляд, это самое важное. Врач общей практики

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДОЛЖЕН УМЕТЬ ОБОСНОВЫВАТЬ И ИНТЕРПРЕТИРОВАТЬ БОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЧЕМ ТЕРАПЕВТ



нять компетенции врача общей практики в педиатрию — не готов ответить на этот вопрос. На мой взгляд, на ближайшие годы давайте посмотрим, как будет отлажена работа взрослой сети. Согласитесь, у нас традиционно очень достойно работает детская амбулаторная служба.

— Итак, на двери кабинета участкового терапевта поменялась табличка: «врач общей практики». А что фактически поменялось в компетенциях?

— Они стали шире. Больше знаний, например, в сторону неврологии, в сторону других наиболее востребованных медицинских специальностей. Вот, например, повысилось давление. Может, пациент к врачу и не пойдет. Тем более если он что-то читает, изучает, или он примет таблетки, которые пила бабушка от давления. Появился кашель — тоже может к врачу не пойти и сам себе назначить что угодно вплоть до антибиотиков,

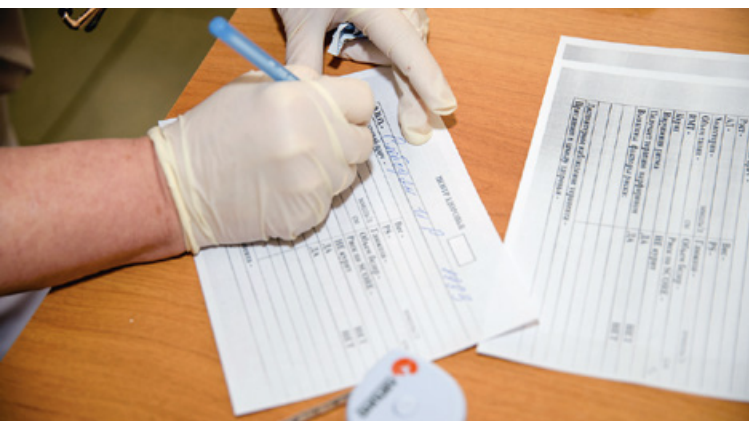
обязательно должен знать, что полые органы не видны в норме на УЗИ. Например, нет УЗИ кишечника, только если с контрастированием по особым показаниям. И если есть подозрение на болезнь кишечника, не нужно направлять на УЗИ. А если на УЗИ врач описал нечто в кишечнике, это уже не норма, и этим надо дальше заниматься. То есть основной массив работы — диагностика, но это не единственное направление. Не знаю, насколько сравнение корректное, но оно, по-моему, очень наглядное. В моделях машин есть переднеприводные или заднеприводные, а есть полноприводные версии, вот врач общей практики — это «полноприводная версия» врача.

— Звучит внушительно. Однако сейчас пока все же есть некоторое недоверие к специальности, бытует мнение, что это не совсем врач, диспетчер...



— В начале формирования любой новой системы негатива всегда больше, чем позитива. Причем негатив исходит в основном от тех, кто как не знал, где у него районная поликлиника и кто его участковый врач, так не знает и своего врача общей практики. Часто встречается выражение: диванный критик. Таких диванных организаторов здравоохранения тоже великое множество. Конечно, требуется время, пока эта система завоеует доверие, пока пациенты все это осознают и будут «голосовать ногами». Мало того, к врачу все равно идут, когда плохо. Поэтому абсолютного удовольствия и удовлетворения медицинскими услугами не будет, наверное, никогда. И известно, что недовольных амбулаторным медицинским обслуживанием обычно больше, чем недовольных пребыванием в стационаре. И это далеко не всегда вопрос качества медицинского обслуживания, это вопрос специфики.

станет объектом этой системы, если станет вообще. Уже сегодня очевидно: все, что касается здорового образа жизни, вошло в привычную реальность. Недавно слышал по радио, как анализировали рынок подарков к 8 Марта, оказалось, что всякие гаджеты и приспособления, связанные с ЗОЖ, стали более популярными, чем косметика. Все это значит, что пациент с врачом будут встречаться значительно реже. Так что, хотим мы этого или нет, период формирования позитивного информационного поля будет достаточно большим. Тем не менее уже сегодня изменения в наших поликлиниках действительно впечатляют, и пока они связаны не только и не столько с врачами общей практики. Вспомните поликлинику лет 10 назад, когда регистратура была будкой с окошком, защищенным оргстеклом с пропиленными дырками. Поликлиника стала другой, входная



ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МОСКОВСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ С ГОРОДОМ СТАЛО РЕАЛЬНЫМ ПАРТНЕРСТВОМ. **АМБУЛАТОРНАЯ СЛУЖБА – СЕГОДНЯ ЭТО ВПОЛНЕ УСПЕШНАЯ КАРЬЕРНАЯ ТРАЕКТОРИЯ**

— **Сколько потребуется времени, если учитывать зарубежный опыт? Какие прогнозы?**

— Я предполагаю, что об этой системе начнут говорить с позитивом где-то, наверное, году к 2024. Надеюсь, что нам это удастся. Дело в том, что старшая возрастная группа наиболее торпидна и в наименьшей степени принимает новую систему, хотя именно эта группа чаще остальных обращается к врачам. Ее представители в большинстве скажут последними, что все хорошо. С другой стороны — молодежь, она далеко не сразу

группа, регистратура, цветовая гамма, навигация — все стало другим, строятся новые поликлиники, улучшается доступность — это, конечно, еще в большей степени будет способствовать созданию имиджа. И плюс отдельно внимания заслуживает взаимодействие московских вузов с московской медициной. Мэр Москвы является председателем наблюдательного совета Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, и сегодня взаимодействие московских медицинских вузов с городом стало реальным партнерством. И вузы стали готовить студентов лучше, я думаю, именно по запросам Москвы. Выпускники тоже

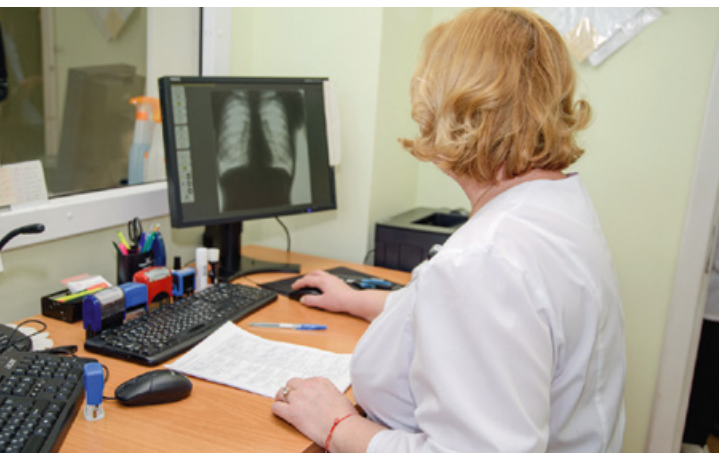
уже начинают понимать, что амбулаторная служба — это вполне успешная карьерная траектория.

— Какие-то особые личностные качества требуются для врача общей практики?

— Я не думаю, что требуются какие-то особые личностные качества — такие же, как и для всех других врачей. Другое дело, что у врача общей практики склад ума должен быть особым, он более лабильный, гибкий, потому что зашел пациент с одним диагнозом, через 12 минут — с другим... Не всем это по сердцу. Кому-то нужно обдумать, посидеть над исследованиями... ВОП должен быть в хорошем смысле экстравертированным, уметь эффективно выстраивать коммуникацию. Но главные

быть воспринято негативно? Проект «Московский врач» отчетливо показывает, что мотивация у наших специалистов есть. Есть желание тренироваться на симуляторах, развиваться в профессии, повышать компетенцию. Значительная часть пишет тесты более чем на 80%! Медицина достаточно консервативная специальность. Но время меняется, мир меняется, и запросы наших пациентов меняются не в сторону уменьшения, приходится соответствовать. Это не просто растущие запросы, они сопровождаются растущими возможностями.

— Земские врачи тоже ведь были по сути врачами общей практики, семейными



В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СХЕМЕ ОПЛАТА ТРУДА ВРАЧА ИДЕТ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГОЙ — ЗА ПАЦИЕНТОМ. ПОЭТОМУ ВРАЧ В ЭТОМ ЗАИНТЕРЕСОВАН

врачебные качества — эмпатия и все, о чем говорится в клятве Гиппократова — безоговорочно необходимы, как и всем остальным врачам.

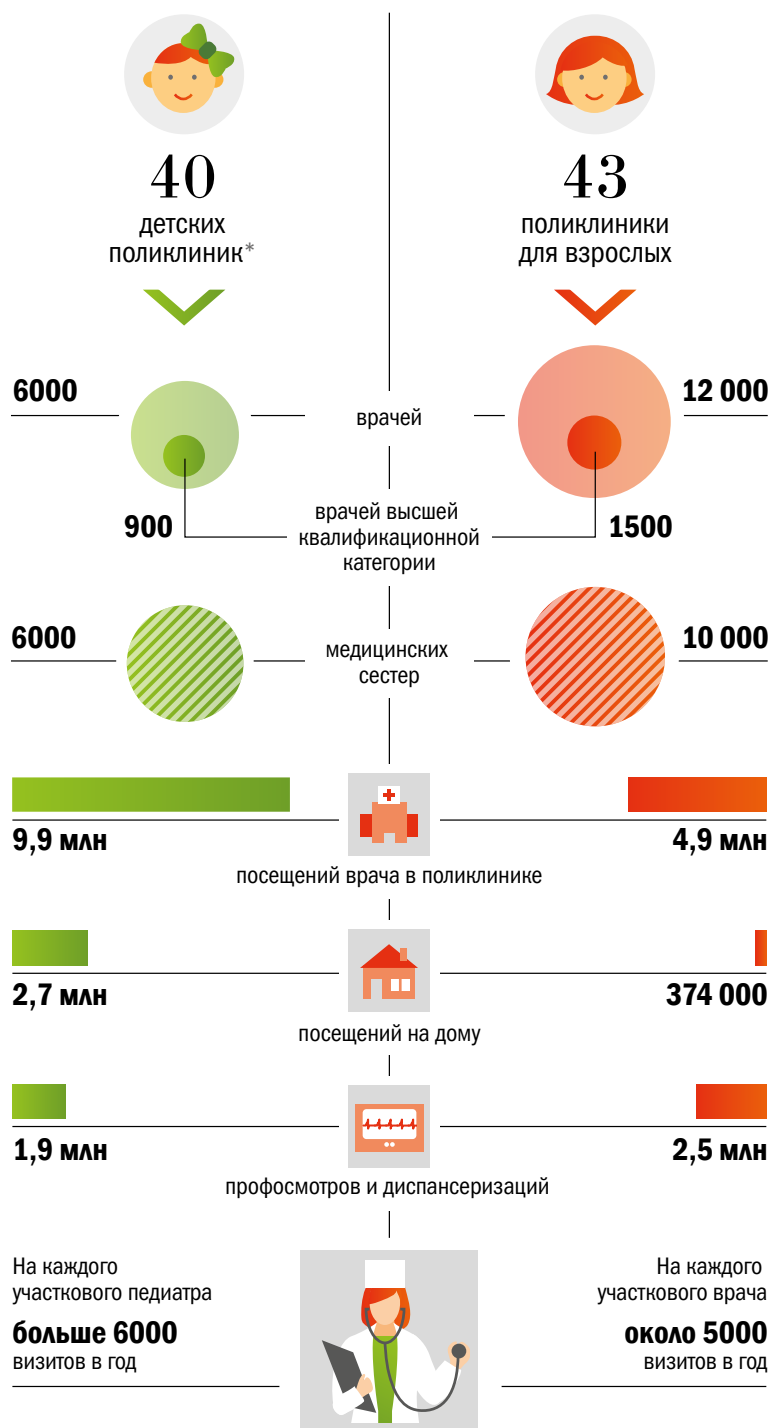
— Как сами поликлинические терапевты отнеслись к изменениям?

— На мой взгляд, сейчас созданы условия наибольшего благоприятствования. С расширением функций расширился и социальный пакет сотрудников. Дополнительно к заработной плате появляются надбавки, если врач работает с пожилыми пациентами, с больными хроническими заболеваниями, статус «Московский врач» можно получить через 3 года непрерывного стажа, а не через 5. Почему это должно

врачами, доступными в любое время. Если ВОП — первая инстанция, подразумевает ли это телемедицину, возможность связываться с доктором при необходимости через мессенджеры, например?

— Однозначно да. В действующей схеме оплата труда врача идет за медицинской услугой — за пациентом. Поэтому врач в этом заинтересован. И если раньше мы ставили барьеры перед пациентом, то теперь все наоборот. Более того, если в ситуации, когда раньше мы сразу вызывали скорую или неотложку, мы сначала будем советоваться с нашим врачом общей практики и уже вместе с ним принимать решение, это уже будет большая победа. ММ

МОСКОВСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ В 2019 ГОДУ



По данным Центра медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ

*Детское население обслуживают также смешанные детско-взрослые поликлиники

Алексей Паламарчук: «Мы же в Москве живем, здесь невозможно не применять самые новые технологии и подходы»



«Исцеляющая среда» — что это значит, из чего она формируется, как воплотится в повседневную реальность московских улиц. О масштабных архитектурных и дизайнерских переменах в московских поликлиниках рассказывает Алексей Паламарчук.

*Интервью: Алина Хараз
Фото: пресс-служба ДЗМ*

Алексей Паламарчук, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

— Термин «исцеляющая среда» скорее поэтический, чем прагматичный, и тем не менее это целая концепция в организации здравоохранения. Что в себя включает это понятие? Как воплощается в масштабной программе обновления московских поликлиник?

— Термин «исцеляющая среда» — всеобъемлющий. Это общемировая тенденция, тренд. Как мы все знаем, любое посещение врача, любой поход в поликлинику или больницу — это стресс. Задача архитекторов и дизайнеров (помимо медицинских специалистов, разумеется) — этот стресс минимизировать и создать более позитивный, доброжелательный образ медицинского учреждения, а само здание, в котором размещено медицинское учреждение, и снаружи, и изнутри сделать

комфортным, приятным для посещения. Важно, чтобы минимальными были затраты организма на борьбу с этим стрессом, а внутренние силы, ресурсы были по максимуму направлены на выздоровление. Таким образом, процесс исцеления будет идти гораздо быстрее.

Смена обстановки, внешнего облика, интерьеров, организации пространства поликлиник — вклад в развитие превентивной медицины. Важно, чтобы человеку было комфортно приходить к врачу, все это формирует позитивное отношение к заботе о собственном здоровье. Горожанин не будет тянуть до последнего, лишь бы не идти в поликлинику. Ведь важно не дожидаться, пока что-то заболит, а периодически проводить плановые осмотры, которые помогают предотвращать развитие тех или иных заболеваний или диагностировать их на ранней стадии, для того чтобы в дальнейшем избежать каких-то серьезных последствий.

— В чем конкретно будут заключаться эти перемены, из чего складывается «исцеляющая среда»?



— Предполагается, что «исцеляющая среда» будет окружать пациента на каждом шагу. Сначала — фасадные решения, затем — входные группы, организация внутреннего пространства, интерьерные решения, живые растения в кадках, соответствующие цветовые решения, правильное освещение. Комплекс всех этих факторов обеспечивает спокойное, психологически комфортное пребывание внутри учреждения. Плюс определенные удобства: кафе или буфет, удобная навигация, которая позволит быстро сориентироваться и найти нужный

— **Как все это будет воплощаться или воплощается в Москве, с огромным количеством в общем-то серых, мрачных, устаревших зданий, многомиллионным населением, бешеным ритмом жизни?**

— Без преувеличения беспрецедентная по масштабу программа на ближайшие несколько лет принята сегодня мэром. Если мы говорим о медицинских организациях, то с учетом нового подхода будет построено



ВАЖНО, ЧТОБЫ ЧЕЛОВЕКУ БЫЛО КОМФОРТНО ПРИХОДИТЬ К ВРАЧУ, ВСЕ ЭТО ФОРМИРУЕТ ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОТЕ О СОБСТВЕННОМ ЗДОРОВЬЕ

кабинет, потратив минимальное количество времени и эмоций. Это целый набор инструментов. Такие, казалось бы, мелочи складываются вместе с другими факторами в цельную картину восприятия происходящего.

В городе в сфере здравоохранения активное строительство шло в 1960–1970-е годы, и большинство объектов сегодня носит типовой характер. При разработке программы мы ориентировались на то, чтобы придать интересный, современный облик этим зданиям, работали над разными фасадными системами, с разными облицовочными материалами и в целом подобрали тот облик, который, по нашему мнению и по мнению многих специалистов, должен понравиться москвичам. Мы же в Москве живем, здесь невозможно не применять самые новые технологии и подходы. Очевидно, что внимание к внешнему облику — одно из требований времени, и, на мой взгляд, объекты социальной сферы, здравоохранения должны быть примером для остальных.

порядка миллиона квадратных метров новых зданий и отремонтировано более 500 тыс. кв. м только помещений поликлиник.

Все проекты утверждены и находятся либо в адресной инвестиционной программе, либо в адресном перечне, то есть это конкретные адреса, которые ждут реализации.

— **Что представляет собой существующая типовая застройка?**

— Если говорить о детских поликлиниках, это типовые трехэтажные здания площадью порядка 2000 кв. м, взрослые поликлиники — четырехэтажные здания общей площадью около 3200 кв. м. Капитальный ремонт ведется в зданиях, большинство которых типовой постройки. Однако есть и объекты культурного наследия, где особые требования и особый регламент к производству ремонтных работ.

— Что включает в себя капитальный ремонт? Он варьируется от здания к зданию?

— Требования ко всем зданиям, по сути, идентичные. Капитальный ремонт включает: фасадные работы, формирование входной группы, полную внутреннюю отделку (пол, потолки, стены, двери, окна, особое внимание

гипоаллергенные растения — это относится и к деревьям, и к кустарникам, и к цветам. Внутри поликлиник растения в кадках, естественно, тоже рассматриваются только гипоаллергенные.

— Капитальный ремонт и строительство будут идти одновременно?

ВНИМАНИЕ К ВНЕШНЕМУ ОБЛИКУ – ОДНО ИЗ ТРЕБОВАНИЙ ВРЕМЕНИ, И, НА МОЙ ВЗГЛЯД, ОБЪЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИМЕРОМ ДЛЯ ОСТАЛЬНЫХ



к освещению), частичную перепланировку помещений, замену всех инженерных сетей (вентиляция, кондиционирование, пожарная сигнализация, система видеонаблюдения, контроль доступа к кабинетам).

Важная составляющая — благоустройство прилегающей территории. При разработке концепции закладывалась система зонирования этой территории, т. е. обозначены зона для парковки специализированного транспорта, зона для прогулок, зона для активного отдыха (спортивная площадка), зона для отдыха персонала, куда сотрудники могут выйти, подышать свежим воздухом, пообщаться, если есть свободное время. На территории детских поликлиник — детские площадки, где ребенок может поиграть, провести время, опять же привыкнуть, что поликлиника — это совсем не страшно и даже весело, тем более у нас вообще территория поликлиник открыта для посещения. К зеленым насаждениям — тоже свои требования: в концепции благоустройства поликлиник мы применяем только

— В ближайшие три года будут построены более 30 новых поликлиник. Среди них и взрослые, и детские, и смешанные детско-взрослые. Это зависит от локации и потребности в том или ином виде медицинской помощи. Но первоочередная текущая задача — капитальный ремонт 135 поликлиник до 2024 года. В 2020 году на ремонт уходят 50 зданий.

— Когда завершится капремонт поликлиник, по какому графику они будут возвращаться в работу?

— Завершение базовой программы у нас как раз до 2024 года и рассчитано. Сюда входят все 135 поликлиник. На сегодняшний день по части поликлиник проектирование закончено, по части — еще продолжается процесс разработки проектной документации. Капремонт будет идти постепенно, мы же не можем в одночасье закрыть такое количество поликлиник. Очень важно создать минимальный дискомфорт жителям в период



проведения ремонтных работ. Сроки капитального ремонта у всех разные и в первую очередь зависят от площади: одно дело объект 2000 кв. м, и совсем другое — 8000 кв. м.

— Где будут наблюдаться и получать помощь пациенты поликлиник, закрытых на капитальный ремонт?

— Мы анализируем каждую поликлинику, которая закрывается на капитальный ремонт, заранее информируем жителей, в какой филиал их переводят, исходя из места жительства, удобства логистики, чтобы они могли получать все привычные и необходимые медицинские услуги в полном объеме в другом здании. Там устанавли-

чтобы все работало исправно и выдержало увеличенную нагрузку.

— Расскажите, пожалуйста, как разрабатывались новые стандарты поликлиник. За основу брались какие-нибудь мировые стандарты, правила организации пространства амбулаторий, проводились какие-то исследования?

— Мы анализировали международный опыт, различные практики Европы, Америки, Австралии, арабских стран. Конечно, в каждой стране своя специфика. Но мы постарались взять, по нашему мнению, лучшее, что существует, и адаптировать под наши требования. У



ВСЕ ПРОЕКТЫ УТВЕРЖДЕНЫ И НАХОДЯТСЯ ЛИБО В АДРЕСНОЙ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ, ЛИБО В АДРЕСНОМ ПЕРЕЧНЕ, ТО ЕСТЬ ЭТО КОНКРЕТНЫЕ АДРЕСА

ливаются адаптированный график работы медицинского персонала. Всю информацию об оказании медицинской помощи на время капитального ремонта можно найти на портале mos.ru, на сайтах медицинских организаций, по телефону справочной службы, информация есть даже на страничках поликлиник и врачей поликлиник.

Мы понимаем, что на период проведения ремонтных работ в здании будет повышенный трафик, больше пациентов. Понятно, что будет больше нагрузка и на само здание — инженерные системы, лифтовое хозяйство. Мы заранее их обследовали, провели и еще проводим в части поликлиник профилактические работы, для того

нас есть свои ГОСТы, своды правил, СанПиНы, которые, с одной стороны, ограничивают, а с другой — направляют. Но в первую очередь мы анализировали реальную инфраструктурную ситуацию — поток пациентов. Изучили самых востребованных специалистов, трафик пациентов в разные дни и часы, посмотрели, когда он максимальный, средний, минимальный. В соответствии с этим разработали планировки, по которым кабинеты с максимальной посещаемостью будут расположены на нижних этажах — первый-второй. Кабинеты с меньшей посещаемостью — выше. Административные кабинеты и помещения — на верхних этажах.

— А внутри самих кабинетов? Как все распланировано?

— Минимальная площадь кабинета врача у нас прописана в СанПиН. При капитальном ремонте мы проводим перепланировку, но все же ограничены габаритами здания. Поэтому на первый план выходит эргономика. Мы внимательно смотрим, как правильно должна быть расставлена мебель, где должен быть расположен стол врача, кресло, где необходимо установить стул для пациента, кушетку, инструментальный

— его надо полностью отопить, проветрить, организовать освещение, поддерживать в надлежащем состоянии все инженерные и конструктивные элементы, а это уже ложится на плечи самого учреждения. Наши учреждения работают в системе ОМС. У них определенное финансирование, в рамках которого они обслуживают свои здания и сооружения. Поэтому мы стараемся всегда подбирать именно оптимальные варианты, которые соответствуют и нашим пожеланиям, и нашим возможностям.

МЫ ПОСТАРАЛИСЬ **ВЗЯТЬ**, ПО НАШЕМУ МНЕНИЮ, **ЛУЧШЕЕ, ЧТО СУЩЕСТВУЕТ**, И **АДАПТИРОВАТЬ ПОД НАШИ ТРЕБОВАНИЯ**



стол, шкаф. Важно, чтобы врач тратил минимальное количество времени и минимальное количество шагов для наиболее эффективного взаимодействия с пациентом. Возьмем кабинет врача общей практики — их больше всего в поликлиниках. В процессе подготовки к капитальному ремонту мы проанализировали все существующие планировки. Выяснили, что у нас 8 типов таких кабинетов. И под каждый из них мы подобрали свою расстановку мебели, чтобы она была максимально эргономичной.

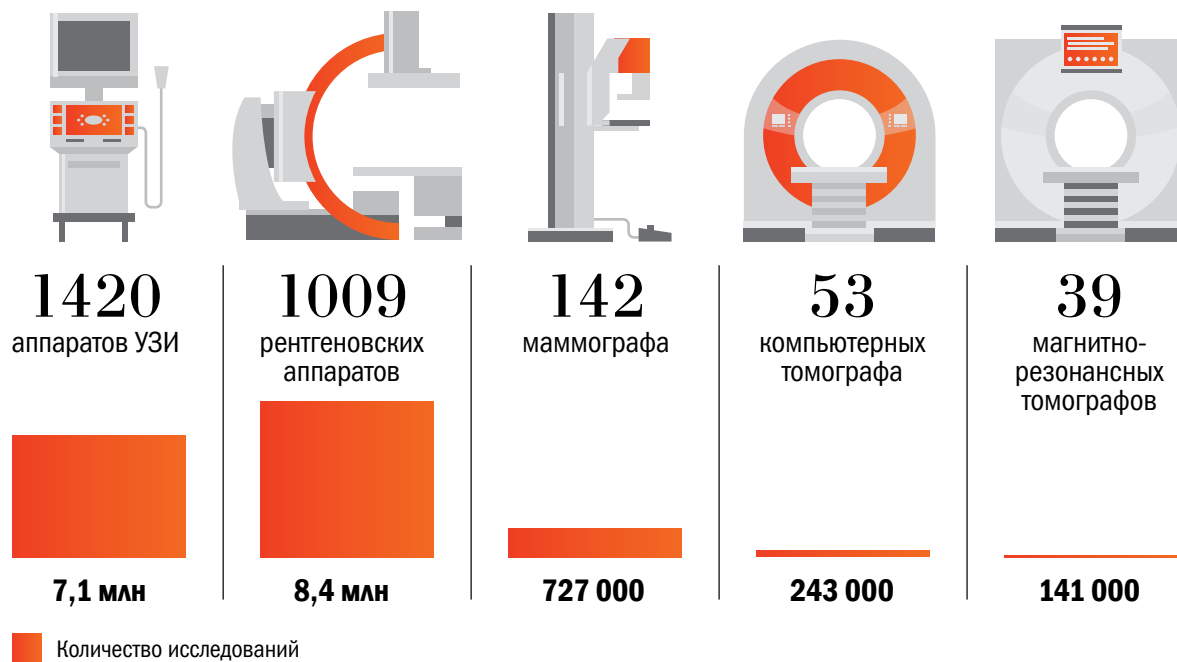
— В поликлиниках-новостройках кабинеты станут просторнее?

— При проектировании нового объекта, конечно, больше возможностей, чтобы творить и планировать. Но и они не безграничны. Ведь одно дело — построить объект и ввести в эксплуатацию, другое — непосредственно его жизнь и дальнейшее обслуживание. Чем больше здание, тем больше затрат на эксплуатацию

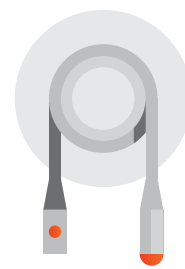
— Сегодня тренд — «здоровые» здания, экологичность, энергосбережение. Насколько это учтено в масштабной московской программе?

— Это тоже элементы понятия «исцеляющая среда». Мы применяем для ремонта и строительства только сертифицированные строительные материалы. Также «здоровое» здание подразумевает использование природных, спокойных цветов, пространства с максимальным естественным освещением — это большие окна, атриумы с вертикальным освещением, открытые пространства — все, что в целом позитивно влияет на пациента, создает комфорт, минимизирует стресс. При разработке проекта для нового объекта или объекта, уходящего на капитальный ремонт, мы все эти моменты учитываем и стараемся максимально реализовать. Мы очень надеемся, что облик и устройство обновленных зданий будет способствовать поддержанию здоровья и увеличению продолжительности жизни москвичей. ММ

ОСНАЩЕНИЕ МОСКОВСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В 2019 ГОДУ



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



316 000
эндоскопических
диагностических
исследований

По данным Центра медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ

Аркадий Верткин: «Терапевт поликлиники — это агент национальной безопасности»



Каким должен быть амбулаторный прием в первичном звене здравоохранения? Его прошлое, настоящее и будущее в видении Аркадия Верткина. В центре внимания — масштабный федеральный научно-образовательный проект для поликлинических терапевтов и врачей общей практики «Амбулаторный прием», главная площадка которого развернута на базе ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы.

Интервью: Алина Хараз

Фото: Екатерина Козлова; Институт амбулаторной терапии

Аркадий Верткин,
профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им А. И. Евдокимова, руководитель региональной общественной организации «Амбулаторный врач»

— **Аркадий Львович, почему вы, возглавляя университетскую клинику на базе стационара, создали проект, посвященный всесторонней подготовке врачей амбулаторного звена?**

— Вообще врач в поликлинике, особенно терапевт, — это агент национальной безопасности. И все, что есть сегодня в российском здравоохранении — и хорошее, и не очень, — начинается с первичного звена. Именно

туда пациент обращается в первую очередь. С этого места и начинается отсчет проблем. В нашем здравоохранении пока еще актуальна фраза: сколько врачей, столько и мнений. Дело в том, что врачи, сидящие в одном здании в соседних кабинетах, остаются разрозненными, и каждый диагностирует и лечит в меру своих представлений и знаний. Проконтролировать труд участковых врачей, просмотреть карты полутора тысяч больных, которые к каждому из них привязаны, проверить все это — просто невозможно. Так что очень многое в нашей жизни сегодня зависит от простого и скромного врача первичного звена.

— **Почему вы говорите об их разрозненности? Ведь все они учились в одних и тех же медицинских университетах у одних и тех же педагогов...**



— Потому что в медвузах очень много кафедр, которые рассказывают об очень разных болезнях, и далеко не все они ориентированы на амбулаторное ведение пациентов. У нас ведь только недавно появился акцент именно на амбулаторно-поликлиническую службу, и на сегодняшний день нет сформированной всеобъемлющей образовательной программы в наших университетах, нет алгоритма образования для поликлинических врачей. Это одна сторона вопроса. Но есть и другая. В первой половине минувшего столетия выдающийся

алкоголь, либо онкология. Дальше приходят возрастные болезни — сосудистые, респираторные, онкология сопровождает всю жизнь. В нашем Научно-практическом центре подготовки и непрерывного профессионального развития специалистов первичного звена МГМСУ имени А. И. Евдокимова на базе ГКБ имени С. И. Спасокукоцкого мы специальным образом оформили даже коридор. Он разделен на три зоны разного цвета, различаются по окраске и пол, и стены. Каждая зона отведена определенному возрасту: 30–50 лет,



КОНФЕРЕНЦИИ «АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ» ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ **РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТ ПО РАЗНЫМ ГОРОДАМ** РОССИИ. РАСПИСАНИЕ – НА САЙТЕ РОО «АМБУЛАТОРНЫЙ ВРАЧ»

отечественный интернист — профессор Максим Петрович Кончаловский резонно отметил: «Распыление в образовании ничего хорошего не дает, врачей нужно сконцентрировать на задачах, которые наиболее актуальны в конкретный период времени в конкретном месте». Перевожу на современный язык: терапевт в поликлинике не должен знать всю медицину, этого не нужно. Но он должен быть ориентирован в патологиях, которые составляют львиную долю в структуре инвалидизации и смертности населения, а также болезнях, которые «на потоке». И их не так много среди всего перечня заболеваний и патологических состояний: сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, болезни костей и суставов, социально детерминированные (иммунодефициты, алкоголизм, наркомания, инфекции и т. п.). Учить надо конкретным вещам. От чего умирают по молодости? Либо

50–70 лет и 70+. Левая стена посвящена женщинам, правая — мужчинам, и на территории того или иного возраста мы видим на стенах информацию, какие болезни в первую очередь присущи в данном возрасте мужчинам и женщинам. Вот когда врач идет на работу, у него в голове должна быть такая «инфографика». Нужно концентрировать образование так, чтобы контролировать именно то, что сегодня актуально. Третья амбулаторная проблема — маломобильные пациенты, которые находятся дома после инсульта, перелома шейки бедра, по причине старческого возраста и т. д. Им же тоже нужна медицина, не только социальная забота. Врачам необходимы какие-то «правила игры» в работе с такими пациентами. И мы провели исследование в нашей клинике: посмотрели, от чего умирают эти маломобильные пациенты в стационаре, и получили некий портрет этих людей, основные осложнения, вследствие которых они погибают. А это значит, что

у врача появилась возможность влиять именно на эти осложнения, лечить, а не разводиться руками. Четвертая проблема: диспансеризация.

— Разве это проблема?

— Это величайшее достижение. Но как быть с людьми, которые не диспансеризируются? С чего начать, какие анализы назначить? Это, кстати, полезно знать и пациентам. Мы проработали такую формулу: нужны анализы, без которых жить нельзя. Прямо по анало-

— Такой «интуитивно понятный» подход должен во многом упрощать работу участкового врача, но ведь часто жалуются, что 12 минут на прием — это все равно слишком мало. Вот как осмотреть больного за это время?

— На самом деле это должно быть очень просто. Эксклюзивный случай, когда не получается. Но нужен навык, методология амбулаторного приема, которой мы и обучаем. Первая четверть этой методологии: диагноз

«ДИАГНОЗ В ДВЕРИ» НЕ ТРЕБУЕТ ОСОБЕННЫХ СВЕРХЪЕСТЕСТВЕННЫХ ЗНАНИЙ И НЕОБЫЧАЙНОЙ ИНТУИЦИИ. ЭТА МЕТОДИКА ДОСТУПНА КАЖДОМУ ВРАЧУ



гии: без чего жить нельзя человеку? Без воды. Вода вливается и выливается, следовательно, необходимо проверить функцию почек, то есть анализ мочи, скорость клубочковой фильтрации. Без еды. Что такое еда? Глюкоза, гликозилированный гемоглобин, липидный профиль. Мы не можем жить без красоты — это цвет нашей кожи, то есть гемоглобин, билирубин. Без тепла — все, что связано с повышением температуры, то есть анализ крови с С-реактивными протеинами. Без воздуха. Много лет назад наш писатель-фантаст Александр Беляев написал книгу «Продавец воздуха». И вот мы действительно стали его «продавать» — в виде небулайзеров. Также используется искусственная вентиляция легких. Не хватает воздуха? Это одышка. Чтобы оперативно в ней разобраться, нужен натрий-уретический пептид. Таким образом, по этой понятной логике и набираются анализы, «без которых невозможно жить», они ее и отражают.

в двери. Открывается дверь, входит человек — у врача уже в голове должен быть диагноз.

— Как работает эта методология?

— В поликлинику приходят разные люди каждый день — худые и полные, молодые и старые, — и это уже разная медицина. У худых, с возможным недобором веса, — свой «рейтинг болезней», у полных, — свой. У молодых нет смысла искать возрастные болезни и наоборот. Пример: мерцательная аритмия. У нее 4 причины: ишемическая болезнь сердца, но человек должен до этого дожить, а если пришла молодая цветущая женщина, выглядит прекрасно, но глаза слегка влажные и широко раскрытые — ищите тиреотоксикоз, это вторая причина фибрилляции предсердий. А если в понедельник пришел мужчина после выходных с алкогольной кардиомиопатией — это тоже сразу видно. Пол, возраст, социальный статус — все это в значительной мере определяет



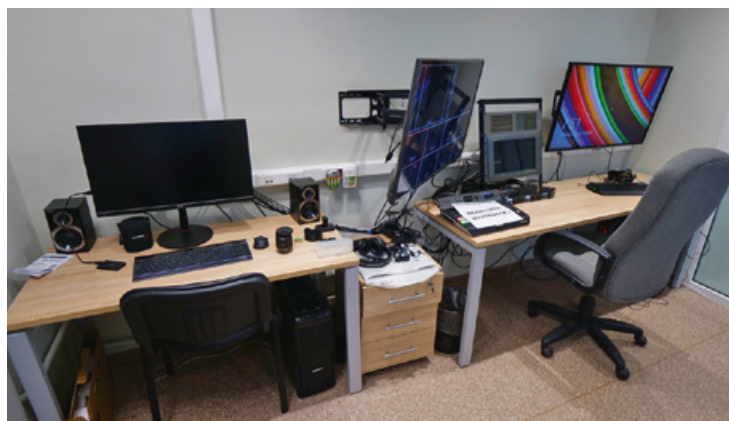
диагностический поиск врача. Мы проанализировали более 3000 патологоанатомических вскрытий людей разного возраста и разного пола и составили рейтинг болезней, от которых умирают больные. И этот рейтинг — большая помощь амбулаторному врачу. Он указывает: для женщин 50 лет характерны такие-то проблемы со здоровьем. И если в дверях кабинета женщина 50 лет, с вероятностью выше 90 % именно эти проблемы и привели ее сюда. Так что диагноз в двери не требует особенных сверхъестественных знаний и какой-то необычайной интуиции.

— Вы упомянули, что диагноз в двери — первая четверть эффективного амбулаторного приема, что еще?



— Допустим, уже известна болезнь. Врачу нужны клинические рекомендации. Но в среднем это 100–150 страниц... Следовательно, нужны клинические рекомендации, алгоритмы, которые будут не 100 страниц, а 3 и которые будут адаптированы именно для поликлиники. Мы этим активно занимаемся, издали к настоящему времени десятки таких алгоритмов. Отдельная история — кабинет врача. Каждый сантиметр рабочего кабинета должен работать на подсказку. Мы вывешиваем в поликлиниках по стране соответствующие вопросы, которые должен задать врач, чтобы не пропустить ни одно из тех социально значимых заболеваний, о которых я говорил. Вопросы, возможно, и банальные, но их необходимо задать. В качестве примера могу привести Тулу и Тюмень. Только лишь заставив (именно заставив) врачей задавать эти вопросы, в Тюменской области за полгода сумели добиться повышения выявляемости рака на ранних стадиях на 13 %.

А в Тульской области благодаря работе по нашим вопросам по теме воспалительная/невоспалительная боль в позвоночнике многократно увеличилось выявление больных с анкилозирующим спондилитом, болезнью Бехтерева. Я считаю, что подобные, тщательно отобранные вопросы вообще надо «забить» в систему ЕМИАС, чтобы невозможно было перейти на следующий этап, не получив ответы. И наконец, финал нашей методологии амбулаторного приема, наш уже ставший знаменитым диагностический круг, который всей стране сегодня известен. В центре круга — диагноз в двери. Кто пришел (молодой, пожилой и т. д.). Следующий круг — обязательные исследования. Те «жизненно необходимые», которые были перечислены, плюс ЭКГ, рентген, температура. Когда появляется сочетание содержимого пер-



вого и второго круга, появляются и болезни, которые чаще всего возникают. А на каждую болезнь на столе у врача должны лежать адаптированные под амбулаторный прием алгоритмы. Пришел среднего возраста человек, полный, диагноз в двери: инсулинорезистентность, лишний вес, возможны сердечно-сосудистые отклонения. Смотрим анализы: глюкоза повышена, на вопрос: пьете вы больше воды? — ответ: да. Все ясно: диабет. Открывается алгоритм и ведется больной по алгоритму. Вот такая одновременно простая и при этом обширнейшая программа.

— То есть все направлено на обобщение, алгоритмизацию, упрощение работы поликлинического врача?

— С одной стороны, да. Для него важно уметь концентрироваться на том, что на потоке, и на том, от чего умирают. С другой стороны, мы активно работаем на расширение

кругозора докторов первичного звена, но именно в актуальных для его работы направлениях. В нашем центре есть студия, где регулярно проходят вебинары. Мы разработали цикл вебинаров «Специалист — терапевту», поделенный на серии: «Инфекционист — терапевту», «Онколог — терапевту», «Ревматолог — терапевту», «Кардиолог — терапевту», «Дерматовенеролог — терапевту» и т. д. Причем по каждому направлению мы делаем завершенный цикл из 18–20 вебинаров, максимально, исчерпывающе покрывающий направление с точки зрения амбулаторного приема. В итоге наши врачи получают флешку, где записаны все эти выступления первых лиц страны. Их можно смотреть и слушать дома на кухне, в машине, в перерыве на работе, даже если нет интернета. Когда я был молодым, огромной попу-

практике врача», «Оптимизация амбулаторного приема» и очень важное — «Пропедевтика внутренних болезней». По каждому из направлений много выпусков уже есть и готовятся новые. Важно, что все эти программы мы составляем по заявкам наших слушателей — «Анализ крови», «Лимфаденопатия» и т. д. — то, что реально востребовано сегодня.

— Можно ли утверждать, что исключительно прикладные аспекты медицинских знаний имеют значение для работы амбулаторного врача?

— Не совсем. Все эти алгоритмы, диагноз в двери — это инструменты, которыми он оперирует. В основе — медицинская база. А основа основ — анатомия. Это чрезвы-



ДАЖЕ КОРИДОР В ЦЕНТРЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА – УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. В ТРЕХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ЗОНАХ РАЗНОГО ЦВЕТА – ИНФОРМАЦИЯ О СПЕЦИФИКЕ БОЛЕЗНЕЙ В ОПРЕДЕЛЕННОМ ВОЗРАСТЕ: 30–50 ЛЕТ, 50–70 ЛЕТ И 70+

лярностью пользовалась «Библиотека практического врача» — маленькие книжонки карманного формата. И мы сейчас сделали новую аналогичную библиотеку для амбулаторных терапевтов, тоже в карманном формате. И все они начинаются одинаково: «Больной с ... (желтухой, лимфаденопатией, болями в животе и т. д.) пришел в поликлинику». И дальше — подробный алгоритм ведения пациента. Эта библиотека есть и в электронном формате. Также мы придумали «маршруты образования», по аналогии с маршрутизацией пациентов. Сегодня у нас четыре серии: «Как осмотреть больного за 15 минут», это абсолютный хит, «Основные симптомы и синдромы в

чайно важная часть, которая зачастую заканчивается для амбулаторного врача на втором курсе вузовского обучения. А между тем, если врач не понимает, из какого отдела сердца выходит тот или иной сосуд, не понимает разницы между правым и левым «флангами» кишечника, что впадает в двенадцатиперстную кишку, лечить человека невозможно. А что такое анатомия? Это патологоанатомические вскрытия, которые, к сожалению, в амбулаторной практике не распространены, как и сами патологоанатомические конференции. Если не будет вскрытий, то медицина деградирует. У нас есть серия вебинаров «Патологоанатом — терапевту»,



где разговор ведет главный московский патологоанатом — профессор Олег Вадимович Зайратьянц. Все наши конференции, все наши школы для амбулаторных специалистов начинаются с клинко-анатомической конференции. Ведь патологоанатом — конечная инстанция, он объясняет нам, были мы правы или нет, и указывает на ошибки.

Также, если говорить о фундаментальном образовании, в нашем центре ведется еще одно очень интересное и важное направление. Вот, например, Мацуев, Спиваков — они могли бы достичь высот и мировой славы, если бы не знали Чайковского, Рахманинова, Мусоргского, Даргомыжского, Глинку? Очевидно, что нет. А как можно стать хорошим врачом, не зная имен Плетнева, Кончаловского, Этингера, Захарьина, Мудрова, Сиротинина, Образцова и иже с ними? Та великая русская медицина — это великая мировая медицина. Я по всей стране собираю старые прекрасные книги. И мы переводим их в электронный формат, создаем библиотеку на дисках. Ведь у них тогда не было УЗИ, компьютеров, алгоритмов — только диалог с больным, руки, глаза... При этом просто рассказывать, что был такой виртуозный мастер диагностики Дмитрий Дмитриевич Плетнев, конечно, нужно, но... Со мной работает гример одного из ведущих московских театров. Он меня гримирует под этих великих терапевтов прошлых лет. И я уже в таком образе, от первого лица в нашей студии рассказываю о «себе», о «своих» учителях, учениках, пациентах, о трудах. У нас на сайте уже целая галерея — больше 40 образов великих терапевтов. И наши слушатели не только лучше воспринимают всю эту историю, они чувствуют свою причастность к традиции.

— Какой должна быть по вашему мнению идеальная амбулатория (поликлиника)?

— Если отложить в сторону организационные вопросы, которыми я не занимаюсь, идеальная амбулатория — это образованный поликлинический терапевт, который нацелен на определенные распространенные и актуальные патологии. Он должен четко понимать, когда и к какому специалисту надо направить больного и надо ли его госпитализировать, он не должен ломать над этим голову. Другая сторона — нужны школы для пациентов. Если больные образованные, их намного легче лечить. А вообще, одна из самых понятных идей — университетские клиники. Сегодня они все созданы при больницах. А нужны университетские клиники и в поликлиниках. Чтобы кафедра была на территории амбулаторного приема, чтобы профессор проводил летучки, доцент отвечал за регулярные

клинко-анатомические конференции, ассистенты ходили бы по кабинетам и помогали — нужна полноценная ординатура. Сегодня после окончания института выпускник идет в поликлинику и сразу попадает в круговорот. Поэтому и нет единообразия, необходимого при работе на потоке пациентов. Нужен нормальный, понятный амбулаторный прием. И мы все это сделали без дополнительных затрат: посмотри на больного и сразу поймешь, что с ним, это видно. Нужен рейтинг болезней по полу и возрасту, чтобы все было структурировано, доступно, и не было нужды задавать лишние вопросы. Я обратил внимание: наши люди, когда эмигрируют в Германию или куда-то еще, звонят и говорят: да тут медицина жуткая, с больными никто не разговаривает, а вот в России можно поговорить с доктором, это же хорошо... Но те-то живут дольше, может, надо все же меньше разговаривать?

— Врачи активно включаются в вашу программу? Она же не является обязательной?

— Обязательной она не является. Но я вижу, что наши вебинары набирают очень много просмотров как в прямом эфире, так и в записи. Это значит, что они востребованы. На наших очных конференциях, которые мы проводим по всей стране, по 350–400 человек каждый раз в зале сидят. Я приглашаю известных и уважаемых в медицинской среде клиницистов — академиков и профессоров, встречи получаются насыщенные и интересные.

— Начисляются баллы в системе непрерывного медицинского образования?

— Баллы в значимом количестве начисляются за участие в очной конференции — 6 баллов. В Москве такие мероприятия проходят 5 раз в год. Таким образом, наши специалисты получают уже 30 баллов.

— Поликлинический врач и стационарный — в чем различия, чего не хватает?

— Решение о госпитализации пациента принимает врач скорой, потом его смотрит врач в приемном отделении стационара, потом дежурный врач, обсуждают на конференции, потом лечащий врач, потом заведующий отделением, а при необходимости — кафедральные сотрудники. Уйма экспертов на одного больного. А в поликлинике — врач один. И каждые 12 минут у него новый пациент. И мы делаем все, чтобы помочь специалисту первичного звена. Не надо ему думать про все, давайте дадим ему сосредоточиться на главном. **ММ**

«Диспансеризация — 2020»

С. И. Лазарева, Н. Г. Сугян, Л. Н. Осадчая

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ»

Аннотация

В работе аргументируется необходимость новых проектных решений для обеспечения доступности, качества и комфорта проведения профилактических осмотров с целью своевременного выявления групп риска развития заболеваний, отклонений в состоянии здоровья детей и подростков. Увеличение численности прикрепленного населения требует постоянного поиска эффективных организационно-управленческих решений для обеспечения полноты охвата осмотром прикрепленного детского населения на имеющихся площадях поликлиник. Уделено большое внимание организации нескольких доступных каналов записи на профилактические осмотры, оптимальной и понятной логистике посетителей, созданию расписания с учетом кадровых ресурсов медицинского учреждения и потребностям прикрепленного населения, а также зонированию площадей.

Ключевые слова: бережливая поликлиника, несовершеннолетние, профилактические осмотры, каналы записи, матрица расписания, зонирование.

2020 Routine Checkup

S. I. Lazareva, N. G. Suguyan, L. N. Osadchaya

Children city polyclinic No. 133

Abstract

New solutions are needed to ensure the availability, quality and comfort of routine checkups for early detection of risk groups among children and adolescents for different diseases or abnormalities in health status.

The increase of population covered by a polyclinic requires a constant search for effective organizational and management decisions to ensure that all needed checkups may be completed in available polyclinics areas. Special attention is paid to setup of several available channels for making an appointment; optimal and clear logistics; creating a schedule based on human resources available as well as expected needs of population covered; zoning of area available.

Keywords: thrifty technology, minors; routine checkups, making an appointment, schedule matrix; special zoning.



Введение

С 2016 года в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, постепенно внедряется совместный проект Министерства здравоохранения РФ и государственной корпорации «Росатом» «Бережливая поликлиника» [1]. Основная цель данного проекта — оптимизация работы поликлиник, что подразумевает снижение времени пребывания пациентов в них, разделение потоков пациентов и упрощение записи на прием к врачу. В обращении к российским парламентариям 20 февраля 2019 года Президент России В. В. Путин поручил принять стандарты работы «бережливых поликлиник», утвердить правила их аттестации с учетом лучших региональных практик и в 2021 году полностью перевести на новые стандарты все детские поликлиники.

Бережливое производство — это совершенствование процессов, направленных на повышение не только доступности, но прежде всего удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинских услуг. Внедрение технологии бережливого производства устраняет временные потери пациента и врача благодаря оптимальной и удобной логистике для посетителей, эффективному использованию площади медицинской организации и эргономике рабочих мест.

Необходимость внедрения бережливого производства очевидна при массовых профилактических осмотрах, с привлечением большого количества несовершеннолетних, а также нескольких специалистов и инструментальных исследований. В соответствии с приказом МЗ РФ № 621 от 30 декабря 2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей», профилактический осмотр является основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья детей [2]. Ежегодный профилактический осмотр позволяет своевременно выявить патологические состояния, заболевания, а также сформировать группы высокого риска по развитию их хронических форм.

Цель работы

Выстроить эффективную модель проведения профилактических (check up) осмотров несовершеннолетних для повышения доступности и качества их прохождения, удовлетворенности законных представителей несовершеннолетних, обеспечения комфортных условий.

Материалы и методы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника

№ 133 Департамента здравоохранения города Москвы» в 2019 году оказало первичную медико-санитарную помощь 47 500 несовершеннолетним. Прирост численности прикрепленного населения с 2013 года составил 23 %. Территориальное оказание первичной медико-санитарной помощи проводится в пяти районах Северного административного округа города Москвы: Левобережный, Головинский, Войковский, Ховрино, Молжаниновский. Медицинское обеспечение осуществляется в 120 образовательных учреждениях.

Спектр мероприятий, которые разработаны в ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ» для внедрения единого стандарта проведения диспансеризации, включает следующие направления:

1. Организация единого алгоритма и маршрутизации предварительной записи на диспансеризацию для разных групп детского населения.
2. Формирование расписания профилактических осмотров с учетом доступных кадровых ресурсов и потребности прикрепленного населения.
3. Создание комфортных условий для проведения диспансеризации, что в первую очередь подразумевает сокращение времени прохождения осмотра специалистами благодаря правильному зонированию и распределению кабинетов.

Для оценки текущей ситуации и выявления «слабого звена» предварительно проведено картирование. Известно, что основной целью картирования является графическая визуализация всех процессов от начала и до завершения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка. Поскольку ключевой критерий оптимизации процесса — это время протекания, каждый из элементов процесса необходимо хронометрировать.

Предварительная оценка текущей ситуации показала, что электронная запись участковым врачом-педиатром к врачам-специалистам для проведения профилактического осмотра на разные дни в зависимости от доступности электронного расписания приводила к избыточной маршрутизации, увеличению времени прохождения профилактического осмотра и повторному обращению к участковому врачу-педиатру с целью оформления комплексного заключения по профилактическому осмотру. К избыточной маршрутизации приводит также нахождение кабинетов на разных этажах и в противоположных сторонах здания. Все это приводит к снижению доступности медицинской помощи и к увеличению времени прохождения профилактического осмотра.

МАРШРУТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2020

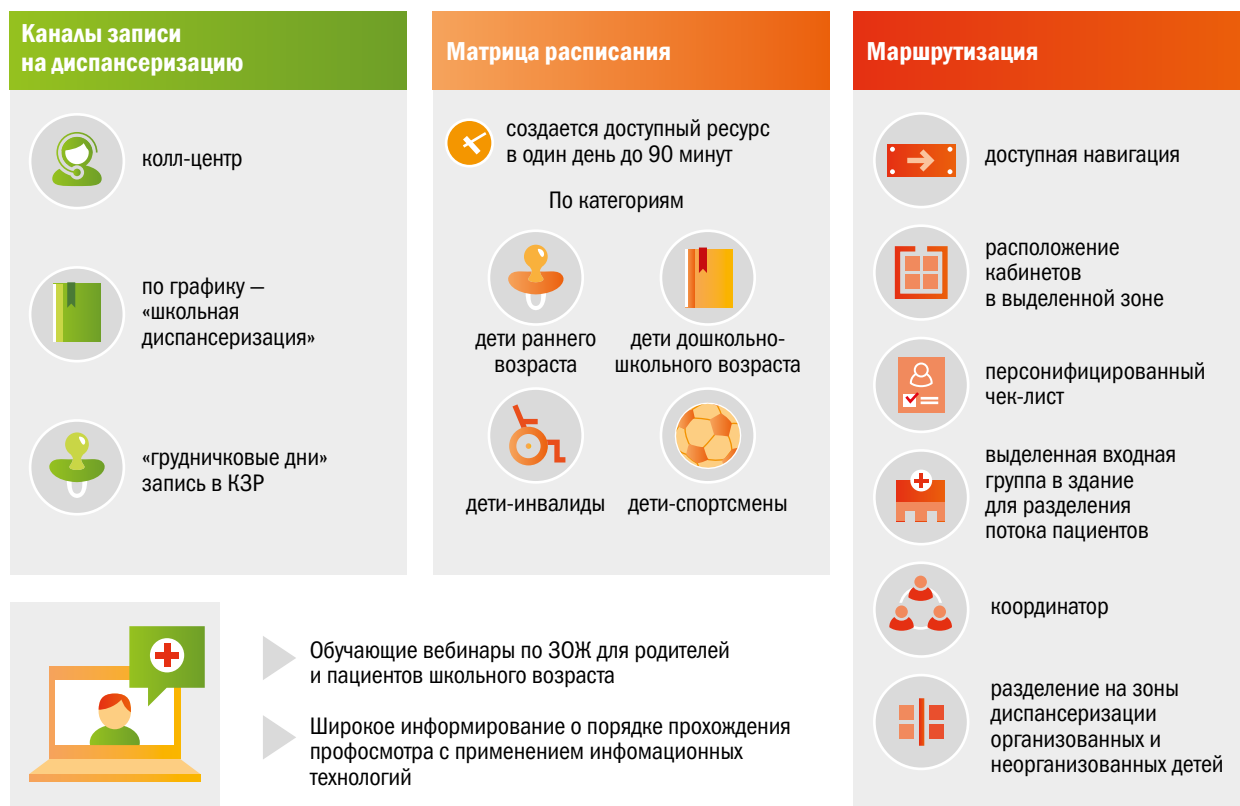


Рисунок 1. | Модель «Диспансеризация — 2020»

Результаты работы

В результате проведенного анализа текущей ситуации, картирования процессов предложена модель «Диспансеризация — 2020», основанная на трех ключевых составляющих: доступные и понятные каналы записи на прохождение профилактического осмотра, матрица расписания и эффективная маршрутизация (рисунок 1).

Организация единого алгоритма и маршрутизации предварительной записи на диспансеризацию для разных групп детского населения.

Выделены следующие каналы записи на диспансеризацию:

- через ЕМИАС — посредством самозаписи или участковой бригадой/администратором производится запись в Кабинет здорового ребенка как

кабинет доврачебного приема в выделенные для этой задачи дни, с него стартует профилактический осмотр для неорганизованных несовершеннолетних. Поэтому в работе Кабинета здорового ребенка выделены определенные дни недели на профосмотр неорганизованных детей — «грудничковые дни». Кабинет здорового ребенка ведет учет своевременности прохождения неорганизованными несовершеннолетними профилактических осмотров, организует ведение картотеки, информирует старшую медсестру педиатрического отделения о фактическом выполнении плана профилактических осмотров по неорганизованным несовершеннолетним;

- через единый колл-центр законные представители несовершеннолетних могут записать своего ребенка на профилактический осмотр в поликлинике (телефон и часы работы представлены и на

Таблица 1. | Примерный расчет потребности специалистов для проведения профилактических осмотров неорганизованных детей в течение календарного года

Наименование специалистов	Количество профосмотров	Время на каждого ребенка, час	Количество затраченных часов на профосмотры, час	Требуемое количество специалистов для профосмотров неорганизованных детей
Педиатр >	42 343	0,2	8 468,6	7,42
Невролог >	6 713	0,2	1 342,6	1,18
Офтальмолог >	4 063	0,2	812,6	0,71
Оториноларинголог >	4 313	0,2	862,6	0,76
Эндокринолог >	0	0,2	0	0
Уролог >	811	0,2	162,2	0,14
Гинеколог >	811	0,2	162,2	0,14
Ортопед >	5 121	0,2	1 024,2	0,90
Хирург >	6 672	0,2	1 334,4	1,17
Врач УЗИ (3 обследования) >	71	0,7	49,7	0,04
Врач УЗИ (5 обследований) >	2 400	1	2 400	2,1
Медсестра ФД >	71	0,2	14,2	0,01
Врач ФД >	71	0,2	14,2	0,01
	73 460		16 647,5	14,59

Средняя норма отработанных часов 1 специалиста в год — 247 р. д. x 7,7 часов = 1 902 часа. Профосмотры занимают 60 % рабочего времени (1 141 час).

сайте учреждения). В этом случае администратор колл-центра записывает ребенка через ЕМИАС в кабинет врача-педиатра отделения профилактики с учетом расписания, сформированного в соответствии с возрастными группами (разный набор специалистов и исследований для профилактического осмотра разных возрастных групп). Диспетчер уточняет возраст ребенка и цель прохождения диспансеризации (декретированный возраст, для допуска к соревнованиям, ребенок-инвалид, дети-сироты и т. д.) и записывает его в системе ЕМИАС на специально выделенные для данной категории дату и время.

Формирование матрицы расписания профилактических осмотров исходя из доступных кадровых ресурсов и потребности прикрепленного населения. Корректное расписание обеспечивает равномерное и сбалансированное распределение функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределение функций персонала внутри

отдельных структурных подразделений (например, регистратуры, клинической лаборатории и др.).

Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды исходя из рекомендаций Приказа Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (в ред. Приказа Минздрава РФ от 03.07.2018 № 410н) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [3]. Матрица расписания сформирована для равномерного распределения объема профилактических осмотров и кадровых ресурсов в течение года. Основу матрицы расписания составили следующие параметры:

- количество неорганизованных и организованных несовершеннолетних, подлежащих профилактическому осмотру по возрастам;
- количество дошкольных и общеобразовательных образовательных учреждений;
- количество учащихся, подлежащих диспансеризации в каждом образовательном учреждении (класс, возраст);

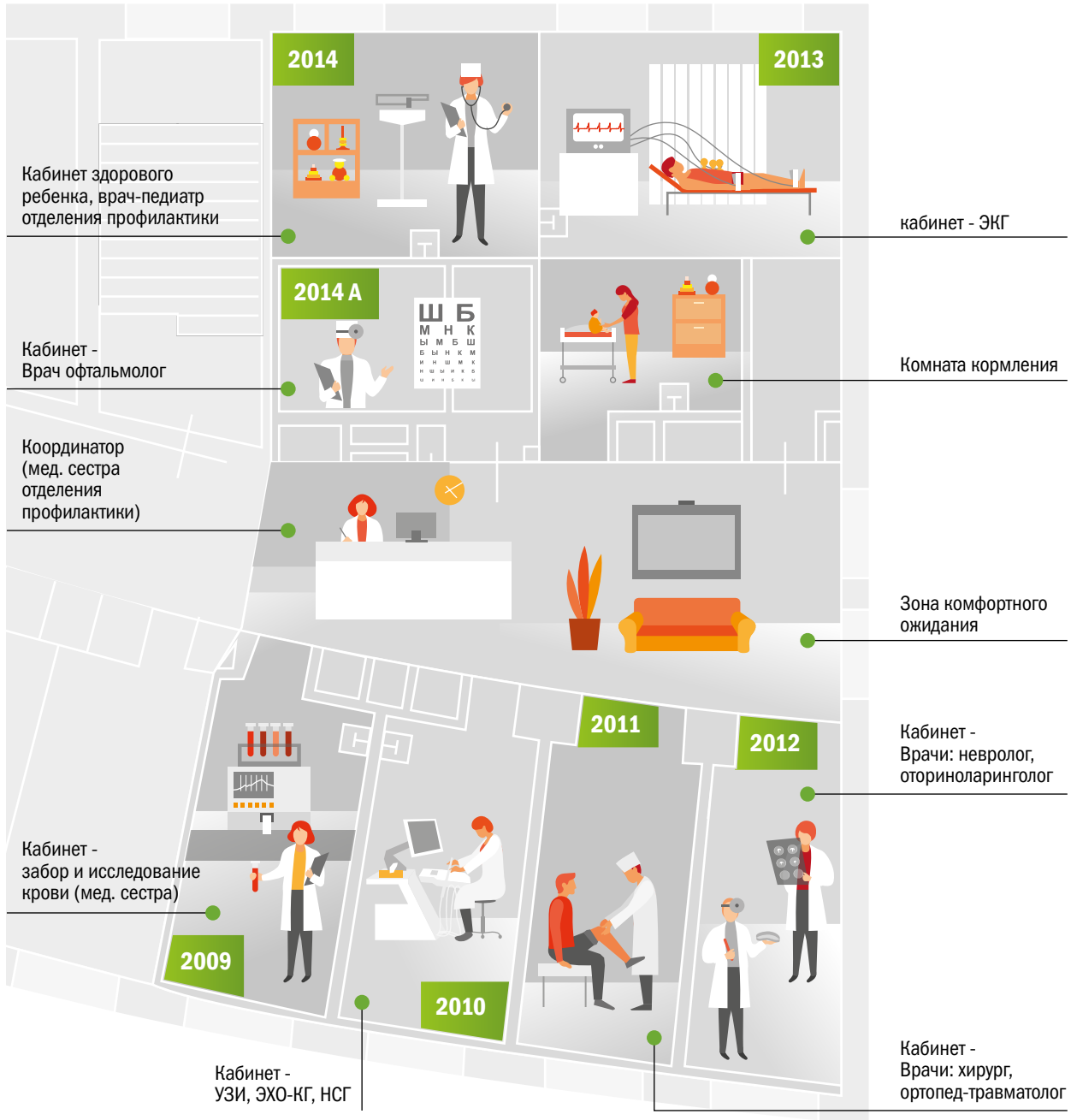


Рисунок 2. | Специальная зона проведения профилактических осмотров неорганизованных несовершеннолетних

Таблица 2. | Примерный образец персонифицированной записи на профилактический осмотр несовершеннолетних с оформлением индивидуального чек-листа прохождения диспансеризации (1 месяц).

08:00–08:10 — педиатр (каб. 2014) 08:10–08:30 — УЗИ (каб. 2010) 08:30–08:40 — хирург (каб. 2011) 08:40–08:50 — окулист (каб. 2014А) 08:50–09:00 — невролог (каб. 2012) 09:00–09:10 — стоматолог (каб. 2011)	09:00–09:10 — окулист (каб. 2014) 09:10–09:20 — педиатр + АС (каб. 2014) 09:20–09:40 — УЗИ (каб. 2010) 09:40–09:50 — невролог (каб. 2012) 09:50–10:00 — хирург (каб. 2011) 10:00–10:10 — стоматолог (каб. 2011)	10:20–10:30 — окулист (каб. 2014) 10:30–10:40 — педиатр + АС (каб. 2014) 10:40–11:00 — УЗИ (каб. 2010) 11:00–11:10 — невролог (каб. 2012) 11:10–11:20 — хирург (каб. 2011) 11:20–11:30 — стоматолог (каб. 2011)
08:10–08:20 — педиатр + АС (каб. 2014) 08:20–08:30 — окулист (каб. 2014) 08:30–08:50 — УЗИ (каб. 2010) 08:40–08:50 — невролог (каб. 2012) 08:50–09:00 — стоматолог (каб. 2011) 09:00–09:10 — хирург (каб. 2011)	09:20–09:30 — окулист (каб. 2014) 09:30–09:40 — педиатр + АС (каб. 2014) 09:40–10:00 — УЗИ (каб. 2010) 10:00–10:10 — невролог (каб. 2012) 10:10–10:20 — хирург (каб. 2011) 10:20–10:30 — стоматолог (каб. 2011)	10:40–10:50 — окулист (каб. 2014) 10:50–11:00 — педиатр + АС (каб. 2014) 11:00–11:20 — УЗИ (каб. 2010) 11:20–11:30 — невролог (каб. 2012) 11:30–11:40 — хирург (каб. 2011) 11:40–11:50 — стоматолог (каб. 2011)

- предполагаемый рекомендуемый набор специалистов и инструментальных исследований для каждого возраста на основании Приказа Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

На втором этапе в зависимости от количества детей, подлежащих осмотру данным специалистом, и предполагаемого необходимого времени на осмотр выделено соответствующее количество специалистов каждого профиля для организации бесперебойной, слаженной работы в течение всего года.

Методом математического анализа рассчитано количество затраченных часов на каждого ребенка/на всех подлежащих осмотру и требуемое количество специалистов каждой специальности для обеспечения полноты охвата и равномерного распределения нагрузки в течение года (таблица 1).

Создание комфортных условий прохождения осмотров. С целью разделения потоков пациентов (лечебно-профилактический прием и диспансеризация) для организованных детей предусмотрен отдельный вход в здание и отдельный гардероб.

С применением технологий «бережливого производства» созданы комфортные условия проведения диспансеризации, а именно правильное зонирование и распределение кабинетов (рисунок 2). Создание комфортных условий проведения диспансеризации,

сокращение времени прохождения осмотра специалистами возможно благодаря спланированной маршрутизации, правильному зонированию и перераспределению кабинетов. Для широкого и полноценного охвата детей созданы специальные зоны для проведения профилактических осмотров организованных и неорганизованных несовершеннолетних.

Все кабинеты расположены на одном этаже и сгруппированы по модели «ромашка», последовательность расположения кабинетов планировалась в соответствии с рациональным и эффективным построением полного цикла прохождения профилактического осмотра от доврачебного осмотра медицинской сестрой и врачом-педиатром отделения профилактики.

Медицинская сестра-координатор распределяет поток пациентов в соответствии с персонифицированным чек-листом (таблица 2) таким образом, чтобы минимизировать время прохождения пациентом профилактического осмотра, распределяет потоки с целью равномерной загрузки каждого специалиста в течение всего периода работы. Координатором учитываются не только объем предстоящей диспансеризации, но и продолжительность осмотра врачом-специалистом в зависимости от специфики выполняемого осмотра. Для каждого пациента формируется и передается чек-лист с персонифицированным маршрутом последовательного прохождения профилактического осмотра.

Нужно отметить, что учитывается очередность кабинетов прохождения с целью исключения искажения данных при профилактическом обследовании.

Например, расширение зрачка для осмотра глазного дна ребенку первого года после проведения ЭКГ-исследования и перед осмотром окулистом. При составлении маршрутизации исключается пересечение потоков пациентов, ожидание перед кабинетами, рассчитывается эффективность использования кадровых ресурсов и оборудования во избежание простоя, учитывается разный набор специалистов и исследований для профилактических осмотров в разном возрасте.

Заключение

Успешность организации проведения профилактических осмотров во многом зависит от эффективной модели организации всех процессов. Предложенная модель проведения профилактических осмотров основана на организации трех ключевых составляющих

процессов: доступные и понятные каналы записи на прохождение профилактического осмотра, матрица расписания и эффективная маршрутизация с целью прохождения профилактического осмотра за один день в течение 90 минут. Такой подход способствует не только повышению эффективности самих осмотров, комфорта и удовлетворенности профилактическими осмотрами законных представителей несовершеннолетних, но и рациональному использованию рабочего времени врачей профилактического отделения и врачей-специалистов, более широкому проведению лечебно-профилактических мероприятий. Внедрение эффективных организационно-управленческих и современных информационных технологий позволяет организовать принципиально новую систему проведения диспансеризации. ММ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшениям. Методические рекомендации. Москва; 2017; 43 стр.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 30 декабря 2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
3. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Информация об авторах

Сугян Нарине Григорьевна, к. м. н., доцент кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г. Н. Сперанского РМАНПО, заведующая консультативно-диагностическим отделением ГБУЗ «ДГП № 133 ДЗМ», адрес электронной почты: narine6969@mail.ru

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



ПРЕМИЯ

города Москвы
в области медицины

По 3 млн руб. будут присуждены авторским коллективам за эффективные, отличающиеся новизной, оригинальностью и надежностью работы врачей, ученых-медиков, организаторов здравоохранения, способствующие развитию практического здравоохранения и медицинской науки в Москве.



Прием заявок
до 15 мая
на сайте niioz.ru

Контактный телефон:
+7 (495) 530-12-89

Лабораторная информационная система как инструмент массового скрининга дефицита железа у детей и подростков

И. Н. Захарова¹, А. Л. Заплатников¹, Е. В. Ширданина², Т. М. Васильева^{1,2}

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

²ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения Москвы»

Аннотация

Во всем мире значительное внимание уделяется проблеме дефицита железа, и в нашей стране весьма актуален вопрос внедрения эффективных и безопасных стратегий своевременной диагностики и организации контроля уровня железа у детей в рамках профилактических осмотров. В работе аргументируется необходимость своевременного определения уровня гемоглобина (Hb), эритроцитов (Er), цветного показателя (ЦП), эритроцитарного индекса (МСН) у детей при проведении массового скрининга в рамках диспансерных осмотров. Обосновывается важность диагностики дефицита железа, контроля показателей крови путем лабораторной информационной системы (ЛИС) у детей в условиях детской городской поликлиники. В работе изучена распространенность дефицита железа у детей города Москвы на основе данных профилактических осмотров с помощью ЛИС. Проведен анализ результатов исследований общего анализа крови по ЛИС с последующей оценкой Hb, ЦП, МСН за период с 01.01.2017 по 19.07.2018. Критериями включения детей в исследование стали возраст (от 3 до 17 лет 11 мес. 29 дней), прохождение профилактических осмотров, постоянное проживание в Москве. Получены данные о высокой распространенности железодефицитных состояний у детей, проходящих плановый профилактический осмотр. Обоснована необходимость расчета МСН в крови у детей для проведения своевременной коррекции такого состояния, как латентный дефицит железа, и предупреждения развития заболеваний на доклиническом этапе.

Ключевые слова: дефицит железа, дети, латентный дефицит железа, лабораторная информационная система, поликлиника.

Laboratory Information System (LIS) as an Iron Deficiency Screening Instrument Among Children and Adolescents

I. N. Zaharova², A. L. Zaplatnikov², E. V. Shirdanina¹, T. M. Vasilieva^{1,2}

¹Children's polyclinic № 133, Moscow Healthcare Department

²Russian Medical Academy of Non-Stop Professional Education



Abstract

Iron deficiency is an important problem that attracts an enormous amount of attention worldwide. And it's important to introduce effective and safe strategies to diagnose and monitor the iron level among children throughout routine checkups. The paper argues the need to check Hb, Er, color index, MCH within routine checkups. The paper highlights the importance of diagnosing iron deficiency in children and monitoring their blood parameters by means of the laboratory information system (LIS) at children's municipal polyclinic. The paper studies the prevalence of iron deficiency among children in Moscow determined by means of LIS within routine checkups. The analysis of the results of CBC (Complete Blood Count) and the following evaluation of Hb, blood color index, MCH for the period from 01/01/2017 to 07/19/2018 were carried out. The criteria of recruiting children for the study were age (from 3 years old to 17 years 11 months 29 days), having blood test within a routine checkup, and permanent residence in Moscow. A data on the high prevalence of iron deficiency in children coming for a routine checkup was obtained. The paper discusses the necessity of acquiring MCH for ASAP correction of a latent iron deficiency and preventing the development of related diseases.

Keywords: iron deficiency, children, latent iron deficiency, laboratory information system, polyclinic.

Введение

Железодефицитные состояния (ЖДС) являются одними из самых распространенных дефицитных состояний в мире [1]. Особенно высок риск развития их у детей [2] и беременных. В настоящее время существует большое количество вопросов в отношении распространенности этих состояний, диагностики, лечения и профилактики.

Распространенность ЖДС неодинакова в различных странах и зависит от социальных и экономических условий. Согласно данным S. Osendarp и соавт., в мире около 50 % беременных страдает железодефицитной анемией [3]. В тех случаях, когда беременность сопровождается дефицитом железа, возможен неблагоприятный исход и для матери, и для плода. Многие исследователи показали взаимосвязь между железодефицитной анемией беременных и повышенной материнской смертностью, доказали отрицательное влияние анемии беременной на дальнейшее физическое и умственное развитие ее детей [4–6].

Организм ребенка очень восприимчив к развитию ЖДС на фоне повышенной физиологической потребности в железе в периоды быстрого роста и развития [7].

В зависимости от степени дефицита железа и длительности выделяют латентный дефицит железа и железодефицитную анемию (ЖДА). ЖДС является причиной нарушений функций многих органов и систем. Это связано с тем, что железо входит в состав многих белков (гемоглобин, миоглобин, цитохромы, железосеропротеиды, оксидазы, гидроксиллазы, супероксиддисмутазы и др.) [8, 9]. Доказано, что прогрессирующее ЖДС сопровождается анемией, нарушением роста и психомоторного развития детей, изменением поведения, снижением интеллекта, дисфункцией иммунитета и другими

патологическими проявлениями [8, 10–19]. Наличие длительного ЖДС приводит к снижению синтеза железосодержащих ферментов, замедлению окислительно-восстановительных процессов в клетках организма, задержке темпов нервно-психического развития ребенка, повышению его восприимчивости к инфекциям.

Вопросы своевременной диагностики и адекватного лечения ЖДС имеют наибольшую остроту в детской практике. Необходимо и важно раннее выявление данных состояний, что может быть организовано в рамках плановых профилактических осмотров.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ» совместно с сотрудниками кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г. Н. Сперанского ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ. Для оценки распространенности дефицита железа у детей, проходящих плановый ежегодный профилактический осмотр, был проведен анализ результатов исследований общего анализа крови (ОАК) по лабораторной информационной системе (ЛИС) с последующей оценкой гемоглобина (Hb), цветного показателя (ЦП) и эритроцитарного индекса (МСН).

ЛИС (Регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 18 января 2017 года № РЗН 2016/5242) — программное обеспечение для автоматизации процессов в клиничко-диагностических лабораториях. ЛИС обеспечивает полную автоматизацию процессов регистрации, обработки, хранения информации о пациентах, направлениях и биоматериалах, отправку задания на приборы, получение результатов с приборов, автоматизированную выдачу ответов, управление

качеством лабораторных исследований, составление отчетности и оптимизацию деятельности персонала лаборатории. Создает единое информационное пространство и единое управление в лаборатории. Заведующий лабораторией контролирует бизнес-процессы в отделах лаборатории в онлайн-режиме. ЛИС позволяет в автоматическом режиме проверить заполнение обязательных полей направления в зависимости от канала его поступления, заказчика, характеристик пациента и перечня заказанных исследований, а также других существенных для лаборатории характеристик.

Интеграция с лабораторным оборудованием позволяет избегать возможных ошибок, связанных с человеческим фактором, благодаря автоматизированному процессу передачи результатов с оборудования и ведению полного журнала совершаемых в системе действий. ЛИС содержит полнофункциональный модуль внутрилабораторного контроля качества, позволяющий вести контроль качества по контрольным материалам в соответствии с нормативными документами. Подсистема «Конструктор отчетов» предназначена для формирования текстовых и графических отчетов на основе информации, содержащейся в базе данных системы. ЛИС предоставляет неограниченные возможности по построению отчетов по любым имеющимся данным: например, годовой отчет, отчет по выполненным исследованиям, финансовый, нагрузка, себестоимость, научные отчеты и т. п. Программа предназначена для управления, накопления, обработки и анализа рабочей информации технологического процесса клинико-диагностической лаборатории.

Материалом для исследования служила цельная капиллярная кровь детей, проходивших профилактические осмотры. Кровь забиралась утром, натощак, из пальца, в одноразовые микропробирки типа Microvette (Sarstedt, Германия).

Исследования проводились на автоматических гематологических анализаторах ABX Micros ES-60 с использованием контейнеров с реагентами ABX Minipack LMG (Horiba, Франция) и на гематологическом анализаторе ABX Pentra LX-80 с использованием набора реагентов: ABX Cleaner, ABX Diluent, ABX Basolise, ABX Lisebio, ABX Eosinofix, депротеинизатор ABX Minocclair (Horiba, Франция).

Внутрилабораторный контроль качества и оценку воспроизводимости проводили с помощью контрольных материалов ABX Minotrol-16 и ABX Diffrol (Horiba, Франция). Внешний контроль качества проводили на основании участия в программе межлабораторных сличительных испытаний «ФСВОК» по разделам «Гемцитометрия-16», «Гемцитометрия-22 — Pentra» (цикл 1–2, 2017 г., цикл

1–2, 2018 г.). Имеются Свидетельства об участии МСИ «ФСВОК-2017» № 881171228771003 и «ФСВОК-2018» № 881181206771003. Площадкой для проведения настоящего исследования явилось важное свойство ЛИС архивировать и хранить данные лабораторных исследований, а также поддерживать доступ к хранимой информации и возможность ее обработки.

В базе лабораторной информационной системы хранится история результатов анализов пациентов за весь период работы ЛИС. Возможен автоматический поиск и вывод информации о предыдущих направлениях данного пациента на лабораторные исследования в пределах установленного срока давности, а также использование имеющейся информации о пациенте в процессе регистрации при повторном обращении. Широкие возможности подсистемы отчетов ЛИС позволили обработать накопленный материал и сделать выборку пациентов. Критериями включения детей для проведения исследования стали возраст (от 3 до 17 лет 11 мес. 29 дней), прохождение профилактических осмотров, постоянное проживание в Москве. В рамках данного исследования оценивался период с 01.01.2017 по 19.07.2018. Количество детей, включенных в анализ данных, составило 13 487 человек.

Результаты и обсуждение

Широкие возможности подсистемы отчетов ЛИС позволили обработать накопленный материал и сделать выборку пациентов в возрасте от 3 до 17 лет 11 мес. 29 дней, сдавших общий анализ крови в рамках профилактических осмотров за период с 01.01.2017 по 19.07.2018. Количество детей составило 13 487, что соответствует 20,6 % от общего количества пациентов (65 535), сдавших клинический (общий) анализ крови в данный период. Посредством конструктора отчетов ЛИС был выбран комплекс гематологических показателей: количество эритроцитов (Er), Hb, ЦП и МСН каждого пациента. Определили группу детей, имеющих в ОАК ЦП $\leq 0,85$ (количество составило 3395, что соответствует 25,2 % от всех обследованных при диспансеризации детей), при этом отфильтровали повторные и дублирующиеся исследования. Распределение по возрастам показало, что доля детей с низким ЦП $\leq 0,85$ возрастает в возрасте от 11 до 14 лет (87 % в возрасте 11 лет и 93 % в группе детей в возрасте 14 лет) (табл. 1, рис. 1).

Далее, применяя инструменты ЛИС, данную выборку пациентов разбили на две группы:

- в первую группу включены дети со сниженным Hb и низким ЦП $\leq 0,85$. В эту группу вошли 515 детей, что



Таблица 1. | Количество и доля детей, прошедших диспансеризацию, с ЦП $\leq 0,85$ (распределение по возрастам)

Возраст	Всего детей, прошедших диспансеризацию	Всего детей с ЦП $\leq 0,85$ (%)
3 >	422	96 (23 %)
4 >	222	26 (12 %)
5 >	370	52 (14 %)
6 >	2 205	260 (12 %)
7 >	1 877	237 (13 %)
8 >	1 645	209 (13 %)
9 >	2 042	272 (13 %)
10 >	1 112	362 (33 %)
11 >	345	301 (87 %)
12 >	248	219 (88 %)
13 >	208	186 (89 %)
14 >	330	307 (93 %)
15 >	777	325 (42 %)
16 >	829	278 (34 %)
17 >	855	265 (31 %)

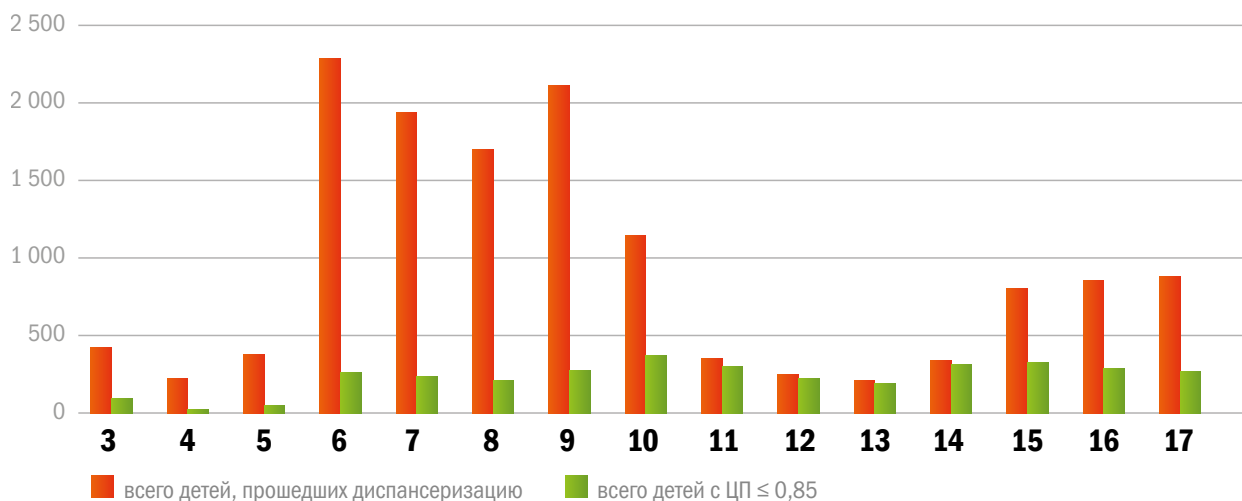


Рисунок 1. | Количество детей со сниженным ЦП $\leq 0,85$ (распределение по возрастам)

составило 3,8 % от всех пациентов, сдавших кровь в рамках диспансеризации, и 15,2 % от всех детей со сниженным ЦП (табл. 2, рис. 2);

- во вторую группу вошли дети с нормальным уровнем Нв и низким ЦП $\leq 0,85$. Количество детей во второй группе составило 2880 человек, это 21,4 % от всех

пациентов, сдавших кровь в рамках профилактических осмотров, и 84,8 % от всех детей со сниженным ЦП (табл. 3, рис. 3).

Латентный или скрытый дефицит железа диагностировался во всех возрастных категориях. По нашим данным, в первой группе доля детей со сниженным ЦП

Таблица 2. | Распределение и доля детей первой группы по возрасту

Возраст	Всего детей, прошедших диспансеризацию	Всего детей с ЦП ≤0,85 и сниженным Нв (%)
3 >	422	0
4 >	222	0
5 >	370	0
6 >	2 205	27 (1,2 %)
7 >	1 877	19 (1,01 %)
8 >	1 645	22 (1,3 %)
9 >	2 042	20 (0,9 %)
10 >	1 112	22 (0,9 %)
11 >	345	17 (4,9 %)
12 >	248	24 (9,7 %)
13 >	208	38 (18,3 %)
14 >	330	90 (27,3 %)
15 >	777	82 (10,5 %)
16 >	829	74 (8,9 %)
17 >	855	80 (9,4 %)

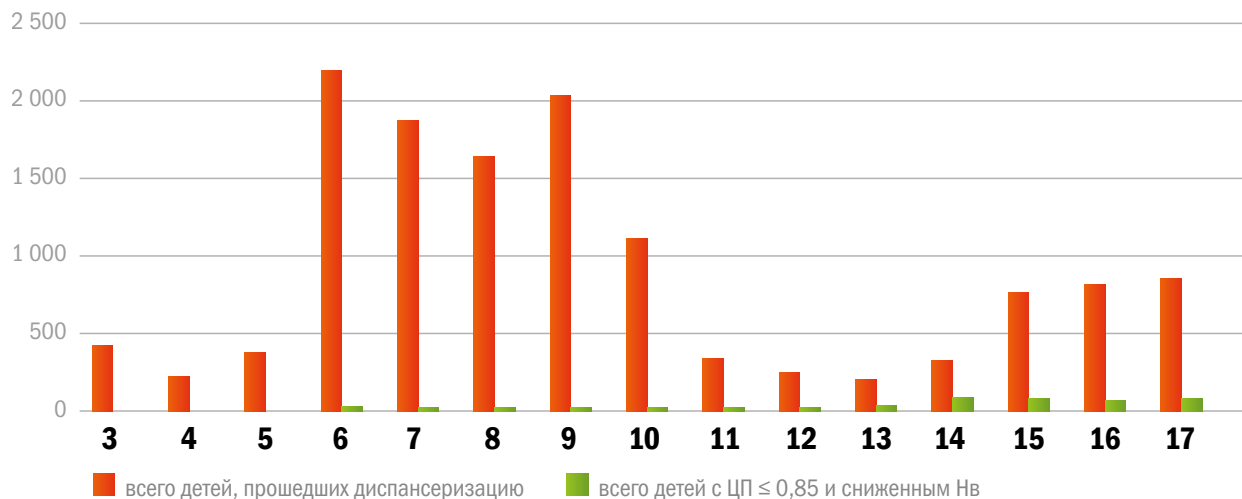


Рисунок 2. | Распределение детей первой группы по возрасту

возрастает в пубертатном возрасте. Если до 13 лет доля детей, прошедших диспансеризацию, со сниженными ЦП и Нв составляет от 0,9 % до 4,9 %, то в 13 лет возрастает до 18,3 %, а в 14 лет составляет 27,3 %.

Для уточнения полученных результатов была произведена оценка МСН в данных группах (табл. 4, рис. 4). Группа

детей со сниженным МСН составила 5152 человека, что составляет 38,2 % от всех пациентов, сдавших кровь в рамках диспансеризации. В результате обследования выявлено 343 ребенка со сниженным Нв. Но вектор нашего внимания был направлен на группу детей с нормальным Нв и сниженным МСН (4809 человек), именно



Таблица 3. | Количество и доля детей второй группы (распределение по возрастам)

Возраст	Всего детей, прошедших диспансеризацию	Всего детей с ЦП ≤ 0,85 и Hb норма (%)
3 >	422	96 (22,7 %)
4 >	222	26 (11,7 %)
5 >	370	52 (1,4 %)
6 >	2 205	233 (10,5 %)
7 >	1 877	218 (11,6 %)
8 >	1 645	187 (11,4 %)
9 >	2 042	252 (12,3 %)
10 >	1 112	340 (30,6 %)
11 >	345	284 (82,3 %)
12 >	248	195 (78,6 %)
13 >	208	148 (71,1 %)
14 >	330	217 (65,7 %)
15 >	777	243 (31,3 %)
16 >	829	204 (24,6 %)
17 >	855	185 (21,6 %)

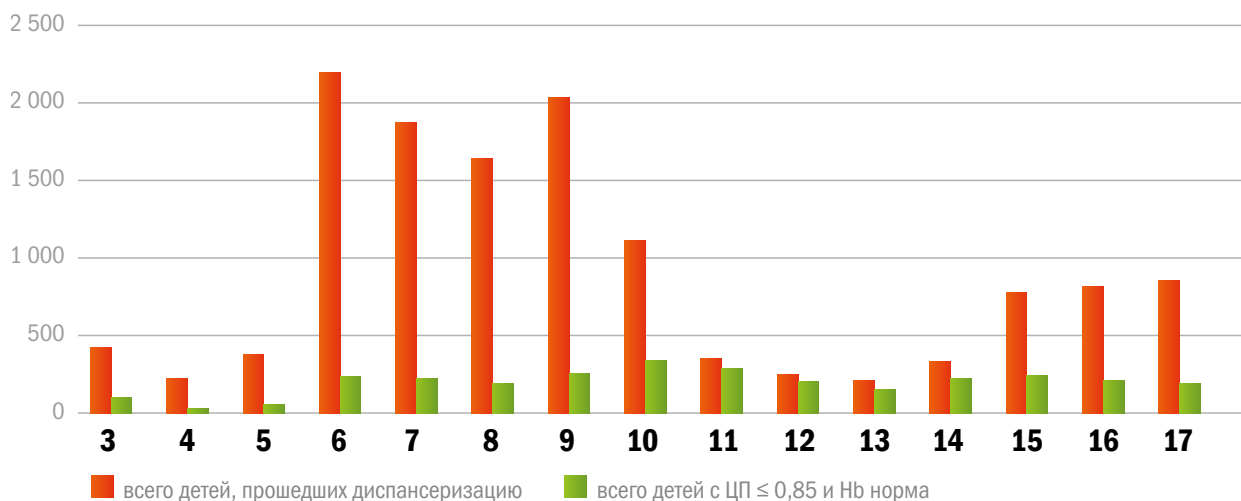


Рисунок 3. | Распределение детей первой группы по возрасту

у этих детей можно заподозрить латентный дефицит железа. Надо отметить, что у детей младших классов (в возрасте от 6 до 10 лет) показатели МСН и ЦП не были сопоставимы.

Все дети с изменениями в анализе крови в рамках первого этапа профилактических осмотров были

направлены на второй этап для дополнительного обследования, выявления причин изменений и назначения терапии.

На рисунке 5 представлена схема, рекомендованная для выявления детей с латентным дефицитом железа в условиях массового скрининга.

Таблица 4. | Распределение и доля детей первой группы по возрасту

Возраст	Всего детей, прошедших диспансеризацию	Всего детей с ЦП $\leq 0,85$ и сниженным Hb (%)
3 >	422	0
4 >	222	0
5 >	370	0
6 >	2 205	27 (1,2 %)
7 >	1 877	19 (1,01 %)
8 >	1 645	22 (1,3 %)
9 >	2 042	20 (0,9 %)
10 >	1 112	22 (0,9 %)
11 >	345	17 (4,9 %)
12 >	248	24 (9,7 %)
13 >	208	38 (18,3 %)
14 >	330	90 (27,3 %)
15 >	777	82 (10,5 %)
16 >	829	74 (8,9 %)
17 >	855	80 (9,4 %)

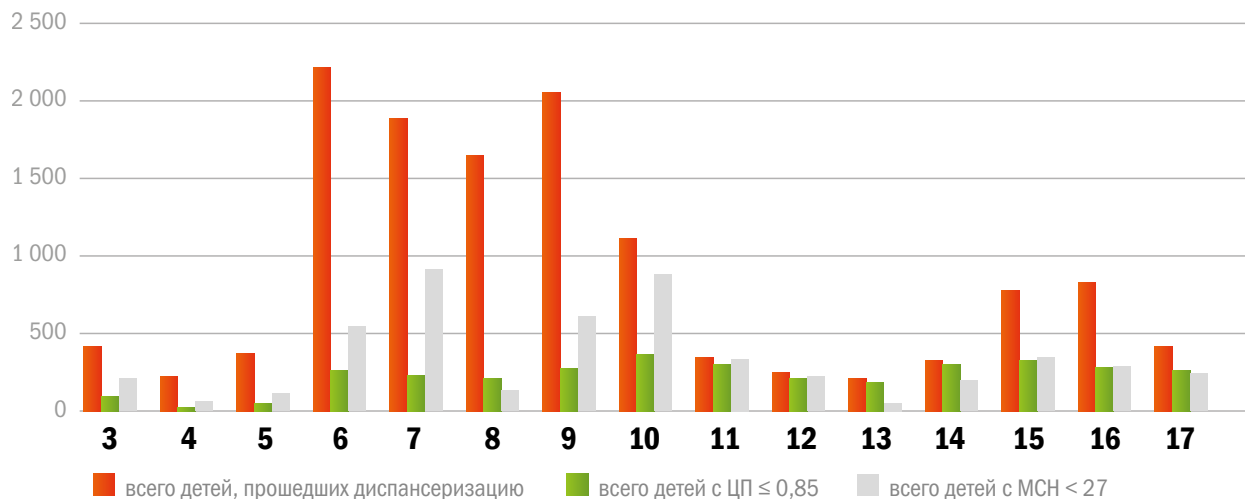


Рисунок 4. | Количество и распределение по возрасту детей со сниженным показателем MCH < 27 нг и ЦП $\leq 0,85$

Нами проведен 2-й этап исследования — ферродиагностика. Скрининг ферритина сделан у 312 человек. Показатель ниже 30 нг/мл был выявлен у 129 пациентов, что составило 41,3%. У 21 человека значения ниже 10 нг/мл, 58 человек — со значением от 10–20 нг/мл,

50 человек имели ферритин в диапазоне 20–30 нг/мл. Среднее значение — 17,6 нг/мл.

Сохранение и укрепление здоровья детей от рождения до 18 лет возможно только при организации постоянного контроля за ним, регулярном проведении

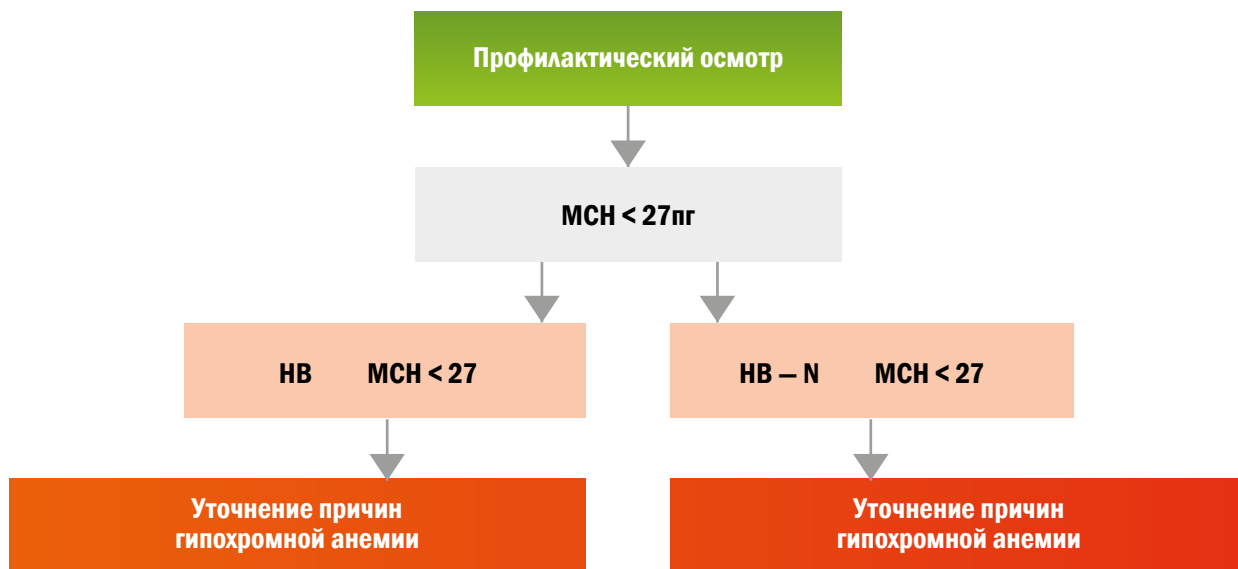


Рисунок 5. | Схема, рекомендованная для выявления детей с латентным дефицитом железа в условиях массового скрининга

комплексных лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Целью проведения профилактических осмотров несовершеннолетних является не только своевременное выявление отклонений в состоянии здоровья, но и предотвращение развития заболеваний. Около 21,4 % детей от общего количества, сдавших кровь в рамках профилактических осмотров, имеют снижение цветного показателя при нормальном уровне Hb, и группа детей со сниженным МСН составила 5152 человека — 38,2 % от всех пациентов, сдавших кровь в рамках диспансеризации. Именно у этой группы детей часто несвоевременно проводятся дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия для уточнения диагноза при массовых осмотрах.

Заключение

Высокая распространенность дефицита железа, выявленного путем анализа результатов в ЛИС у детей в разных возрастных группах, позволяет заявить о неэффективности имеющихся профилактических мероприятий и свидетельствует о необходимости внедрения обязательных осмотров с оценкой Hb, ЦП, МСН, раннего выявления дефицита железа. Внедрение информационных технологий с целью контроля результатов лабораторных исследований в рамках массового осмотра позволяет своевременно (до наступления клинических симптомов) выявлять детей с риском развития железодефицитных состояний и проводить соответствующую коррекцию. ММ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001. 114 p.
2. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization, 2011.
3. Normal development of fetal hematopoiesis between eight and seventeen weeks gestation. G.S. Pahal [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — № 183. — P. 1029–1034.

4. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение / под ред. А. Г. Румянцева и Ю. Н. Токарева. 2-е изд., доп. и перераб. М.: МАКС Пресс, 2004. — 216 с. [Anemii u detey: diagnostika, differentsial'naya diagnostika, lecheniye / pod red. A. G. Rummyantseva i Yu. N. Tokareva. 2-ye izd. dop. i pererab. M.: MAKS Press, 2004. — 216 s. (in Russian)].
5. Казюкова Т. В., Самсыгина Г. А., Левина А. А. и др. Дефицит железа у детей: проблемы и решения // Педиатрия. 2002. No 1. С. 17–19 [Kazyukova T.V., Samsygina G. A., Levina A. A. i dr. Defitsit zheleza u detey: problemy i resheniya // Peditriya. 2002. No 1. S. 17–19 (in Russian)].
6. Антимоновна М.Ю., Вдовенко С.А., Цуркан С.В., Пономарев В.А. Профилактика гестационных осложнений: пути решения проблемы в регионе на примере лечения анемий беременных // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14. № 7. С. 1–3.
7. Guideline: intermittent iron supplementation in preschool and schoolage children. Geneva: World Health Organization, 2011.
8. Iron nutrition in health and disease / Ed. L. Hallberg, N. G. Asp. London: Libbey and Co, 1996.
9. Эллиот В., Эллиот Д. Биохимия и молекулярная биология. М.: Изд-во НИИ Биомедицинской химии РАМН, 2000. С. 311–321 [Elliot V., Elliot D. Biokhimiya i molekulyarnaya biologiya. M.: Izd-vo NII Biomeditsinskoy khimii RAMN, 2000. S. 311–321 (in Russian)].
10. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001. 114 p.
11. Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н. Железодефицитные состояния у детей: учеб. пособие. К.: БЭСТ-В, 1997. 33 с. [Korovina N.A., Zaplatnikov A. L., Zakharova I. N. Zhelezodefitsitnyye sostoyaniya u detey: ucheb. posobiye. K.: BEST-V, 1997. 33 s. (in Russian)].
12. Захарова И. Н., Коровина Н.А., Малова Н.Е. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 1. No 1. С.60–62 [Zakharova I. N., Korovina N. A., Malova N. Ye. Sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya zhelezodefitsitnykh sostoyani u detey // Voprosy sovremennoy peditrii. 2002. T. 1. No 1. S. 60–62 (in Russian)].
13. Тарасова И. С. Разработка и научное обоснование скрининга железодефицитных состояний у подростков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2013. 67 с. [Tarasova I.S. Razrabotka i nauchnoye obosnovaniye skringinga zhelezodefitsitnykh sostoyaniy u podrostkov: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2013. 67 s. (in Russian)].
14. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков: пособие для врачей / под ред. А. Г. Румянцева, И. Н. Захаровой. М., 2015. 75 с. [Diagnostika i lecheniye zhelezodefitsitno anemii u detey i podrostkov: posobiye dlya vrachey / pod red. A. G. Rummyantseva, I. N. Zakharovoy. M., 2015. 75 s. (in Russian)].
15. Захарова И. Н., Мачнева Е. Б. Лечение и профилактика железодефицитных состояний у детей // РМЖ. 2013. № 14. С. 789–792 [Zakharova I. N., Machneva Ye. B. Lecheniye i profilaktika zhelezodefitsitnykh sostoyani u detey // RMZH. 2013. No 14. S.789–792 (in Russian)].
16. Osendarp S., Murray-Kolb L., Black M. Case study on iron in mental development — in memory of John Beard (1947–2009) // Nutr. Rev. 2010. Vol. 68 (Suppl. 1). P. 48–52.
17. Lozoff B., Jimenez E., Hagen J. et al. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy // Pediatrics. 2000. Vol. 105. P. E51.
18. Lozoff B., Jimenez E., Smith J. B. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006. Vol. 160 (11). P. 1108–1113.
19. Grantham-McGregor S., Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children // J. Nutr. 2001. Vol. 131. P. 649–668.

Информация для корреспонденции

Васильева Татьяна Михайловна, врач дневного стационара ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ», участие в разработке протокола проекта, индивидуальных карт наблюдения, подбор информации для использования в решении задач, анализ полученных данных, выводов. Электронная почта: tatianka38@mail.ru

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Наука

НИИОЗММ ДЗМ – активный участник научного обоснования реформ, проводимых в московском здравоохранении.

КОМПЕТЕНЦИИ

- Экспертная деятельность при проведении и планировании реформ в московском здравоохранении.
- Исследовательская работа в области управления здравоохранением и состоянием общественного здоровья.
- Прогнозирование изменений состояния здоровья и социально-демографических показателей среди москвичей.
- Проведение фармако-экономических расчетов при запуске новых проектов.
- Разработка систем принятия клинических решений.
- Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения.
- Развитие базовых технологий оказания медицинской помощи с использованием телемедицины.
- Разработка стратегии экспорта медицинских услуг в Москве.

36 ИНДЕКС ХИРША (ИНДЕКС НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ) НАУЧНОГО СОВЕТА ИНСТИТУТА

БОЛЕЕ **60** НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ПУБЛИКУЮТСЯ ЕЖЕГОДНО СОТРУДНИКАМИ НИИОЗММ

20 НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРОВОДЯТСЯ ЗА ГОД



СОДЕРЖАНИЕ И ПЛАН НАШЕЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО НАПОЛНЕННЫ ПРАКТИЧЕСКИМ СМЫСЛОМ И ПРИВЯЗАНЫ К ПРОЦЕССАМ, ПРОИСХОДЯЩИМ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ».

Елена АКСЕНОВА, доктор экономических наук, директор НИИОЗММ ДЗМ

Ударно-волновая терапия при тендините задней большеберцовой мышцы

Т. Ю. Шерковина, С. Д. Смехова
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ»

Аннотация

Как правило, поликлинические врачи при болевом синдроме стопы помнят только о «пяточной шпоре», которая при рентгенографии хорошо видна и встречается довольно часто. Про тендинит задней большеберцовой мышцы (ЗБМ) и ее «вклад» в боль стопы очень мало кто слышал. Статья посвящена диагностике и лечению методом ударно-волновой терапии (УВТ) тендинита и тендиноза ЗБМ в сочетании с другой патологией сухожилий стопы. На основе собственных данных показана целесообразность применения УВТ при данных заболеваниях.

Ключевые слова: ударно-волновая терапия, задняя большеберцовая мышца, тендинит, тендиноз.

Extracorporeal Shock Wave Therapy for Treating Tibialis Posterior Tendonitis

T.Yu. Sherkovina, S.D. Smekhova
City Clinical Hospital № 13, Moscow

Abstract

Tendonitis of the tibialis posterior muscle is the cause of the development of persistent pain syndrome, as well as transverse and longitudinal flatfoot. Tibialis posterior tendonitis is diagnosed using MRI and ultrasound. The article presents methods of using extracorporeal shock wave therapy for treatment of tibialis posterior tendonitis and its combination with other pathologies of the foot tendons. Shock wave therapy is effective in the foot pain treatment caused by tendinosis and tibialis posterior tendonitis in the subacute and chronic stages of the process.

Keywords: extracorporeal shock wave, tibialis posterior, tendonitis.

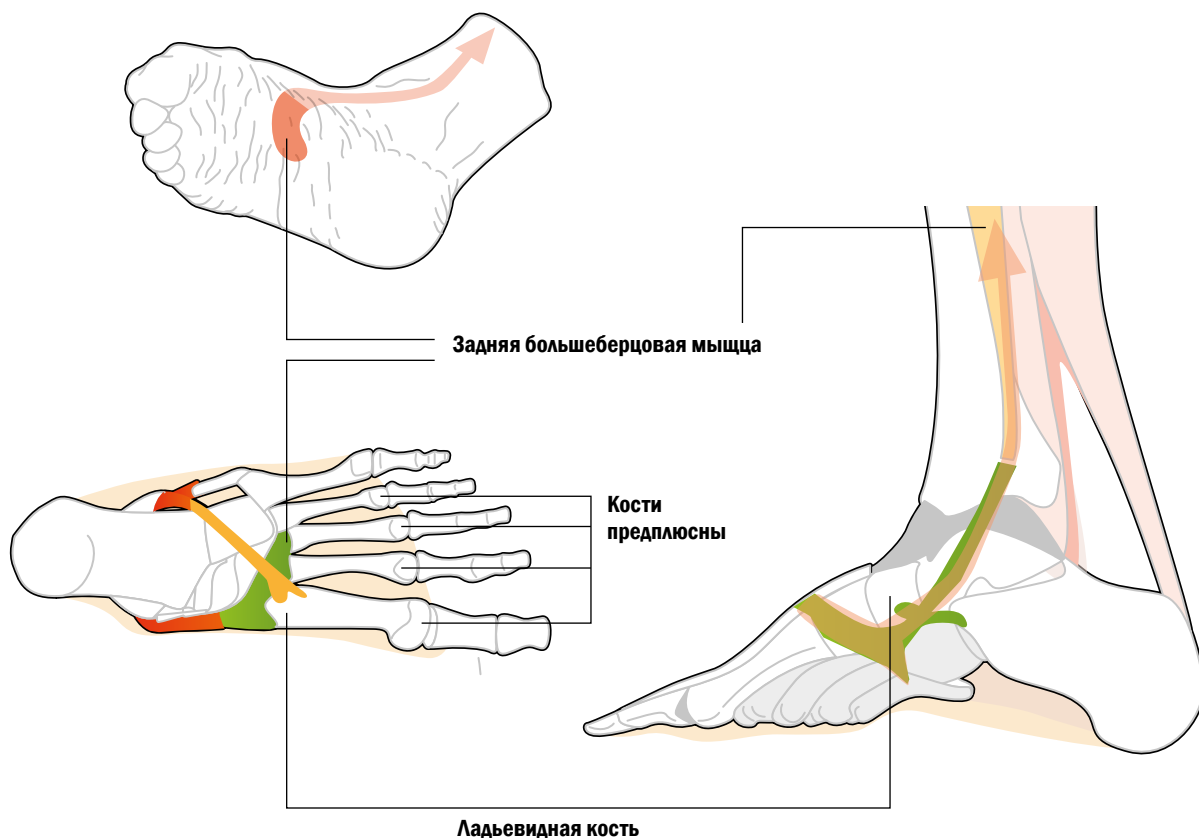


Рисунок 1. | Сухожилие задней большеберцовой мышцы.

Введение

Стойкий болевой синдром стопы — «головная боль» пациентов и амбулаторных врачей различных специальностей. После диагноза «пяточная шпора» начинается хождение по терапевтам, хирургам, артрологам, физиотерапевтам в течение недель и месяцев. Удача, если пациента направят на УВТ, причем больной свято верит, что ему будут разрушать эту самую «пяточную шпору». УВТ подбирается в зависимости от особенностей заболевания, ее возможности достаточно разнообразны, как разнообразен диапазон действия ударной волны. Данная работа посвящена незаслуженно, на наш взгляд, забытой мышце голени и ее «вкладу» в болевой синдром стопы — задней большеберцовой мышце (ЗБМ). Сведения об этой мышце и ее сухожилии можно почерпнуть только из анатомических атласов и статей, посвященных ее травме у спортсменов [1–4]. Наш опыт применения в течение 15 лет экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) для лечения пациентов

с плантарным фасциитом, подпяточным бурситом, ахиллодинией, показал, что в ряде случаев, несмотря на проведение стандартного количества процедур, болевой синдром в стопе сохраняется. В результате проведенного дообследования, по данным МРТ, может быть выявлен тендинит задней большеберцовой мышцы.

Анатомически данная мышца начинается на задней поверхности тела малоберцовой кости, от нижней поверхности латерального мыщелка и верхних двух третей тела большеберцовой кости. Мышца переходит в сильное сухожилие, залегающее в борозде на задней поверхности медиальной лодыжки впереди сухожилия длинного сгибателя пальцев. Перейдя на подошвенную поверхность, сухожилие прикрепляется к бугристости ладьевидной кости, трем клиновидным костям, кубовидной и к основаниям второй, третьей, четвертой плюсневых костей. Латеральная (задняя) часть внедряется в пяточно-ладьевидную связку. Сухожилие данной мышцы поддерживает стопу (рис. 1) и формирует

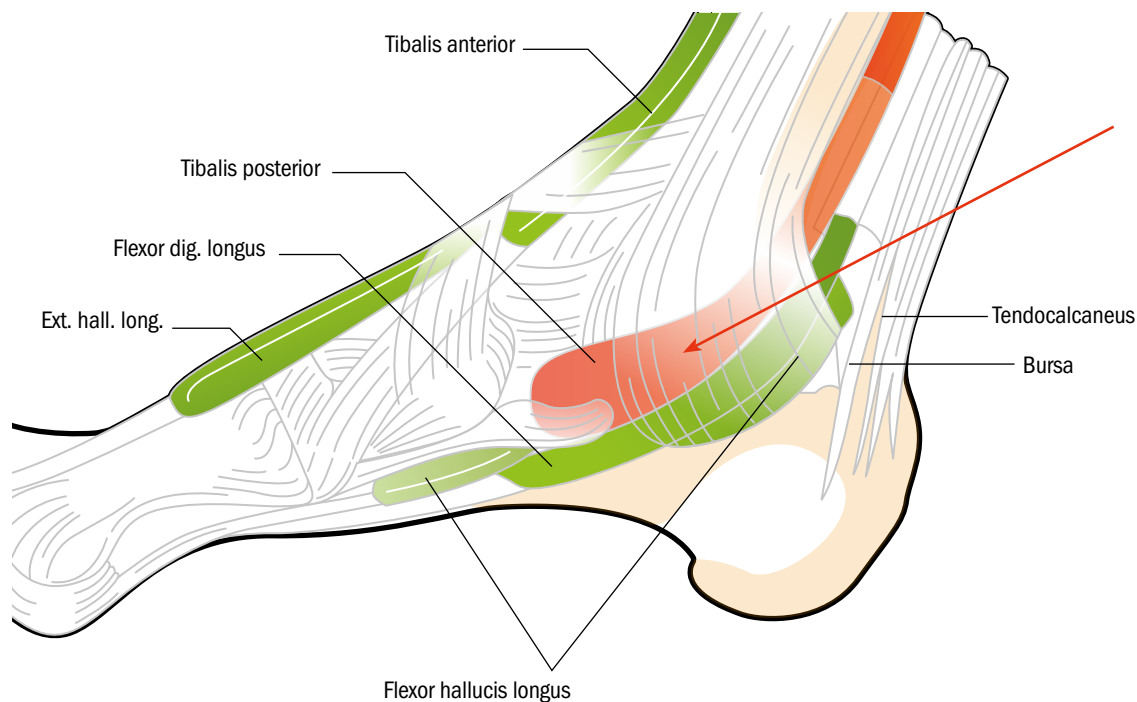


Рисунок 2. | Тендинит задней большеберцовой мышцы.

свод стопы [5, 6]. Синовиальное влагалище сухожилия проксимально поднимается выше сухожилий длинного сгибателя пальцев и сгибателя 1-го пальца.

Что будет, если изменится структура сухожилия и произойдет его растяжение (например, при сахарном диабете, терапии стероидами, травмах)? Ладьевидная, кубовидная и плюсневые кости опустятся вниз, через некоторое время сформируется продольное и поперечное плоскостопие, и стопа «развалится». Другой вариант: ладьевидная и другие кости опускаются, например в силу большого веса пациента или перелома, и травмируют сухожилие задней большеберцовой мышцы, растягивая подошвенный апоневроз. Итог тот же — плоскостопие. И в том, и другом случае наблюдается воспаление сухожилия задней большеберцовой мышцы [7]. Мы пришли к выводу, что диагноз «пяточная шпора, плантарный фасциит» в большинстве случаев сопровождается тендинитом данной мышцы (рис. 2). Таким пациентам целесообразно выполнение лечебно-диагностической процедуры ДУВТ, МРТ и УЗИ.

Цель работы

Изучение методов обследования и эффективности применения ударно-волновой терапии при лечении пациентов с болями в стопе, вызванными тендинитом и тендиномозом сухожилия задней большеберцовой мышцы при подострой и хронической стадии процесса.

Материалы и методы

Группа пациентов составила 27 человек (7 мужчин, 20 женщин), возраст колебался от 33 до 66 лет. «Входной» диагноз, как правило, был «пяточная шпора». Больные свято верили, что ударная волна разрушит «шпору» и боль исчезнет. Пациентов с изолированным тендинитом задней большеберцовой мышцы было трое. Остальные (24 человека) имели поставленный в результате дообследования диагноз тендинит ахиллова сухожилия, задней большеберцовой мышцы, плантарный фасциит, подпяточный бурсит, артроз суставов стопы разной степени выраженности.



Вид с медиальной стороны

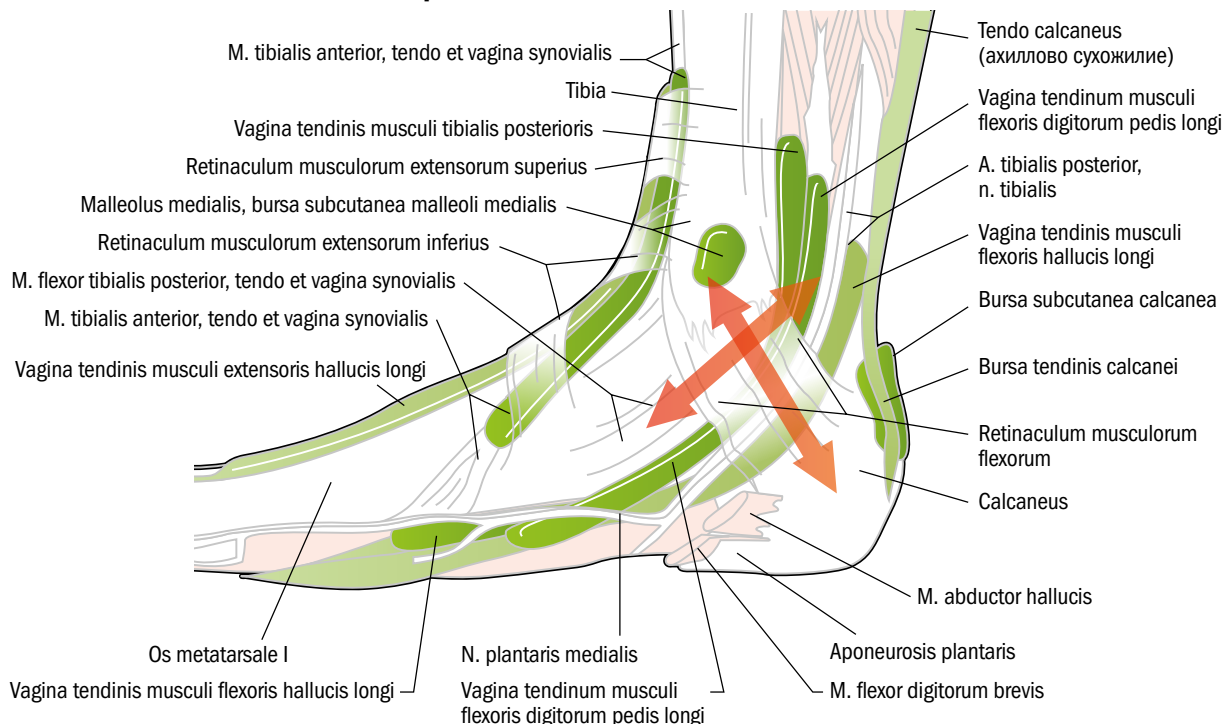


Рисунок 3. | Расположение датчиков при УЗИ.

Проведение диагностического обследования

При лечебно-диагностической процедуре идет воздействие ударной волной по траектории сухожилия ЗБМ в месте, где оно ближе к поверхности кожи. Это сухожилие огибает медиальную лодыжку: вниз — до перехода боковой поверхности в подошвенную, вверх примерно на 5 см. Пациент реагирует достаточно эмоционально. Рядом проходит сухожилие длинного сгибателя пальцев. Если даже оно будет задето и получен болевой «ответ», в дальнейшем это сухожилие также необходимо включить в область воздействия ударной волны. По-видимому, природой в процессе эволюции не был учтен ни набор веса большинством людей, ни неудобная обувь, ни гиподинамия, ни терапия стероидами. Только

одного сухожилия, в основном поддерживающего свод стопы, оказалось мало. В итоге у большинства населения — плоскостопие и Hallux valgus. Изменения стопы носят плоско-вальгусный характер.

УЗИ выполняют в продольной и поперечной проекциях [8]. Датчик устанавливают сразу за медиальной лодыжкой, затем смещают кзади (рис. 3). Важно оценить положение сухожилия ЗБМ начиная от области медиальной лодыжки до места его прикрепления к ладьевидной кости. Все три сухожилия (ЗБМ, длинного сгибателя пальцев стопы, сгибателя 1-го пальца) лежат рядом в одной плоскости (рис. 3).

Диаметр сухожилия длинного сгибателя пальцев на две трети меньше диаметра сухожилия задней

МЫ ПРИШЛИ К ВЫВОДУ, ЧТО ДИАГНОЗ «ПЯТОЧНАЯ ШПОРА, ПЛАНТАРНЫЙ ФАСЦИИТ» В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ТЕНДИНИТОМ ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ



Рисунок 4. | Тейпирование стопы при ахиллодинии и тендините ЗБМ.

большеберцовой мышцы. Во время сканирования оценивается структура сухожилий, толщина, контуры, наличие жидкости в синовиальном влагалище, утолщение синовиальной оболочки. Типичными ультразвуковыми признаками тендинита являются неравномерность толщины, утолщение сухожилия, снижение его эхогенности. При более выраженных дегенеративных изменениях структура становится неоднородной, выявляется жидкость в синовиальном влагалище, отек прилежащих мягких тканей.

Пациенты попадают в кабинет ударно-волновой терапии физиотерапевтического отделения обычно в подострой (от 2 недель до 6 месяцев) стадии тендинита или теносиновита. При этом сухожилие остается в нормальном состоянии, но в синовиальной оболочке обычно присутствует выпот. При дальнейшем прогрессировании заболевания развивается тендопатия уже с повреждением самого сухожилия. Могут иметь место очаговые и диффузные тендопатии [7].

Методика лечения

Поскольку пациентов с изолированным тендинитом задней большеберцовой мышцы очень мало, мы рекомендуем проводить лечение данного заболевания совместно с воздействием на ахиллово сухожилие или плантарный апоневроз. Можно применить три методики. Мы работали на аппарате Piezason 100 plus (фирма Richard Wolf, Германия).

Первый вариант

При тендините только ЗБМ применяли мощность от 3-й до 6-й ступени, что соответствует плотности потока энергии от 0,11 мДж/мм² до 0,22 мДж/мм², частота 4 Гц, 2000 ударов, режим работы — ESWT, 2–3 процедуры еженедельно. При проведении лечебной процедуры воздействуем ударной волной по траектории сухожилия задней большеберцовой мышцы. От медиальной лодыжки вниз — до перехода боковой поверхности в подошвенную, вверх — примерно 5 см.

Второй вариант

При одинаковой выраженности симптомов в случае сочетанных заболеваний: 1500 ударов (при вышеобозначенных технических параметрах) на сухожилие задней большеберцовой мышцы и 2000 ударов на остальные вовлеченные области, 3–5 процедур.

Третий вариант

При сильно выраженных болях рекомендуем: в один день воздействовать на одну область в максимальном режиме, до 3000 ударов один раз в неделю. В другой день — на другую область до 3000 ударов, также один раз в неделю. 3–5 процедур на каждую область.

ВОЗМОЖНОСТИ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ ДОСТАТОЧНО РАЗНООБРАЗНЫ, КАК РАЗНООБРАЗЕН ДИАПАЗОН ДЕЙСТВИЯ УДАРНОЙ ВОЛНЫ. ОН ПОДБИРАЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Параллельно с проводимой ударно-волновой терапией можно применить метод тейпирования для фиксации стопы (рис. 4).

Результаты

Полученные в итоге описанного выше подхода результаты лечения можно оценить как отличные и хорошие у 21 человека (78 %): 3 больных изолированным тендинитом ЗБМ, 18 больных тендинитом ахиллова сухожилия и ЗБМ. Удовлетворительные у 6 больных (22 %) с сочетанными заболеваниями.

Удовлетворительные результаты мы объясняем сопутствующим артрозом суставов стопы, так как характер болей изменился, но они продолжали беспокоить этих пациентов.

Заключение

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод: дистанционная УВТ эффективна при лечении пациентов с болями в стопе, вызванными тендинитом и тендинозом сухожилия ЗБМ при подострой и хронической стадии процесса, и после соответствующей тщательной диагностики может быть рекомендована пациентам с данным диагнозом, в том числе при сочетанных заболеваниях. ММ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щепкина Е. А., Сорокин Е. П. Травматический вывих сухожилия задней большеберцовой мышцы. Журнал травматологии и ортопедии России. 2016; (1): с. 117–123.
2. Holmes G.B., Mann R.A. Possible epidemiological factors associated with rupture of the posterior tibial tendon. *Foot and Ankle International*, vol. 13, N 2, 1992, p. 70–79.
3. Netter F.H. *Atlas of human anatomy*. Icon Learning system, a MediMedia USA Company, NJ, 1997, p. 493
4. Beidert R. Dislocation of the tibialis posterior tendon. *Am J Sports med*. 1992, 20: 775–776.
5. Алексеев А. В. Центр кинезиологии. Чебоксары. YouTube, лекция, часть 3, Задняя большеберцовая мышца, плоскостопие, свод стопы, 03.05.2018 г.
6. Сапин М. Р. *Анатомия человека. Том 1*. Москва, Медицина, 1993. С. 334.
7. Alvares R.G. Stage 1 and 2 posterior Tibial Tendon dysfunction. *Foot and Ankle International*, vol.27, N 1. 2006, p. 56–58.
8. Еськин Н. А. Ультрасонография голеностопного сустава. Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической медицины». Москва, 6–7 декабря 2001. С. 196.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация об авторах

Шерковина Татьяна Юрьевна, кандидат медицинских наук, заведующая кабинетом ударно-волновой терапии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы».

ORCID:0000-0002-4971-6742

Смехова Светлана Викторовна, врач УЗИ высшей категории Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы».

ORCID: 0000-0003-3224-0458

Контактная информация

Шерковина Татьяна Юрьевна, кандидат медицинских наук, заведующая кабинетом ударно-волновой терапии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «ГКБ № 13 ДЗМ».

Москва, 115280, ул. Велозаводская, 1/1.

E-mail: grb_fto@mail.ru

Корпоративные программы по укреплению здоровья трудоспособного населения Москвы

Е. И. Аксенова¹, Л. А. Ходырева², П. С. Турзин³

¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

² Европейский медицинский центр, Москва

³ ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта»

Аннотация

Проведен анализ отечественного и зарубежного опыта разработки и успешного выполнения корпоративных программ по укреплению здоровья сотрудников. Рассмотрены здоровьесберегающие проекты города Москвы. Сформированы цели, задачи и направления создания модельной корпоративной программы по укреплению профессионального здоровья трудоспособного населения столицы.

Ключевые слова: корпоративные программы, трудоспособное население, здоровье.

Corporate Health Promotion Programs for the Working-Age Population of Moscow

E.I. Aksenova¹, L.A. Khodyreva², P.S. Turzin³

¹ Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

² European Medical Center, Moscow

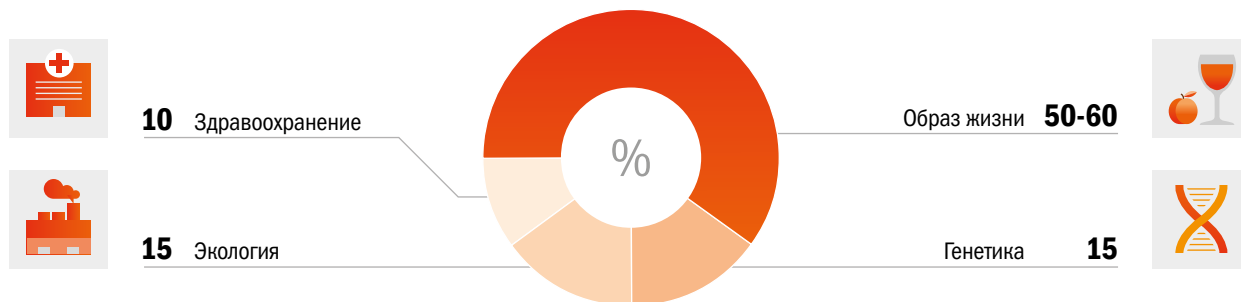
³ Russian Federal State Institution All-Russian Scientific Research Institute of Physical Culture and Sport (VNIIFK), Moscow

Abstract

Authors analyzed domestic and foreign experience in the development and successful implementation of corporate health-saving programs, and considered health-saving projects in Moscow. The goals, objectives and directions for creating a corporate program model to promote the occupational health of the working-age population of Moscow have been formed.

Keywords: corporate programs, working-age population, health.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ



По данным ВОЗ

Введение

Модельными корпоративными программами по укреплению общественного здоровья (здорового образа жизни, профессионального здоровья) принято называть организованные и финансируемые работодателями мероприятия, направленные на поддержку здоровья сотрудников (иногда и членов их семей). Комплекс мер по стимулированию здорового образа жизни повышает работоспособность сотрудников, улучшает микроклимат в коллективе, является профилактикой заболеваний, повышает безопасность, производительность и эффективность труда. В конечном итоге это приносит выгоду самой организации (учреждению).

Известно, что здоровье человека на 50 % зависит от его образа жизни. Значительная часть смертей от неинфекционных заболеваний связана с курением, злоупотреблением алкоголем, нерациональным питанием и недостаточной физической активностью [1,2].

В настоящее время в развитых странах типовые корпоративные программы включают:

- диагностику состояния здоровья непосредственно в учреждении (на производстве);
- определение уровня рисков здоровью работников — прежде всего от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), нерационального питания, недостаточной физической активности, а также профессиональных стрессов;
- комплекс организационных и медико-социальных мероприятий по сохранению и улучшению общего состояния здоровья, предотвращению профессионально обусловленных заболеваний, травм, инвалидности и повышению эффективности их деятельности.

Министерство здравоохранения Российской Федерации поддерживает развитие корпоративных программ

по формированию и поддержанию здорового образа жизни работников. Об этом сообщила министр здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцова на сессии «Продолжительность здоровой жизни — основа развития общества» в рамках Российского инвестиционного форума в Сочи 14.02.2019 [3].

Отечественный опыт разработки и реализации модельных корпоративных программ по укреплению общественного здоровья

Одной из важнейших задач социальной политики на современном этапе развития страны является формирование здорового образа жизни населения, прежде всего трудоспособного возраста.

В настоящее время в стране действует целый ряд законов, направленных на профилактику заболеваний и пропаганду здорового образа жизни:

- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака», принят Государственной Думой 21.06.2001 г., одобрен Советом Федерации 29 июня 2001 года;
- Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и др.

Согласно статье 12 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах

КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ



По данным ВОЗ

охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профилактика включает в себя:

- разработку и реализацию программ по формированию здорового образа жизни — в том числе по снижению потребления алкоголя и курения табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведение мероприятий по предупреждению, раннему выявлению заболеваний (в том числе социально значимых) и борьбе с ними;
- организацию профилактических и иных медицинских осмотров: диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- проведение мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

На федеральном уровне принят ряд федеральных целевых программ. Вопросы формирования здорового

образа жизни отражены в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года.

В «План мероприятий по реализации в 2016–2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.04.2016 № 669-р), включены мероприятия по реализации государственной политики, направленной на снижение потребления алкогольной продукции и разработку концепции осуществления государственной политики противодействия курению табака.

В Государственную программу города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012–2020 годы», утвержденную постановлением Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП (в ред. постановлений Правительства Москвы от 22.02.2012 № 64-ПП, от 28.05.2013



№ 331-ПП, от 14.05.2014 № 249-ПП, от 20.04.2015 № 209-ПП, от 23.04.2015 № 229-ПП, от 15.12.2015 № 860-ПП, от 10.10.2016 № 656-ПП), включена подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи».

Много внимания сохранению, укреплению и улучшению профессионального здоровья и формированию здорового образа жизни населения трудоспособного возраста в стране и столице уделяют общественные организации работодателей: Российский совет работодателей и промышленников Российского союза промышленников и предпринимателей, Координационный совет Российского союза промышленников и предпринимателей Центрального федерального округа, Региональное отделение Российского союза промышленников и предпринимателей города федерального значения Москвы «Московская конфедерация промышленников и предпринимателей (работодателей)». А также общественные организации работников: Федерация независимых профсоюзов России и Московская федерация профсоюзов.

В настоящее время в нашей стране имеется ряд позитивных примеров создания и внедрения корпоративных программ по укреплению общественного здоровья, в том числе профессионального.

Так, в рамках научно-методического обеспечения сохранения, укрепления и улучшения профессионального здоровья и формирования здорового образа жизни населения трудоспособного возраста корпоративные программы активно разрабатывают и внедряют: в системе Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины»), в системе Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова»).

На региональном уровне, например, был издан приказ Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 22 января 2016 г. № 85 «О реализации в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, корпоративной программы «Здоровье на рабочем месте «Начни с себя» [4].

БУЗ ВО «Вологодский областной центр медицинской профилактики» опубликовал проект корпоративной программы «Будь здоров. Начни с себя» [5].

Основная часть работодателей, входящих в Ассоциацию международных фармацевтических производителей, считает, что они должны нести ответственность

за здоровье своих сотрудников. Но при этом следует соблюдать главное условие — должна быть личная заинтересованность самих работников в ведении здорового образа жизни и участии в реализации корпоративных программ по месту их работы. Подготовлены «Рекомендации по разработке и внедрению корпоративных программ по поддержке здорового образа жизни сотрудников предприятий [6]».

Мнение работников и руководителей компаний совпадает в выборе приоритетных направлений программ по поддержке здорового образа жизни сотрудников [7]:

- развитие и поддержание физической активности (софинансирование занятий спортом);
- организация питания (дотации и скидки на здоровые блюда);
- медицинские мероприятия (скрининг основных показателей здоровья).

Предполагается, что реализация корпоративных программ в области укрепления здоровья работников приведет к следующим результатам.

Для работников:

- укрепление здоровья и улучшение самочувствия;
- рост производительности труда и заработной платы;
- сокращение затрат на медицинское обслуживание.

Для работодателей:

- сохранение здоровых трудовых ресурсов;
- сокращение трудопотерь по болезни;
- снижение текучести кадров;
- рост производительности труда;
- повышение имиджа компании.

Для формирования у работодателей готовности к охране здоровья граждан путем организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на повышение мотивации работников к сохранению и укреплению здоровья и ведению здорового образа жизни, Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации разработало программу «Основы медицинских знаний, которыми должны владеть работодатели для стимулирования и мотивации работников к сохранению и укреплению здоровья и ведению здорового образа жизни» [8].

В целом в настоящее время система мероприятий по формированию здорового образа жизни населения, в том числе трудоспособного возраста, реализуется на трех уровнях:

- 1. Социальном:** пропаганда здорового образа жизни с помощью средств массовой информации, проведение

санитарно-просветительской, информационно-просветительской и образовательной работы учреждениями здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты населения, подростково-молодежными клубами, общественными объединениями и др.;

2. Инфраструктурном: создание условий для ведения здорового образа жизни в основных сферах жизнедеятельности, развитие сети физкультурно-спортивных и досуговых организаций; проведение экологического контроля; оснащение учреждений здравоохранения, образования, культуры необходимым оборудованием;

3. Личностном: формирование системы ценностных ориентиров различных возрастных групп населения, повышение качества его жизни.

Формирование навыков ведения здорового образа жизни начинается с воспитания мотивации к здоровому образу жизни и осуществляется через:

1. Целенаправленную деятельность государственных, муниципальных учреждений и общественных объединений в рамках здоровьесформирующих программ;
2. Систему учреждений здравоохранения, образования, культуры посредством создания здоровьесберегающей среды или территорий здорового образа жизни;
3. Семейное воспитание по сохранению, укреплению и развитию духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья всех ее членов.

Зарубежный опыт разработки и реализации модельных корпоративных программ по укреплению общественно-го здоровья

За рубежом управление здоровьем персонала является одним из ведущих подходов, повышающих мотивацию работников и уменьшающих экономические затраты организаций, так как заболевший работник обходится значительно дороже, чем стоимость оптимизации условий и факторов труда на рабочем месте. Рационализация системы управления здоровьем работников приводит к увеличению работоспособности и повышению эффективности деятельности работников, снижению их заболеваемости и сроков нетрудоспособности [9].

Сохранение и укрепление здоровья и поддержание надлежащего поведения на рабочем месте может быть обеспечено лишь совместными усилиями работников, работодателей и общества в целом посредством улучшения организации и условий труда, а также повышения культуры и мотивации работников [10].

В зарубежных странах корпоративные программы укрепления общественного здоровья подразумевают организованные работодателями мероприятия, направленные на сохранение здоровья работников путем стимулирования поведения, снижающего риски здоровью, и в целом улучшающие качество их жизни, повышающие их работоспособность и приносящие экономические выгоды непосредственно самой организации [11].

В Совместном докладе ВОЗ/ВЭФ «Поощрение здорового образа жизни» (2008) отмечается, что программы поощрения здоровья на рабочем месте, борьба с сидячим образом жизни и нездоровыми привычками в питании оказываются эффективными против факторов риска возникновения основных неинфекционных заболеваний (инфаркта миокарда, инсульта, рака, хронических заболеваний дыхательных путей и сахарного диабета 2 типа).

Проведенные исследования показали, что здоровое питание и физическая активность играют важную роль в профилактике основных неинфекционных заболеваний.

Так, 80 % всех случаев развития инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета 2 типа и 40 % всех случаев рака могут быть предотвращены с помощью элементарных мер (здорового питания, физической активности и т. д.) [12].

Экспертами ВОЗ определено, что наибольший эффект в борьбе с избыточной массой тела работников приносят организация здорового питания на предприятии и занятия физической культурой [13].

Разрабатываются и применяются корпоративные программы, направленные на популяризацию здорового образа жизни среди работников компаний различного профиля. В результате их выполнения отмечается снижение количества трудопотерь из-за болезней и соответствующее сокращение расходов на медицинское обеспечение работников [14].

Поэтому многими американскими компаниями финансируются программы популяризации здорового образа жизни. Отмечается, что данные инвестиции приносят прибыль [15].

В целях повышения эффективности использования этих программ предлагается повысить корпоративную культуру, увеличить участие как руководителей, так и работников в выполнении всех этапов программы; применять различные виды мотивирования за достигнутые успехи; расширить сотрудничество со специалистами в области медицины и гигиены труда, а также со страховыми компаниями и общественными организациями.

В Сингапуре Совет по укреплению здоровья, являющийся правительственной организацией, приверженной

ТИПЫ КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ:

<p>1 ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА:</p>	 <p>всего коллектива работников</p>	 <p>отдельных групп работников</p>	
<p>2 ПО СОДЕРЖАНИЮ:</p>  <p>выявляющие факторы риска</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ медицинские профилактические осмотры – биометрический скрининг 	 <p>изменяющие поведение работников</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ персональное консультирование ■ стимулирующие отказ от курения мероприятия ■ программы управления собственным весом ■ программы по изменению питания ■ занятия спортом ■ различные соревнования и конкурсы 	 <p>образовательные</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ школы и дни здоровья ■ семинары <p>■ поддержка онлайн-ресурсов, посвященных проблемам здоровья, и т. п.</p>  <p>изменяющие производственную среду</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ оптимизация производственного процесса, рабочих мест, микроклимата, сферы питания работников, маршрутов их передвижения и т. д.  <p>простой скрининг состояния здоровья, основанный на анкетировании работников</p>	
<p>3 ПО МАТЕРИАЛЬНОМУ СТИМУЛИРОВАНИЮ</p> <p>(исходя из эффективности участия работников в выполнении корпоративных программ):</p>	 <p>без материального стимулирования</p>	 <p>с материальным стимулированием</p> <p>Например</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ премии ■ бонусы ■ поощрительные вознаграждения <p>и т. д.</p>	
<p>4 ПО ФИНАНСОВЫМ ЗАТРАТАМ:</p>  <p>бесплатные</p> <p>Например</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ запрет на курение на территории предприятий ■ рекомендации по изменению меню в столовой <p>и т. д.</p>	 <p>с высокими постоянными и низкими переменными затратами</p> <p>Например</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ реконструкция помещений и рационализация рабочих мест 	 <p>с низкими постоянными и высокими переменными затратами</p> <p>Например</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ образовательные программы ■ покупка ежегодных абонементов на фитнес <p>и т. д.</p>	 <p>с высокими постоянными и переменными затратами</p> <p>Например</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ создание и содержание собственных медицинских центров, спортзалов <p>и т. д.</p>

поощрению здорового образа жизни, разрабатывает и внедряет широкий спектр корпоративных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний: программ охраны здоровья на рабочем месте; программ повышения физической активности; программ, включающих медицинские, в том числе стоматологические, услуги, и т. д. [16].

В США разработанные в Центрах по контролю и профилактике заболеваний программы укрепления здоровья на рабочих местах становятся эффективным подходом к борьбе с эпидемией ожирения среди взрослых и за улучшение общего состояния здоровья работников. С этой целью используют систему показателей здоровья на рабочем месте. Рекомендуется на рабочем месте создавать условия для борьбы с эпидемией ожирения среди взрослых и улучшения здоровья работающего населения за счет физической активности. Результаты исследования демонстрируют связь между программами укрепления здоровья на рабочих местах и улучшением поведения работников в отношении их здоровья [17].

Апробирован системный подход в реализации комплексных программ укрепления здоровья на рабочем месте с помощью мероприятий, направленных на повышение информированности работников о сохранении здоровья; просветительских и обучающих мероприятий (бесед, семинаров) по различным темам медицины и здравоохранения, в том числе по управлению собственным здоровьем с помощью целевых программ. Например, «Программы отказа от курения» и «Программы самоконтроля при хронических заболеваниях» [18].

Здоровьеформирующие проекты столицы

В столице реализуется целый ряд здоровьеформирующих проектов («Москва — столица здоровья», «Здоровая Москва», «Московское здоровое лето», «ЗОЖ через молодежь» и другие), в которых активно анализируются и разрабатываются возможности формирования здорового образа жизни населения города Москвы, в том числе трудоспособного возраста. Проекты предполагают обязательное внедрение разработанных рекомендаций и предложений как в практику работы организаций (учреждений), так и в повседневную жизнь.

В целом формирование здорового образа жизни работников организаций (учреждений), расположенных на территории Москвы, является одним из главных рычагов первичной профилактики в укреплении здоровья трудоспособного населения Москвы.

Особое место в процессе формирования у трудоспособного населения мотивации к ведению здорового

образа жизни, сохранению и укреплению здоровья принадлежит СМИ: прессе, радио, телевидению, интернету. Постоянно обновляются информационные материалы по пропаганде здорового образа жизни на сайтах организаций (учреждений), выпускаются различные памятки и информационные материалы.

К сожалению, пока здоровый образ жизни не стал нормой для абсолютного большинства трудоспособного населения столицы. Еще не искоренены такие вредные привычки, как табакокурение, злоупотребление спиртными напитками и другие.

Основы создания модельной корпоративной программы по укреплению профессионального здоровья трудоспособного населения

Типовая модельная корпоративная программа, содержащая лучшие практики по укреплению здоровья работников, разработанная в рамках выполнения национального проекта «Демография», федерального и регионального проектов «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек», должна быть направлена на продвижение принципов здорового образа жизни в коллективах работников.

Она должна содержать наилучшие практики по укреплению здоровья работников, включая мероприятия, направленные на создание условий для ведения и продвижения здорового образа жизни, снижение действия факторов риска неинфекционных заболеваний (профилактику курения и помощь в отказе от табака, расширение физической активности, снижение уровня стресса, продвижение принципов здорового питания), для проведения скрининга и раннего выявления заболеваний, вовлечения работников в программы по укреплению здоровья на рабочем месте, а также в программы, реализуемые региональным и/или муниципальным центром общественного здоровья.

В связи с этим особое значение придается разработке и реализации модельных корпоративных программ по укреплению общественного здоровья (здорового образа жизни, профессионального здоровья) работников организаций (учреждений), расположенных на территории города федерального значения Москва.

Цель корпоративной программы

Повышение уровня здоровья работников организации (учреждения).



Задачи корпоративной программы

1. Формирование системы мотивации работников организации (учреждения) к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек.
2. Создание благоприятных условий в организации (учреждении) для ведения здорового и активного образа жизни, в том числе для снижения профессионального стресса на рабочем месте.
3. Повышение ответственности за индивидуальное здоровье и приверженность к здоровому образу жизни работников.
4. Выявление и коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у работников.
5. Выявление заболеваний работников на ранних стадиях.
6. Проведение для работников оздоровительных, восстановительных и реабилитационных мероприятий.
7. Создание оптимальных гигиенических, экологических и эргономических условий деятельности работников на рабочих местах.
4. Создание условий для улучшения индивидуального и профессионального (физического, психологического и социального здоровья) работников, повышения их работоспособности, продуктивности и стрессоустойчивости.
5. Формирование активной жизненной позиции работников, создание благоприятного микроклимата в коллективе, повышение сплоченности коллектива организации (учреждения).
6. Выполнение скрининга состояния здоровья работников.
7. Выполнение скрининга состояния рабочих мест.
8. Формирование мотивации к здоровому питанию.
9. Формирование установки на отказ от вредных привычек.
10. Формирование мотивации к повышению двигательной активности.
11. Формирование стрессоустойчивости.
12. Выполнение информационно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни.
13. Аудит эффективности выполнения корпоративной программы.

Направления корпоративной программы

1. Разработка плана мероприятий по формированию системы мотивации работников организации (учреждения) к здоровому образу жизни в целях их оздоровления.
2. Поиск, анализ и адаптация лучших практик укрепления общественного здоровья и формирования здорового образа жизни.
3. Создание условий для вовлечения работников в программу по укреплению их здоровья на рабочем месте.

Заключение

Таким образом, в ходе настоящего исследования проанализированы основные подходы, направления и практики для реализации Типовой модельной корпоративной программы по укреплению здоровья работников в рамках выполнения национального проекта «Демография», федерального и регионального проектов «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Намечены конкретные шаги для ее осуществления. ММ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Миронов С. П., Арутюнов А. Т., Турзин П. С. Факторы риска заболеваний человека и их профилактика. — М.: Принт-Ателье, 2008. — 272 с.
2. Арутюнов А. Т., Денисенко В. И., Турзин П. С., Ходжаев С. С. Профилактическая медицина и эпидемиология: Энциклопедический словарь-справочник / Под ред. Г. Г. Онищенко и В. И. Покровского. — С.: «МАДЖЕНТА», 2010. — 756 с.
3. Минздрав поддержал развитие корпоративных программ по ЗОЖ. ТАСС. 14 февраля 2019.
4. Ананьева С. И. Корпоративная программа «Здоровье на рабочем месте. Начни с себя».
5. Андреева Е. И. Проект корпоративной программы укрепления здоровья на рабочем месте «Будь здоров. Начни с себя». [bud_zdorov_nachni_s_sebya.pdf](#).

6. Рекомендации по разработке и внедрению корпоративных программ по поддержке здорового образа жизни сотрудников предприятий.
7. Шавензон А. Разработка и внедрение корпоративных программ по поддержке здорового образа жизни. *nopm.sharepoint.com*.
8. Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 августа 2016 г. № 15-2/10/В-5638 «О направлении программы «Основы медицинских знаний, которыми должны владеть работодатели для стимулирования и мотивации работников к сохранению и укреплению здоровья и ведению здорового образа жизни».
9. Засимова Л. С., Хоркина Н. А., Калинин А. М. Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2014. — № 4. — С. 69–94.
10. Berry L., Mirabito A.M., Baun W.B. What's the hard return on employee wellness programs? // *Harvard business review*. 2010. December. P. 104–112.
11. Совместный доклад ВОЗ/ВЭФ «Поощрение здорового образа жизни», 2008.
12. *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de Santé, 2005.
13. Отчет ВОЗ «Интервенции в области питания и физической активности: какие меры работают», WHO, 2009.
14. Golaszewski T. Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact // *American journal of health promotion: AJHP* 15(5):332-40. May 2001.
15. Ronald J. Burke, Astrid M. Richardsen. *Corporate Wellness Programs: Linking Employee and Organizational Health*. Edward Elgar Publishing, 28.11.2014. — 392 p.
16. Health. Promotion. Board. *hpb.gov.sg*.
17. Gutermuth LK, Hager ER, Pollack Porter K. Using the CDC's Worksite Health ScoreCard as a Framework to Examine Worksite Health Promotion and Physical Activity. *Prev Chronic Dis* 2018; 15:170463.
18. Gutermuth LK, Hager ER, Pollack Porter K. Using the CDC's Worksite Health ScoreCard as a Framework to Examine Worksite Health Promotion and Physical Activity. *Prev Chronic Dis* 2018; 15:170463.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация об авторах

Аксенова Елена Ивановна, доктор экономических наук, доцент, директор ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
ORCID: 0000-0003-1600-1641

Ходырева Любовь Алексеевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
ORCID 0000-0002-0751-4982

Турзин Петр Степанович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: TurzinPS@zdrav.mos.ru
ORCID 0000-0001-5231-8000

Контактная информация

Турзин Петр Степанович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес: 115088 Россия, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. E-mail: TurzinPS@zdrav.mos.ru



Периферическая лимфаденопатия у детей: взгляд онколога

А. С. Наумова¹, О. А. Тиганова^{1,2}, Л. И. Ильенко²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация

В практике педиатров, хирургов, инфекционистов, гематологов, онкологов часто возникают клинические ситуации, при которых у детей и подростков выявляется лимфаденопатия. В подобных случаях необходимо определить направление диагностического поиска, поскольку лимфаденопатия может быть симптомом множества заболеваний, различных по этиологии, клинической картине, методам диагностики, лечения, прогнозу. Дифференциально-диагностическую проблему могут решить детальный сбор анамнеза, тщательное физикальное обследование пациента, использование лабораторных и инструментальных методов диагностики, своевременное направление пациента на выполнение биопсии увеличенного лимфатического узла. Следует избегать применения стероидных гормонов до установления этиологии лимфаденопатии, поскольку глюкокортикоиды маскируют течение лейкозов и лимфом.

Ключевые слова: лимфаденопатия, лимфатические узлы, диагностика, злокачественные новообразования, дети.

Lymphadenopathy in Children: an Oncologist's View

A. S. Naumova¹, O. A. Tiganova^{1,2}, L. I. Ilyenko²

¹ Morozov Children Clinical Hospital, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Abstract

Lymphadenopathy is a common clinical case for the pediatricians, surgeons, infectiologists, hematologists, oncologists. Lymphadenopathy can be a clue to a plenty of diseases that differ in etiology, symptoms, diagnostic, treatment, prognosis, and the differential diagnosis of lymphadenopathy can be broad. History, physical examination, laboratory evaluation, radiologic evaluation, adequate biopsy are essential for verification of a nosological diagnosis. The therapy with glucocorticoids should be avoided until a definitive diagnosis is known, because they will mask and delay the diagnosis of leukemia and lymphomas.

Keywords: lymphadenopathy, lymph nodes, diagnostics, malignancy, children.

Введение

Количественная и размерная лимфаденопатия (ЛАП) обнаруживается при проведении физикального осмотра у 80 % пациентов детского и подросткового возраста. Среди причин развития ЛАП у детей выделены в том числе и жизнеугрожающие заболевания. Необходимость своевременной диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) диктует определение алгоритма адекватного обследования ребенка с пальпируемыми лимфоузлами. Знание локализации и допустимых размеров лимфоузлов при пальпации у здорового ребенка может помочь клиницисту при определении тактики ведения пациента с измененными лимфатическими узлами.

Лимфатическая система у здоровых детей

У здоровых детей с рождения до 12 месяцев пальпируются шейные, подключичные, подмышечные и паховые лимфоузлы размерами 0,3 мм. У новорожденных легче всего пальпируются паховые лимфоузлы, у детей старше 1 месяца — паховые и шейные [1]. У новорожденных лимфоузлы не должны превышать 1 см, у детей до года — 1,6 см. У детей с 3 недель до 6 лет в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, заушные и затылочные лимфоузлы размерами 0,5 см. У детей грудного и младшего возраста часто встречается увеличение затылочных и заушных лимфоузлов, у детей дошкольного и школьного возраста — подчелюстных и шейных.

Таким образом, на протяжении всего периода детства у здоровых детей определяются лимфоузлы шейных, подмышечных, паховых групп размерами не более 1,6 см. Однако для шейных и подмышечных лимфоузлов увеличенными считаются узлы более 1 см, для паховых — более 1,5 см [2, 3]. Критическим размером для эпитрохлеарных лимфоузлов является 0,5 см [4, 5]. Затылочные, переднеушные, подбородочные, подколенные лимфоузлы также могут пальпироваться, но чаще их увеличение до степени пальпируемости сопровождает течение локальной инфекции или воспалительного процесса [4–6].

Диагностика лимфаденопатии у детей

Стоит помнить об отличиях диагностических алгоритмов у детей с периферической (локальной) лимфаденопатией (ПЛАП) и генерализованной лимфаденопатией (ГЛАП). Локальная ЛАП — это увеличение одной группы лимфатических узлов или нескольких групп, расположенных в одной или двух смежных анатомических областях. Локальные ЛАП от всех случаев ЛАП у детей

составляют 75 %, из которых 50 % приходится на ЛАП головы и шеи. Увеличение лимфатических узлов головы и шеи, как правило, является следствием инфекционных процессов в дренируемых зонах и может быть быстро диагностировано при наличии первичного очага инфекции.

Генерализованная ЛАП — увеличение лимфатических узлов в двух или более анатомически не связанных группах лимфатических узлов или увеличение лимфоузлов одной группы с одновременным увеличением внутригрудных/внутрибрюшных лимфоузлов. Генерализованная ЛАП занимает 25 % от всех случаев ЛАП у детей и всегда обусловлена течением патологического процесса: тяжелые инфекционно-воспалительные и аутоиммунные заболевания, ЗНО [7].

Таким образом, с целью определения распространенности процесса в первую очередь рекомендуется проведение УЗИ всех групп периферических лимфатических узлов; УЗИ органов брюшной полости с оценкой размеров печени, селезенки, мезентериальных лимфатических узлов; рентгенографии органов грудной клетки.

Диагностический алгоритм для ПЛАП

Обобщенная последовательность действий в отношении детей и подростков с ПЛАП представлена на рисунке 1. В тексте содержатся пояснения к этапам обследования пациентов.

1. Анамнез

Необходим тщательный сбор анамнеза с прицельным уточнением факторов, способных вызвать ЛАП. Необходимо выяснить точный возраст пациента, продолжительность и локализацию ЛАП, контакты с инфекционными больными (включая туберкулез), наличие домашних животных (особенно кошек, морских свинок), дополнительные симптомы, вакцинальный статус, постоянный прием лекарственных препаратов. Важно, что ЛАП считается острой при длительности менее 3 недель и хронической — при длительности более 6 недель.

2. Физикальное обследование

Физикальный осмотр ребенка включает пальпацию всех групп лимфоузлов с учетом областей дренирования. При пальпации лимфоузлов определяются размер лимфоузлов в каждой группе, анатомическая локализация, количество, консистенция, подвижность, болезненность, состояние окружающих мягких тканей [8].

3. Этиология ЛАП

После тщательного сбора анамнеза и внимательного физикального осмотра, как правило, появляются предположения в отношении причины ЛАП.

С целью установления этиологии ЛАП у детей, необходимо проведение следующих лабораторных

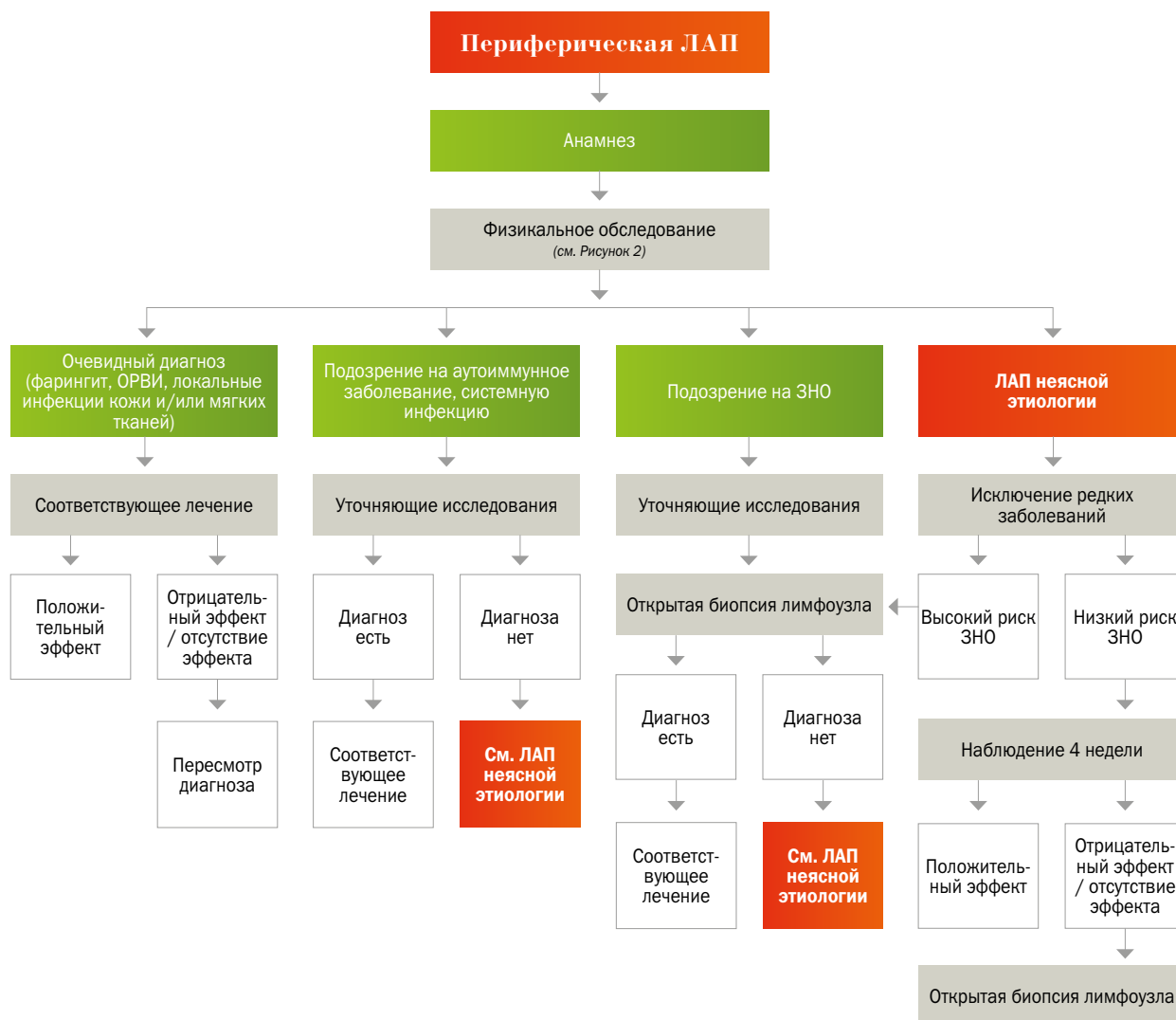


Рисунок 1. | Диагностический алгоритм при периферической ЛАП [2, 4, 5, 6].

исследований: клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови [ЛДГ, ГГТ, ЩФ, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, альбумин, глюкоза, мочеви́на, креатинин, альфа-амилаза, С-реактивный белок (СРБ), АСЛО]; сывороточные иммуноглобулины IgA, IgG, IgM; антитела к вирусу Эпштейна-Барр IgG (EBNA), IgM (VCA), капсидный IgG (VCA), ранний IgG (EA) к вирусу Эпштейна-Барр; ПЦР ДНК ЭБВ; IgG, IgM к цитомегаловирусу (ЦМВ); IgG, IgM к *Toxoplasma gondii*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*; *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*; IgG, IgM к вирусам простого герпеса 1, 2, 6; антитела к ВИЧ 1 и 2, антиген ВИЧ 1 и 2; поверхностный

антиген вируса гепатита В (HBsAg); антитела к антигенам вируса гепатита С (anti-HCV-total); реакция Манту/диаскинтест.

А. Диагноз может быть очевиден в случае ПЛАП, сопровождающей ОРВИ, локальные инфекционные процессы (инфекции кожи, мягких тканей в области дренируемых зон увеличенных лимфоузлов), обострение хронических заболеваний ЛОР-органов (хронический тонзиллит).

Острый инфекционный лимфаденит — увеличение лимфатического узла, обусловленное воспалительной реакцией непосредственно в ткани узла и сопровождающееся внешними признаками воспаления

Данные физикального осмотра, направляющие диагностический поиск

Шейные и подмышечные лимфоузлы размером менее 1 см и паховые лимфоузлы размером менее 1,5 см в норме пальпируются у детей всех возрастных групп.

Единичные, подвижные, ненапряженные лимфоузлы с большой вероятностью предполагают неопухолевую этиологию.

Болезненность, эритема, гипертермия кожи в проекции увеличенного лимфоузла предполагают его непосредственное инфицирование.

Флюктуация увеличенного лимфоузла/конгломерата лимфоузлов предполагает формирование абсцесса.

Плотные лимфоузлы, спаянные с подлежащими тканями, безболезненные при пальпации, с высокой вероятностью обусловлены опухолевым процессом.

Сопутствующее наличие гиперемии зева и налета на миндалинах.

Сопутствующее наличие повреждений травматического характера, локального инфекционного процесса в зоне дренирования лимфоузлов.

Сопутствующее наличие гепатоспленомегалии.

Сопутствующее наличие на кожных покровах сыпи, петехиальных кровоизлияний.

Сопутствующие изменения окраски кожных покровов: бледность, желтуха.

Наличие генерализованной ЛАП.

Рисунок 2. | Данные физикального осмотра, направляющие диагностический поиск.

(эритема кожи в проекции лимфоузла, локальные отек и гипертермия, болезненность). Острый инфекционный лимфаденит может быть вирусным, бактериальным или вызываться простейшими. Острый бактериальный лимфаденит, как правило, является односторонним и ассоциирован с первичным очагом воспаления, находящимся в одной или смежных областях с пораженным лимфоузлом. Нередко сопровождается лимфангитом — воспалением лимфатических сосудов, проявляющимся в виде узких полос гиперемии на коже в проекции лимфатических сосудов. Если известна локализация первичного очага инфекции, при возможности необходимо провести бактериологическое исследование с целью определения возбудителя и назначить терапию в соответствии с чувствительностью возбудителя к антибиотикам. При назначении эмпирической антибактериальной терапии препаратами выбора являются пероральные бета-лактамы (амоксциллин/клавуланат, цефалоспорины I поколения — цефалексин, цефадроксил), что обусловлено распространенностью кокковой флоры [8].

Острая реактивная ЛАП — увеличение лимфатического узла, обусловленное иммунной реакцией на удаленный очаг инфекции, генерализованную инфекцию, аутоиммунные процессы. В случае развития острой

реактивной ЛАП лимфатические узлы в редких случаях увеличиваются более 2 см. Локальные инфекции, такие как острые респираторные вирусные инфекции, обуславливают реактивное увеличение лимфоузлов в соответствующих зонах дренирования. ЛАП, являющаяся симптомом ОРВИ, не нуждается в дополнительных исследованиях и специфической терапии, она заключается в лечении основного заболевания. В случае вирусной инфекции размеры пораженных лимфатических узлов нормализуются одновременно с выздоровлением от ОРВИ [9].

Б. В случае подозрения на аутоиммунный процесс проводится определение СОЭ, СРБ, ЛДГ, ревматоидного фактора, антинуклеарного фактора, антител к двуспиральной ДНК [10]. Значительное повышение ЛДГ часто наблюдается при лимфомах, однако в связи с тем, что ЛДГ является одним из симптомов цитолиза, необходимы дополнительные исследования [11].

Серологические исследования проводятся в соответствии с предполагаемым диагнозом исходя из клинических признаков. У пациентов с ЛАП они применяются в основном для верификации таких инфекционных заболеваний, как болезнь «кошачьей царапины», нетуберкулезный микобактериоз, сифилис, краснуха,



Таблица 1. | Редкие заболевания, сопровождающиеся ПЛАП

Наименование заболевания	Симптомы	Обоснование диагноза
Болезнь Kawasaki	Лихорадка; двусторонний конъюнктивит; «малиновый язык»; поражение кожи ладоней и стоп (отек, эритема, десквамация эпителия); полиморфная экзантема	Клиническая картина
Саркоидоз	Зависит от поражения органов (возможны дерматологические проявления, поражение дыхательной системы и т. д.)	Определение сывороточного ангиотензинпревращающего фермента, биопсия лимфатического узла
Болезни накопления	Задержка умственного и физического развития, аномалии развития скелета, органомегалия, панцитопения	Определение активности βD-глюкозидазы в лейкоцитах периферической крови, сывороточного ферритина, ангиотензинпревращающего фермента, хемокина CCL 18

ЭБВ-инфекция, токсоплазмоз [12–15]. Причину заболевания позволяет установить выявление в сыворотке крови пациента антител к возбудителю инфекции или соответствующего антигена.

Проба Манту применяется для подтверждения туберкулезной этиологии ЛАП и при проведении дифференциальной диагностики в случае подозрения на наличие у пациента туберкулеза [13, 16].

При подозрении на ВИЧ-инфекцию используется ПЦР для определения вирусной нагрузки [2]. Также ПЦР целесообразно использовать для подтверждения герпесвирусных инфекций, сопровождающихся ЛАП [17].

В. Подозрения на наличие у ребенка ЗНО могут возникнуть уже на этапе физикального осмотра: достаточно часты лимфоузлы размерами более 3 см, плотной консистенции («каменистой плотности»), спаянные с окружающими тканями, безболезненные. В таких случаях необходимо дополнительное обследование в зависимости от предполагаемой опухоли (лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, лейкозы, нейробластома, рабдомиосаркома, рак щитовидной железы, метастатический процесс), выполнение открытой биопсии увеличенного лимфатического узла.

Г. В отсутствие очевидных причин увеличения периферических лимфоузлов рекомендуется исключить редкие заболевания (таб. 1).

После исключения указанных состояний необходимо оценить риск наличия ЗНО: при высоком риске ЗНО показано выполнение открытой биопсии пораженного лимфатического узла, при низком риске возможна

выжидательная тактика. Если после 4 недель наблюдения ПЛАП сохраняется или прогрессирует, также показана открытая биопсия лимфоузла.

Дифференциальный диагноз периферической ЛАП поверхностных групп лимфатических узлов представлен в таблице 2.

Генерализованная ЛАП

При подтверждении наличия ГЛАП у детей необходимо исключать системные патологические процессы: тяжелые инфекционные и аутоиммунные заболевания, вторичные иммунодефицитные состояния, ЗНО [7]. Наиболее частыми инфекционными заболеваниями, сопровождающимися ГЛАП у детей, являются аденовирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз (возбудители: вирус Эпштейна-Барр, ЦМВ, вирус герпеса 6 типа, токсоплазма), хроническая активная ЭБВ-инфекция, ВИЧ-инфекция, милиарный туберкулез [2, 23]. К системным аутоиммунным заболеваниям, для которых характерна ГЛАП, относятся: аутоиммунный лимфопролиферативный синдром, системная красная волчанка, ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит с системными начальными проявлениями (болезнь Стилла), болезнь Шегрена, синдром Черджа-Стросса, дерматомиозит [2, 24–26]. ГЛАП может быть маской ЗНО: лейкозов, лимфом, солидных опухолей на распространенных стадиях [2, 4]. Болезни накопления (болезнь Гоше, болезнь Нимана-Пика), лимфопролиферативные заболевания (болезнь Кастлемана) и гистиоцитозы также могут сопровождаться ГЛАП [27, 28]. У иммунокомпрометированных пациентов с синдромом приобретенного иммунного дефицита ГЛАП может быть первым симптомом саркомы

Таблица 2. | Дифференциальный диагноз периферической ЛАП [18–22]

Группы лимфатических узлов	Врожденные пороки развития, иные заболевания
Затылочные >	Сосудистая мальформация
Переднеушные >	Гемангиома, сосудистая мальформация, боковая киста шеи
Подчелюстные >	Боковая киста шеи, сосудистая мальформация
Подбородочные >	Киста щитовидно-язычного протока, лимфангиома
Переднешейные >	Боковая киста шеи, киста щитовидно-язычного протока, сосудистая мальформация, дермоидная киста, ларингоцеле, фарингеальная киста
Надключичные >	Эпидермоидная киста, добавочное шейное ребро, лимфангиома
Подмышечные >	Гидраденит, добавочная доля молочной железы
Паховые >	Паховая грыжа

Капоши [29]. Прием таких лекарственных препаратов, как фенитоин, карбамазепин, изониазид, пириметамин, аллопуринол, может вызывать лекарственную ГЛАП [30]. Поствакцинальная ГЛАП в некоторых случаях является реакцией на введение живой коревой вакцины, инактивированной полиомиелитной вакцины [27].

Биопсия при ПЛАП

Решение о направлении ребенка с ЛАП на выполнение биопсии увеличенного лимфатического узла должно приниматься на основании результатов проведенного комплексного обследования. В настоящее время показаниями к биопсии при ЛАП являются:

- Подозрение на онкологический процесс (гемобластоzy, метастазы солидных опухолей).
- ЛАП неясной этиологии, персистирующая 4–6 недель без ответа на проводимую антибактериальную терапию.
- Постоянное увеличение лимфатических узлов на протяжении 2 и более недель.
- Отсутствие нормализации размеров лимфатических узлов (возможно, плотной консистенции) в течение 8–12 недель.
- Лимфоузлы размерами более 2–2,5 см.
- Отсутствие признаков инфекции ЛОР-органов.
- Надключичная ЛАП.
- Патологические изменения на рентгенограмме органов грудной клетки.
- Увеличенные внутригрудные/внутрибрюшные лимфоузлы по данным рентгенографии или КТ.
- Системные синдромы: лихорадка, потеря веса, ночная потливость, артралгия.

- Гепатоспленомегалия.
- Изменения в анализах крови: би- и панцитопения, длительно персистирующие острофазовые белки.

При наличии показаний биопсия увеличенного лимфатического узла должна выполняться в специализированном центре, где есть возможности диагностики и терапии детей с онкологическими заболеваниями.

В 13–15 % случаев выполненных биопсий у детей гистологически подтверждается онкологический процесс, при этом 67 % приходится на лимфомы Ходжкина [18, 31]. Приблизительно в 30 % случаев обнаруживаются гранулематозные заболевания, в 50 % — реактивная гиперплазия лимфатических узлов [18].

Заключение

Большинство случаев ЛАП у детей обусловлено течением инфекционного процесса или ранним периодом реконвалесценции. Однако, учитывая сходство клинической картины увеличения лимфатических узлов опухолевой и неопухолевой этиологии, прежде всего возникает необходимость проведения дифференциального диагноза. Поэтому зачастую целесообразен междисциплинарный подход к определению тактики ведения пациента детского или подросткового возраста с ЛАП. ММ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Locke R, Comfort R, Kubba H. When does an enlarged cervical lymph node in a child need excision? A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2014; 78(3): 393-401.
2. Mohseni S, Shojaiefard A, Khorgami Z, Alinejad S, Ghorbani A, Ghafouri A. Peripheral lymphadenopathy: approach and diagnostic tools. *Iran J Med Sci*. 2014 Mar; 39(2 Suppl): 158-70.
3. Celenk F, Baysal E, Aytac I, Durucu C, Sari I, Mumbuc S, Kanlikama M. Incidence and predictors of malignancy in children with persistent cervical lymphadenopathy. *Int Journal of Ped Otorhinolar*, 2013; 77: 2004–2007.
4. Bazemore AW, Smuker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician*, 2002; 66: 2103-10.
5. Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained lymphadenopathy: evaluation and differential diagnosis. *Am Fam Physician*. 2016; 94(11): 896-903.
6. Nield LS, Kamat D. Lymphadenopathy in children: when and how to evaluate. *Clin Pediatr*, 2004; 43: 25-33.
7. Oguz A, Karadeniz C, Temel EA, Citak EC, Okur V. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in children. *Ped Hem and Onc*, 2006; 23: 549–561.
8. Peters TR, Edwards KM. Cervical lymphadenopathy and adenitis. *Ped in Rev*, 2000; 21: 399-404.
9. Gosche JR, Vick L. Acute, subacute, and chronic cervical lymphadenitis in children. *Semin Pediatr Surg*, 2006 May; 15(2): 99-106.
10. Pohl D1, Benseler S. Systemic inflammatory and autoimmune disorders. *Handb Clin Neurol*, 2013; 112: 1243-52.
11. Ross AD, Abrahamson E. A review of the use of serum lactate dehydrogenase measurement in patients presenting to the paediatric emergency department. *Arch Dis Child*, 2011; 96(Suppl 1): A87.
12. Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician*. 2004; 70(7):1279-87.
13. Clark JE. Nontuberculous Lymphadenopathy in Children: Using the Evidence to Plan Optimal Management. *Adv Exp Med Biol*, 2011; 719: 117-21.
14. Klotz SA, Ianas V, Elliott SP. Cat-scratch Disease. *Am Fam Physician*, 2011; 83(2):152-5.
15. McClay JE, Garcia C. Management of cervicofacial nontuberculous lymphadenitis in children. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013; 21: 581–587.
16. King D, Ramachandra J, Yeomanson D. Lymphadenopathy in children: refer or reassure? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 2014; 99: 101–110.
17. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol*, 2007; 57(5): 737-63.
18. Sahai S. Lymphadenopathy. *Pediatrics in Rev*, 2013; 34: 216.
19. Goins MR, Beasley MS. Pediatric neck masses. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*, 2012; 24: 457–468.
20. Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. *Am Fam Physician*, 2014; 89(5): 353-8.
21. Rosa PA, Hirsch DL, Dierks EJ. Congenital neck masses. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*, 2008; 20: 339–352.
22. Tracy TF, Muratore CS. Management of common head and neck masses. *Semin Pediatr Surg*, 2007; 16: 3-13.
23. Lennon P, Crotty M, Fenton JE. Infectious mononucleosis. *BMJ*. 2015; 350:h1825.
24. Friedmann AM. Evaluation and management of lymphadenopathy in children. *Pediatrics in Rev*, 2008; 29: 53.
25. Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. *Mayo Clin Proc*, 2000; 75: 723-32.
26. Brown JR, Skarin AT. Clinical mimics of lymphoma. *Oncologist*, 2004; 9(4): 406-16.
27. Twist CJ, Link MP. Assessment of lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am*, 2002; 49: 1009-25.
28. Monaco SE, Khalbuss WE, Pantanowitz L. Benign non-infectious causes of lymphadenopathy: A review of cytomorphology and differential diagnosis. *Diagn Cytopathol*, 2012; 40(10): 925-38.
29. Saif MW. Diagnosis and treatment of Kaposi's sarcoma. *Resid Staff Physician*, 2001; 47: 19-24.
30. Leung AK, Robson WL. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care*. 2004 Jan-Feb; 18(1): 3-7.
31. Rajasekaran K, Krakovitz P. Enlarged neck lymph nodes in children. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60(4): 923-936.

Конфликт интересов

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Сведения об авторах

Наумова Александра Сергеевна, врач — детский онколог отделения онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9, тел. +7 (906) 074-68-92, e-mail: alex.naumova@gmail.com

Тиганова Ольга Александровна, к. м. н., доцент кафедры госпитальной педиатрии № 2 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, врач — детский онколог отделения онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9.

Ильенко Лидия Ивановна, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, ул. Островитянова, 1.

Внедрение международной терминологической базы MedDRA в практику фармаконадзора в Российской Федерации

Д. Л. Клабукова¹, М. В. Давыдовская²

¹ Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация

Отсутствие должной отчетности и классификации нежелательных реакций (НР) при применении лекарственных препаратов в клинических исследованиях (КИ) и реальной практике может иметь серьезные последствия. Поэтому каждый из этапов, от неблагоприятного опыта пациента до представления результатов в публикациях, должен быть максимально стандартизирован с целью сведения к минимуму возможности для интерпретации. Для этой цели НР классифицируются по заранее определенному словарю, например MedDRA. MedDRA — стандартизированная медицинская терминология, разработанная Международным советом по гармонизации ИСН и используемая, в частности, для кодирования случаев НР в отчетах о КИ и базах данных фармаконадзора, а также для облегчения поиска в этих базах данных. Словарь MedDRA с 1 апреля 2019 года включен в новую версию автоматизированной системы мониторинга безопасности лекарственных средств Росздравнадзора. Данный обзор посвящен основным принципам функционирования MedDRA, его преимуществам и недостаткам, а также значению его внедрения в систему фармаконадзора в РФ.

Ключевые слова: MedDRA, фармаконадзор, нежелательные реакции, безопасность лекарственных средств.

Implementation of the MedDRA International Terminology Base into the Pharmacovigilance Practice in Russia

D. L. Klabukova¹, M. V. Davydovskaya²

¹ State Budgetary Institution of Moscow City “Clinical Trials and Healthcare Technology Assessment Scientific-Research Center of Moscow Department of Healthcare”, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia



Abstract

Lack of proper reporting and classification of adverse events (AEs) in the use of drugs in clinical trials (CT) and real clinical practice can have serious consequences. Therefore, each of the stages, from the unfavorable patient experience to the results description in publications, should be as standardized as possible, minimizing the opportunities for interpretation. For this purpose, AEs are classified according to a predefined dictionary, for example, MedDRA. MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities) is a standardized medical terminology developed by the International Council for Harmonisation (ICH) and used, in particular, for coding AEs cases in the CT reports and pharmacovigilance databases, as well as to facilitate searching in these databases. Since April 1, 2019, the MedDRA dictionary has been included in the new version of the Roszdravnadzor automated system for drug safety monitoring. This review focuses on the main principles of MedDRA functioning, its advantages and disadvantages, and the significance of its implementation into the pharmacovigilance system in Russia.

Keywords: MedDRA, pharmacovigilance, adverse events, drug safety.

Введение

Нежелательные реакции (НР), связанные с лекарственными средствами (ЛС), являются непреднамеренными неблагоприятными последствиями употребления лекарств, а также основной причиной незапланированных госпитализаций и летальных исходов. Их обнаружение и документирование имеют основополагающее значение для фармаконадзора — деятельности по оценке и мониторингу профилей риск/польза ЛС в течение их жизненного цикла. Деятельность по фармаконадзору важна для выявления редких, но потенциально опасных НР, возникающих при длительном применении ЛС, и взаимодействий различных лекарственных препаратов, особенно у полиморбидных пациентов, которые могли не наблюдаться в клинических исследованиях (КИ), проведенных до этапа лицензирования препаратов, в том числе и рандомизированных [1]. Необходимо фиксировать любые неблагоприятные изменения в состоянии здоровья, возникающие во время применения ЛС, независимо от причинно-следственной связи с приемом данного лекарства. Без надежных механизмов отчетности о НР редкие НР могут оставаться незамеченными в течение многих лет, подвергая население непредвиденным рискам. Согласно анализу данных фармаконадзора в 12 странах, сообщается о менее чем 5 % НР в клинической практике, даже в тех направлениях, где отчетность является обязательной. При этом остаются недокументированными около 95 % серьезных и жизнеугрожающих НР [2].

Несмотря на ограничения существующих систем отчетности о НР в реальной практике, они остаются наиболее распространенным методом, с помощью которого центры фармаконадзора собирают сигналы о безопасности ЛС. Национальные центры фармаконадзора для

облегчения отчетности разработали как бумажные, так и электронные способы, а Международным советом по гармонизации технических требований к регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения — ICH (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use) — был предложен минимально необходимый набор данных для отчета, который включает в себя идентифицируемого докладчика, информацию о пациенте, сведения о НР и предположительно связанном ЛС [3]. Этим же Международным советом по гармонизации, ICH, для обобщения информации о типах и разнообразии НР, собранной в системах отчетности на международном уровне, был создан медицинский словарь регуляторной деятельности — MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities).

В России федеральной службой, осуществляющей деятельность по мониторингу эффективности и безопасности ЛС, является Росздравнадзор. С 1 апреля 2019 года Росздравнадзор анонсировал запуск обновленной базы «Фармаконадзор» Автоматизированной информационной системы (АИС). Новая национальная база НР основана на международном формате ICH E2B (R3). В формат сообщений интегрирован русский перевод справочника MedDRA, с использованием которого теперь происходит добавление нового сообщения о НР в полях «Показание», «Описание НР», «Обозначение анализа», «Диагноз» [4].

Что представляет собой MedDRA?

MedDRA является регуляторным словарем в сфере обращения ЛС, медицинских изделий и продуктов медицинского назначения. Справочник переведен на 12 языков,

включая русский, и изменения в английской версии также отражаются в этих переводах.

С момента создания в 90-х гг. прошлого века и по настоящее время владельцем прав на MedDRA является ICH. При этом содержанием, развитием и технической поддержкой словаря под руководством Комитета по управлению ICH занимается отдельная организация — MSSO (Maintenance and Support Services Organization). Японский перевод словаря поддерживается Японской организацией поддержки (JMO), которая сотрудничает с MSSO для обеспечения синхронности перевода на японский язык с английской версией. Кроме них в состав экспертной рабочей группы по MedDRA входят представители организаций — регуляторов рынка и промышленности из ЕС, США и Японии, Health Canada (Канада), MFDS (Республика Корея), ANVISA (Бразилия), NMPA (Китай) и ВОЗ в качестве наблюдателя.

Терминологическая база пересматривается и обновляется два раза в год. Изменения в справочник вносятся по запросам пользователей и по результатам деятельности рабочей группы и MSSO. В 2019 году выпущена версия 22.0 MedDRA [5], которая и легла в основу обновленной АИС Росздравнадзора. Основной функцией MedDRA является поддержка регистрации, документирования и контроля безопасности ЛС и продуктов медицинского назначения. Словарь также призван способствовать стандартизации медицинской терминологии и, как следствие, совершенствованию и упрощению коммуникации, в том числе и на международном уровне.

При использовании этой терминологической базы стандартизация осуществляется за счет того, что каждому термину присваивается уникальный 8-значный цифровой код; код присваивается и соответствующему термину в каждом из переводов MedDRA. Это позволяет передавать одинаковую информацию на любом из доступных языков без потери сведений или возможных различий в переводах отправителя или получателя.

Терминология MedDRA применяется различными участниками биофармацевтического рынка и системы здравоохранения. Ей пользуются на всех этапах КИ, от фазы I до постмаркетинговых исследований: в отчетах КИ, брошюрах исследователей, публикациях о результатах. Компании-производители используют термины MedDRA в основной предоставляемой информации о безопасности медицинских продуктов, инструкциях по применению ЛС, маркетинговых приложениях, а также при продвижении и рекламе. С учетом унифицированного словаря составляются базы данных регуляторных органов и отраслевых организаций. И, очевидно, такой инструмент незаменим для специалистов

здравоохранения при подаче отчетов по безопасности и индивидуальных сообщений о НР. При этом для всех регуляторных органов и некоммерческих пользователей доступ бесплатный, а для коммерческих пользователей стоимость годовой подписки прогрессивна и рассчитывается исходя из дохода компании.

С помощью терминов MedDRA описывают состояния (симптомы, заболевания, диагнозы), показания к применению, обследования (тесты, результаты), медицинские, в том числе хирургические, процедуры, анамнез, социальную, семейную историю, ошибки применения ЛС, проблемы качества продукции, проблемы, связанные с устройством или с использованием продукта, фармакогенетические и токсикологические термины. Однако данный словарь неприменим для названий препаратов и продуктов, терминологии оборудования / устройств / диагностических продуктов, описания дизайна КИ, демографических показателей, любых числовых значений и степеней тяжести НР [5].

Структура MedDRA

Словарь MedDRA имеет 5-уровневую иерархическую структуру (табл. 1) [6]. Иерархии являются важным механизмом для гибкого поиска и четкого представления данных. Некоторые уровни используются для кодирования НР, а другие предназначены для группировки связанных терминов для поиска в базе данных. Уровни, от самого специфичного до обобщенных, представляют собой вертикальные связи в терминологии.

На уровне с терминами максимальной специфичности, называемом «Терминами нижнего уровня» («Lowest Level Term»), закодировано более 80 тысяч терминов. Эти LLT отражают, как о наблюдении может быть сообщено на практике. Этот уровень напрямую поддерживает назначение терминов MedDRA в пользовательской базе данных. Некоторые LLT в словаре содержат числовые значения, связанные с определенными клиническими параметрами (например, LLT Задержка внутриутробного развития плода, неуточненная, 1500–1749 грамм). На уровне LLT распространено сокращение БДУ, т. е. «без дополнительных уточнений».

Каждый член следующего уровня — «Предпочтительные термины» (Preferred terms) — представляет собой отдельный дескриптор (единое медицинское понятие) для симптома, признака, диагноза заболевания, терапевтического показания, исследования, медицинской, в том числе хирургической процедуры, а также характеристики социального или семейного анамнеза. Каждый LLT связан только с одним РТ, что способствует предотвращению двойного счета и сохранению стандартизации. Каждый РТ имеет по меньшей мере один



Таблица 1. | Иерархическая структура MedDRA (публикуется с изменениями)

Уровни терминов	Аббревиатура	Количество терминов (версия 22.0, март 2019)
Классы систем органов >	SOC	27
Групповые термины верхнего уровня >	HLGT	337
Термины верхнего уровня >	HLT	1 737
Предпочтительные термины >	PT	23 708
Термины нижнего уровня >	LLT	80 262

LLT (сам по себе), а также его синонимы, лексические варианты (например, сокращения, различный порядок слов) и подчиненные понятия. Например, PT Наружный отит содержит подчиненный LLT Двусторонний наружный отит. Существуют и случаи, когда один LLT соответствует идентичному PT (например, PT Деменция Альцгеймера и его подчиненный LLT Деменция Альцгеймера). В этом примере LLT и родительский PT имеют одинаковый код MedDRA, но отображаются на обоих уровнях.

Связанные термины PT сгруппированы в «Термины верхнего уровня» («High Level Term»), например, HLT Проблемы с распространением и хранением продукта, HLT Доброкачественные и злокачественные новообразования молочной железы, HLT Врожденные сердечно-сосудистые нарушения, НКДР. Термины HLT, в свою очередь, связаны с «Групповыми терминами верхнего уровня» («High Level Group Term»), например, HLGT Болезни костей (искл. врожденные и переломы), HLGT Исследования эндокринных желез (вкл. половые гормоны), HLGT Респираторные нарушения у новорожденных. В совокупности уровни HLT и HLGT иногда упоминаются как «термины группировки» в MedDRA, причем группировка происходит на основе анатомии, патологических изменений, физиологии, этиологии или функции. Уровнями HLT и HLGT (за исключением нескольких LLT со статусом «устаревший») ограничено часто встречающееся сокращение НКДР, т. е. «не классифицированный в других рубриках».

HLGT сгруппированы в «Классы системных органов» («System Organ Class»), которые представляют собой группировки по этиологии (например, SOC Инфекции и инвазии), месту проявления (например, SOC Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей) или цели (например, SOC Процедуры оперативного и консервативного лечения). Кроме того, выделены отдельные SOC Проблемы с продуктом и SOC Социальные обстоятельства. SOC не являются взаимоисключающими.

Терминология структурирована таким образом, что выбор термина для ввода данных приводит к автоматическому назначению группирующих терминов выше в иерархии. Многоосевые связи терминов предварительно назначаются в MedDRA, обеспечивая полный и последовательный поиск данных, независимо от того, какой SOC выбран при получении данных.

В дополнение к поиску терминов в словаре можно выполнять широкий или узкий поиск с использованием предварительно определенных «Стандартизированных запросов MedDRA» («Standardised MedDRA Query», SMQ). Они предназначены также для помощи при идентификации потенциально значимых индивидуальных отчетов по безопасности. SMQ представляют собой группы терминов MedDRA, обычно на уровне PT, которые относятся к определенному медицинскому состоянию или предметной области: признакам, симптомам, синдромам, физическим данным, данным лабораторных и других физиологических тестов, диагнозам и т.д. Из терминов LLT в SMQ представлены только те, которые связаны с используемыми PT. Некоторые запросы SMQ представляют собой простой набор терминов; другие были составлены для учета комбинаций терминов из нескольких групп. В MedDRA версии 22.0 был добавлен один новый запрос SMQ Гипокалиемия, таким образом, в начале 2019 г. насчитывается 104 SMQ первого уровня [7].

Преимущества и недостатки MedDRA

Преимущества использования MedDRA в системе фармаконадзора достаточно очевидны. Внедрение MedDRA и принятие его в качестве международного стандарта обеспечивает несколько потенциальных преимуществ для идентификации сигналов по безопасности ЛС и управления рисками. Закрепляется

возможность эффективного обмена данными между различными организациями, поскольку регулирующие и фармацевтические компании работают в глобальном масштабе и им важно говорить на одном нормативном языке. Простота обмена информацией между различными сторонами обеспечивается электронным форматом передачи данных. Единый нормативный язык устраняет необходимость использования нескольких терминов, обеспечивая точное представление о состоянии здоровья пациента. Иерархия и архитектура MedDRA обеспечивают гибкость определения терминов и поиска случаев. Глобальный формат словаря позволяет проводить анализ данных и обнаружение сигналов с использованием больших баз данных (например, FDA AERs, WHO Vigibase). Немаловажно и то, что в системе предусмотрена возможность расширения и пересмотра терминологии в ответ на потребности пользователей.

С другой стороны, терминологическая база MedDRA нередко подвергается критике со стороны специалистов здравоохранения и исследовательских организаций.

Так, особенностью и некоторой сложностью MedDRA является «многоосность»: термин может быть представлен в нескольких SOC и группироваться по различным классификациям. Так, РТ Врожденная ВИЧ-инфекция связана с четырьмя SOC: SOC Врожденные, семейные и генетические нарушения (основной), SOC Беременность, послеродовой период и перинатальные состояния, SOC Нарушения со стороны иммунной системы и SOC Инфекции и инвазии. Это решено автоматическим назначением основного SOC для каждого РТ; все остальные распределения этого РТ в SOC называются «вторичными». Например, РТ Передача возбудителя инфекции через препарат имеет первичную связь с SOC Инфекции и инвазии и вторичную связь с SOC Проблемы с продуктом, а РТ Токсическая нефропатия имеет основную связь с SOC Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей и вторичную связь с SOC Травмы, интоксикации и осложнения процедур. Наличие одного основного SOC препятствует двойному счету НР при выведении данных из всех SOC. Кроме того, в трех SOC («Исследования», «Хирургические и медицинские процедуры», «Социальные обстоятельства») все РТ являются только «одноосными». Однако в целом эта многоосевая структура MedDRA может вызывать затруднения у пользователей.

Еще в 2006 году было показано, что кодирование терминов MedDRA значительно варьируется между пользователями. Коллектив ученых из Франции обнаружил, что при работе над 260 НР 12 % терминов уровня РТ были по-разному оценены двумя опытными кодировщиками. На более высоких уровнях различия

составляли около 5 %. При этом медицинский комитет установил, что в 8 % случаев, которые кодировщики воспринимали как легко определяемые, кодирование, тем не менее, было неточным. В более крупной выборке (1 640 событий) степень неточности составляла около 10 %, но о вариации между пользователями не сообщалось [8]. Коллектив ученых из Дании в систематическом обзоре 2012 года подтвердил полученные выводы относительно проблем кодирования MedDRA. Авторы сомневаются, что кодирование НР является надежным, непредвзятым и воспроизводимым процессом. С введением MedDRA стало сложнее выявлять НР статистически, поскольку каждый код разделен на подгруппы. Для решения этого вопроса были разработаны методы укрупнения групп, но руководство по их использованию является неоднозначным, и они применяются редко. Дополнительной проблемой является то, что НР подвергаются отбору, если они уже произошли в период начала КИ. Поскольку существует множество способов оценки того, имело ли место событие в прошлом, это может привести к предвзятости результата, особенно учитывая то, что анализ данных редко выполняется с ослеплением [9].

Исследование сообщений о безопасности, зарегистрированных в национальной базе данных фармаконадзора Франции, показало, что эффективность MedDRA и SMQ сильно варьируется в зависимости от конкретной НР. Исследование НР, наиболее часто встречающихся в КИ 10 случайно выбранных препаратов, показало, что данные НР могут быть описаны с использованием от 4 до нескольких сотен различных кодов. Риск подобной фрагментации сообщений о НР может привести к недооценке их истинной частоты [10].

Таким образом, существуют некоторые сложности в использовании и неопределенности в отношении влияния большого числа терминов РТ на количественный анализ данных и на обнаружение сигналов по клинической безопасности. Это относится, в частности, к статистике НР в отчетах о КИ. Оценка эффективности MedDRA как инструмента для выявления и количественной оценки НР новых лекарств должна продолжаться.

В России для обработки сообщений о НР в обновленную систему фармаконадзора внедрена самообучающаяся нейросеть «Аня». По информации разработчиков, российской IT-компании, «Аня» занимается автоматическим кодированием медицинских терминов по словарю MedDRA, выявлением дубликатов сообщений о НР и поиском сигналов о безопасности ЛС на основе массива сообщений о НР. Это должно способствовать ускорению процесса анализа данных и предотвращению ошибок, возникающих при обработке информации [11].



Заключение

Внедрение словаря MedDRA в практику фармаконадзора в РФ позволит стандартизировать процесс и результаты подачи и анализа НР, улучшить информационное обеспечение по зарегистрированным в РФ лекарственным препаратам, помочь врачу клиническому фармакологу в сборе и контроле информации по обнаружению НР при применении ЛС. Использование этого международного стандарта в перспективе приведет к совершенствованию медицинской коммуникации как внутри

системы здравоохранения РФ, так и на международном уровне. Однако методы реализации MedDRA могут отвлекать от ее преимуществ в качестве стандартной терминологии. Сложность структуры этой терминологической базы делает ее подверженной манипуляциям, ошибкам интерпретации и предвзятости. Для медицинских работников ограничения MedDRA являются еще одной причиной признать, что известные НР при применении лекарств и их количественная оценка, как правило, недооцениваются. **MM**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organisation (WHO). The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products. WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring, 2002: 52 p.
2. Hazell L, Shakir SW. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf* 2006; 29: 385-396. DOI: 10.2165/00002018-200629050-00003.
3. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH) [Электронный ресурс]. Post-approval safety data management: definitions and standards for expedited reporting (ICH E2D), 2003. Режим доступа: http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E2D/Step4/E2D_Guideline.pdf Дата обращения: 22.04.2019.
4. Руководство по использованию информационного ресурса «Фармаконадзор» АИС Росздравнадзора 2.0. Росздравнадзор, Москва, 2019.
5. MedDRA Coding Basics [Электронный ресурс], 3/6/2019, ICH. Режим доступа: https://www.meddra.org/sites/default/files/training/file/000289_meddra_coding_basics_webinar_2.pdf Дата обращения: 25.04.2019.
6. «MedDRA Coding Basics», 3/6/2019, ICH https://www.meddra.org/sites/default/files/training/file/000289_meddra_coding_basics_webinar_2.pdf
7. MedDRA Версия 22.0 Русский Март 2019 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.meddra.org/how-to-use/support-documentation> Дата обращения: 25.04.2019.
8. Toneatti C, Saidi Y, Meiffredy V, et al. Experience using MedDRA for global events coding in HIV clinical trials. *Contemp Clin Trials*. 2006 Feb; 27(1): 13-22. Epub 2005 Nov 8. doi 10.1016/j.cct.2005.09.009.
9. Schroll JB, Maund E, Gøtzsche PC. Challenges in coding adverse events in clinical trials: a systematic review. *PLoS One*. 2012; 7(7): e41174. Epub 2012 Jul 20. doi: 10.1371/journal.pone.0041174.
10. MedDRA and pharmacovigilance: a complex and little-evaluated tool. *Prescrire Int*. 2016 Oct; 25(175): 247-250.
11. Фармацевтический вестник [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/content/news/Rossiiskie-razrabotchiki-primenili-iskusstvennyi-intellekt-v-farmakonadzore.html> Дата обращения: 29.04.2019.

Конфликт интересов

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Сведения об авторах

Клабукова Д. Л. ORCID ID: 0000-0002-5621-5700

Давыдовская М. В. ORCID ID: 0000-0002-8294-0893

Автор для связи

Клабукова Дарья Леонидовна, к.б.н., ведущий научный сотрудник отдела лекарственного обеспечения и фармакоэкономического анализа (Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы». Москва, ул. Минская, д. 12, корп. 2); тел. 8 (499) 144 00 30, доб. 141; моб. тел. 8 916 916 54 34; e-mail: daria.klabukova@gmail.com

Обзор мирового опыта организации паллиативной помощи детям: возможности для Москвы

И. В. Богдан¹, М. В. Гурылина¹, Н. Н. Савва², С. Р. Ким³

¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

² Заместитель главного внештатного специалиста по паллиативной помощи детскому населению, ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России», БМЧУ «Детский хоспис», Москва

³ Отраслевой центр компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения, Москва

Аннотация

Во всем мире происходит активное становление такого вида помощи, как детская паллиативная помощь, которая близка взрослой, но все же является специальной формой паллиативной помощи. С течением времени в ней появляются новые направления, например перинатальная паллиативная помощь.

Организация паллиативной помощи детям подразумевает трехуровневую градацию: паллиативный подход (оказывается специалистами первичной медико-санитарной помощи), общая паллиативная помощь (оказывается специалистами, оказывающими специализированную высококвалифицированную помощь) и специализированная паллиативная помощь. В мире также существуют различные модели организации паллиативной помощи детям (отделения паллиативной помощи, стационарные хосписы, консультативные команды паллиативной помощи, дневной хоспис и т. д.). В паллиативной помощи острым является вопрос кадрового обеспечения, поскольку мультидисциплинарность — это один из основных принципов оказания данного вида помощи.

Исходя из мирового опыта, вопрос финансирования детской паллиативной службы решается как за счет частичного государственного финансирования, так и за счет привлеченных средств некоммерческих/негосударственных организаций, а также за счет пожертвований коммерческих организаций/частных пожертвований.

У Москвы сегодня есть шанс не только взять лучшее из мирового опыта, но и во многом стать образцом для других регионов и стран.

Ключевые слова: паллиативная помощь детям; перинатальная паллиативная помощь; организация паллиативной помощи.

A Review of the World Experience in Organizing Palliative Care for Children: Opportunities for Moscow

I. V. Bogdan¹, M. V. Gurilina¹, N. N. Savva², S. R. Kim³

¹ Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow Healthcare Department, Moscow

² Deputy Chief Specialist in Palliative Care for Children, Pirogov Russian National Research Medical University, Charity Medical Private Institution Children's Hospice, Moscow

³ Industry competence center and training of qualified personnel for the healthcare system, Moscow



Abstract

All over the world, there is an active development of such type of assistance as children's palliative care, which is close to an adult one, but still is a special form of palliative care. Over time, new directions appear, for example, perinatal palliative care.

The organization of palliative care for children is divided into three levels: a palliative approach (provided by primary care specialists), general palliative care (provided by highly qualified subspecialists) and specialized palliative care. Various models for organizing palliative care for children exist in the world (palliative care units, hospices, palliative care advisory teams, daytime hospice, etc.). In palliative care, the issue of staffing is an acute issue, since multidisciplinary approach is one of the basic principles for providing this type of care.

Based on international experience, the financing of children's palliative care is organized through partial state funding and raised from non-profit/non-governmental institutions, as well as through donations from commercial organizations and private donations.

Today Moscow has a chance to take up the best world experience and to become an example to follow for other regions and countries.

Keywords: palliative care for children, perinatal palliative care, organization of palliative care.

Введение

Паллиативная помощь (ПП) детям — активно развивающийся вид помощи в России в стадии становления. В настоящее время в г. Москве ПП детям в стационарных условиях оказывают ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» — 40 коек, ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», филиал «Первый Московский детский хоспис» (ПМДХ) — 30 коек. Помощь на дому организуется за счет финансирования из бюджета города Москвы в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», филиал «Первый Московский детский хоспис», — около 300 подопечных на учете одновременно, БМЧУ «Детский хоспис» («Дом с маяком») — около 500 подопечных на учете одновременно. Дополнительно в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» организована амбулаторная консультативная помощь врачей-специалистов, в ближайшем будущем планируется открыть дневной стационар. С 2019 г. маршрутизация детей, нуждающихся в паллиативной помощи, осуществляется через единый Координационный центр паллиативной помощи г. Москвы.

При этом нельзя сказать, что потребность в детской ПП в городе полностью удовлетворена. По данным БФ «Детский паллиатив», в г. Москве более 3 000 детей нуждаются в ПП ежегодно. Этот факт, а также малое количество проверенных временем практик приводят к необходимости активно изучать мировой опыт организации данного вида помощи в поисках лучших моделей его реализации. Необходимо избежать ненужных ошибок при организации помощи там, где их можно избежать.

В данной статье будут рассмотрены теоретические основы организации детской ПП, а также практический опыт внедрения в зарубежных странах.

Теоретические основы

Представление о детской паллиативной помощи

Паллиативная помощь — «это подход к лечению, направленный на улучшение качества жизни пациентов и их семей, которые столкнулись с проблемами, связанными с угрожающими жизни и ограничивающими жизнь заболеваниями» [1]. К угрожающим жизни и ограничивающим жизнь заболеваниям относят те, которые ассоциированы с высокой вероятностью преждевременной смерти.

Реализация данного подхода основывается на предотвращении и облегчении страданий за счет «ранней диагностики, точной оценки и лечения боли и других проблем, и симптомов — физических, психосоциальных и духовных» [1]. Как отмечается в Белой книге хосписной и паллиативной помощи в Европе, «главная задача паллиативной помощи — достижение, поддержка, сохранение и повышение, насколько это возможно, качества жизни пациента. Объем и характер помощи определяются главной целью — улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями» [2].

Важно отметить, что паллиативная помощь ориентирована на качество жизни и при этом относится к умиранию как к естественному процессу, поэтому не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти

[1]. Ввиду этого эвтаназия не считается частью паллиативной помощи. Более того, требование эвтаназии от пациента зачастую является требованием лучшего ухода, контроля симптомов, решения медицинских, психосоциальных и духовных проблем. Не поддающиеся контролю страдания терминальных больных должны рассматриваться как кризисные ситуации, требующие оптимизации оказываемой помощи, но не как показания для эвтаназии [3].

Паллиативная помощь детям

Развитие ПП детям началось несколько позже, чем развитие помощи взрослым (70-е и 60-е гг. прошлого века соответственно), но в целом развитие данных видов паллиативной помощи шло параллельно.

ВОЗ подчеркивает, что «паллиативная помощь детям — это активная комплексная помощь ребенку, направленная на повышение качества жизни и охватывающая физический, психологический и духовный аспекты его состояния, а также поддержка семьи пациента» [2]. ПП детям может начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого специализированного лечения. Особый акцент делается на оказании помощи/поддержки не только самому пациенту, но и членам семьи.

Несмотря на связь взрослой и детской ПП, детская паллиативная помощь обладает своей спецификой. Так, эксперты ведущей детской паллиативной благотворительной организации Великобритании «Вместе для коротких жизней» называют следующие различия между взрослой и детской ПП [4]:

- В детском паллиативе более остро стоят социальные вопросы, связанные с образованием или даже с трудоустройством.
- В детском паллиативе необходима большая поддержка семьи, у взрослых может быть и не быть. Смерть ребенка обычно более тяжело переживается родственниками, чем смерть взрослого человека. Также считается, что работа в детском паллиативе является более опасной для персонала с позиций эмоционального выгорания.
- В процессе болезни дети развиваются физически, эмоционально и когнитивно, что напрямую влияет на их потребности, а следовательно, и на качество жизни. Логично предполагать большую изменчивость потребностей пациентов в детском паллиативе.
- Хосписная помощь обычно оказывается детям более длительно, чем взрослым, часто начиная от постановки диагноза и до конца жизни, с небольшими перерывами. Дети могут дожить до начала взрослой

жизни, получая помощь годами, и умирать пациентами взрослой паллиативной службы.

- Детский паллиатив больше связан со службами инвалидности, чем взрослый, — подавляющее большинство пациентов в детском паллиативе являются инвалидами.

Данный список не исчерпывающий, выделяются и другие группы особенностей. Например, сложности назначения опиатных анальгетиков детям (плохая изученность необходимых доз, побочных эффектов) или редкая встречаемость отдельных болезней, требующих оказания паллиативной помощи [5].

ВОЗ также отмечает, что детская ПП — это хотя и близкая взрослой, но все же специальная область ПП, требующая специальных знаний, навыков и организационной структуры [6].

Перинатальная паллиативная помощь

По мере развития детской ПП идет развитие новых ее направлений, среди которых особое место занимает перинатальная паллиативная помощь. Ее развитие началось в конце 1990-х гг., у истоков стояли врачи Б. Калхун и Н. Хелдтке [7]. Сегодня данные услуги оказываются по всему миру в рамках более чем 300 программ, в первую очередь в США [8].

Ввиду молодости направления общепринятого определения перинатальной ПП на сегодня не сложилось. Однако на основании предложенных в литературе определений можно заключить, что перинатальная ПП — помощь семьям с ребенком, который с высокой вероятностью умрет сразу после рождения или внутриутробно. Перинатальная ПП начала развиваться как помощь родителям, чьим детям внутриутробно было диагностировано заболевание с неблагоприятным прогнозом, а семья приняла решение отказаться от предложенного медиками прерывания беременности. Тяжелые переживания, связанные с перинатальными потерями, могут негативно влиять на исходы следующих беременностей, могут вести к разрушению семьи [9], т. е. оказывать негативное влияние на качество жизни членов семьи.

Перинатальные потери, с которыми обычно связана перинатальная ПП, включают в себя неонатальную смерть, выкидыши и мертворождения. ПП может быть оказана в форме поддержки семьи в данных ситуациях (в первую очередь психологическая поддержка) [9], хотя также могут иметь место и соматические интервенции в отношении детей.

Ребенок может родиться живым, но иметь высокие шансы умереть в первые часы или дни после рождения, в таком случае также говорят о перинатальной



паллиативной помощи. ПП рекомендуется детям с очень низким весом (450–500 г и менее), всем недоношенным, родившимся с угрожающими жизни состояниями, детям с несовместимыми с жизнью пороками развития [10], а также с рядом заболеваний, таких как некоторые хромосомные трисомии, генетические болезни, почечная агенезия и др.

Организация паллиативной помощи детям

Потребность в детской паллиативной помощи и модели пациентов

Одной из предпосылок развития ПП детям стало развитие общей медицины. От многих болезней дети перестали умирать, но, выжив, они остаются тяжелыми инвалидами, нуждающимися в ПП.

В разных странах существуют разные критерии для начала оказания ПП. Согласно позиции ВОЗ, паллиативная помощь «применима на раннем этапе лечения в сочетании с другими видами терапии» [1]. Не определен исчерпывающий перечень заболеваний, он все время расширяется — ПП должна быть доступна всем пациентам с угрожающими жизни или ограничивающими жизнь состояниями/заболеваниями.

Специалисты отмечают, что «большому числу пациентов ПП потребует только на стадиях выраженного прогрессирования неизлечимого заболевания, однако некоторые будут нуждаться в ПП во время лечения обострения на более ранних стадиях. Период времени оказания ПП может составлять несколько лет, месяцев, недель, дней. Переход от радикального лечения к ПП скорее происходит постепенно, чем в конкретный момент времени, так как цели лечения все больше и больше смещаются от «продления жизни любой ценой» до «обеспечения качества жизни, когда необходимо поддерживать баланс между пользой и вредом, который лечение может принести» [2].

К сожалению, этот принцип на практике часто не соблюдается. Так, например, Ченг и соавторы отмечают, что переход к ПП в таких областях, как онкология, как правило, происходит слишком поздно [11].

Европейская ассоциация паллиативной помощи (ЕАРС) приводит данные о том, что около 10–16 детей на 10 000 детского населения (0–19 лет) нуждаются в ПП (15 на 10 000 детского населения, если исключить неонатальную смертность). По их расчетам, из 50 000 детского населения около 8 детей умрут от ограничивающих продолжительность жизни состояний (3 от злокачественных опухолей, 5 — по другим причинам); 60–80 будут страдать от данных состояний, а 30–40 из них будут нуждаться в специализированной ПП [5].

При этом потребность в детской ПП распределена по странам крайне неравномерно. По оценкам ООН, большинство детей, нуждающихся в ПП в конце жизни, проживают в Африке (49 %), тогда как в Европе — только 3 % [1].

ООН приводит следующие данные по доле детей с определенным диагнозом, нуждающихся в ПП в конце жизни: врожденные пороки развития (25 %), заболевания новорожденных (15 %), белково-энергетическая недостаточность (14 %), менингит (13 %), ВИЧ/СПИД (10 %), сердечно-сосудистые заболевания (6 %), злокачественные новообразования (6 %), заболевания эндокринной и иммунной системы, системы крови (6 %), неврологические заболевания (2 %), заболевания почек (2 %), цирроз печени (1 %) [1]. Стоит отметить, что данная структура болезней относится только к ПП в конце жизни (хосписная помощь), тогда как собственно ПП может оказываться на протяжении многих лет (например, данные исследований ЕАРС говорят о 30 % детей с онкологическими заболеваниями среди детей, нуждающихся в паллиативной помощи [5], против 6 %, указанных ООН для ПП в конце жизни).

Представленная структура и оценка потребности являются минимальными и приблизительными, что связано с «неопределенностью медицинского прогноза для жизни пациентов, отсутствием популяционных регистров данных, различной доступностью и качеством оказываемой медицинской помощи» [12]. Также рассчитанная потребность может сильно зависеть от методологии расчета. Например, эксперты ICPCN называют значительно большие цифры потребности в детской паллиативной помощи, так как отталкиваются не от показателей смертности, а от показателей распространенности болезни в популяции [13]. Ввиду этого приведены цифры могут выступать как стартовые ориентиры при построении системы детской паллиативной помощи в определенной местности.

Детей и подростков, нуждающихся в ПП, делят на 4 категории (на основании Руководства по развитию служб ПП детям, подготовленного Ассоциацией детской паллиативной помощи (АСТ) и Королевской коллегией педиатров и здоровья детей в Великобритании) [14, 15]: **Группа 1:** Угрожающие жизни заболевания, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. Оказание ПП может потребоваться параллельно с попытками радикального лечения и/или при его неудаче.

Примеры: злокачественное новообразование, прогрессирующее или с неблагоприятным прогнозом; сложное и тяжелое врожденное или приобретенное заболевание сердца; травма или приобретенное тяжелое заболевание; сильная недоношенность.

Группа 2: Состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность.

Примеры: тяжелые иммунодефициты, ВИЧ, хроническая или тяжелая дыхательная недостаточность; почечная недостаточность; мышечная дистрофия, мио-, нейропатии; тяжелый синдром кроткой кишки, полная зависимость от парентерального питания; муковисцидоз.

Группа 3: Прогрессирующие инкурабельные состояния, обычно длящиеся многие годы, когда возможно оказание лишь ПП.

Примеры: болезнь Баттена; болезнь Тея-Сакса; мышечная дистрофия; ряд хромосомных заболеваний (например, трисомия 13, 18); ряд тяжелых нарушений остеогенеза.

Группа 4: Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти.

Примеры: тяжелый детский церебральный паралич; множественные тяжелые инвалидизирующие последствия кровоизлияний в головной или спинной мозг; тяжелые пороки развития головного мозга (например, анэнцефалия); недоношенность с остаточной полиорганной недостаточностью или с тяжелой хронической легочной недостаточностью.

Данная классификация является очень общей, но на настоящий момент это едва ли не единственная классификация пациентов в детском паллиативе, которая упоминается в исследованиях авторов по всему миру (хотя примеры нозологий, которыми иллюстрируются данные категории, зачастую у авторов различны). По итогам обзора литературы можно заключить, что вопрос классификации пациентов в детском паллиативе — скорее вопрос организации дальнейших исследований, чем вопрос использования зарубежного опыта. Такому положению дел в том числе способствуют:

1. Упомянутое отсутствие консенсуса по показаниям к паллиативной помощи.
2. Недостаточное количество исследований, отвечающих необходимым стандартам проведения исследования, особенно в новых направлениях детской ПП, таких как перинатальная ПП. Как отмечают Балагэр и соавторы, в ходе обзора 1558 статей по перинатальной паллиативной помощи они не нашли ни одного количественного эмпирического исследования с приемлемым качеством для определения оптимальной модели построения перинатальной ПП [16].

В контексте определения потребности в помощи важно, что в помощи нуждается и социальное окружение ребенка, особенно родители, — смерть в детском паллиативе считается более тяжелой для родственников. Потребности родителей включают в том числе необходимость в образовательных услугах (например, в части ухода и оказания помощи ребенку), психологические потребности (им необходима поддержка и работа с негативными эмоциями), финансовые потребности (зачастую члены семьи теряют работу из-за болезни ребенка) [17]. Помимо взрослых, в помощи нуждаются сиблинги пациентов, ряд экспертов отмечает необходимость работать даже на уровне школы, где учится/учился ребенок [4]. Как и во взрослом паллиативе, помощь родственникам и социальному окружению пациента необходима как в процессе ведения пациента, так и после его смерти. Помимо психологической помощи, может быть предоставлена социальная помощь (например, «социальная передышка»).

Стоит отметить, что в данной области стандартизации нет, единые подходы к работе с социальным окружением ребенка в детском паллиативе отсутствуют, предлагаемые наборы услуг значительно различаются от страны к стране. Так, например, в изучении 24 европейских стран было показано, что на момент исследования только в нескольких странах была развита модель «социальной передышки» (упоминаются Германия, Нидерланды, Великобритания), а программы поддержки родственников после смерти пациента были развиты только в Польше, Великобритании и Германии (в других странах если они и были, то в очень ограниченном количестве — одна-три) [18]. Об отсутствии стандартизации в этой области до сих пор свидетельствуют материалы европейского атласа паллиативной помощи за 2019 год [19].

Наконец, в контексте социально-психологической помощи необходимо отметить, что потребности есть и у самих специалистов, оказывающих помощь: например, они нуждаются в профилактике эмоционального выгорания, которое ведет к снижению качества помощи и увеличению текучести кадров [17].

Форма оказания паллиативной помощи

В настоящее время можно выделить трехуровневую градацию ПП, включающую в себя паллиативный подход, общую паллиативную помощь и специализированную паллиативную помощь (основные положения приведены по данным [2]):

Начальным уровнем является «паллиативный подход». Он предполагает применение основных методов ПП медицинскими сотрудниками, не оказывающими специализированную ПП (врачи общей практики, сотрудники

больниц общего профиля, домов-интернатов). Данный подход затрагивает общие аспекты, в первую очередь определенные стратегии постановки целей и тактики ведения пациента и определенные принципы общения с пациентом, его родственниками, а также более частные, инструментальные, например, методы купирования боли, симптомов. Важно, чтобы все медицинские сотрудники при необходимости опирались в практической деятельности на паллиативный подход.

Следующим уровнем оказания ПП пациенту является «общая паллиативная помощь». Данная помощь оказывается медицинскими работниками, которые ведут пациентов с угрожающими жизни заболеваниями, но это не является основным видом их деятельности. К такого рода специалистам можно отнести онкологов.

Наконец, «специализированная паллиативная помощь», оказание которой является основным функционалом соответствующего персонала/подразделений. Службы специализированной ПП обычно состоят из мультидисциплинарных команд, в задачи которых входит активная работа с пациентом и его родственниками, купирование болевых симптомов, а также работа с социально-психологическими последствиями переносимого заболевания. Таким образом, в кадровом составе службы должно быть необходимое количество представителей разных дисциплин, имеющих подготовку по ПП.

Известный специалист в вопросах организации ПП Б. Клеминсон считает, что 85 % нагрузки по оказанию ПП населению должно лечь на первые два уровня (в первую очередь на врачей первичного звена), и только около 10 % ПП должны удовлетворяться за счет специализированной медицинской помощи, требующей компетенций и ресурсов, которыми могут не обладать другие специалисты [20].

В зависимости от культурных, социальных, политических, экономических особенностей в различных странах, указанные уровни оказания ПП представлены в разной мере, вплоть до отсутствия программ детской ПП. Так, по результатам исследования К. Кнапп и соавторов, в 2011 году в большинстве стран мира (65,6 %) не было выявлено деятельности в сфере детской ПП, в 18,8 % стран наращивался потенциал оказания ПП детям (сюда входила и Россия), в 9,9 % стран помощь оказывалась локально и только в 5,7 % стран детская ПП включалась в основную систему здравоохранения [21]. Более того, представленность уровней оказания ПП может существенным образом различаться и в пределах одной страны.

В рамках обсуждения моделей организации детской ПП важно отметить, что программы оказания детской ПП могут быть рассчитаны как на детское население

в целом (например, Великобритания), так и на отдельные уязвимые группы детей. Например, в связи с ситуацией с ВИЧ в странах Африки распространены паллиативные программы, работающие с уязвимыми категориями детей [22].

Рассмотренные уровни оказания помощи могут быть представлены различными формами оказания помощи, что отражено в таблице 1 (таблица адаптирована для детского паллиатива авторами по [2], публикуется с изменениями).

Поскольку в данном обзоре нас в первую очередь интересует специализированная ПП, рассмотрим подробнее ее службы. К ним относятся [2]:

- отделения паллиативной помощи;
- стационарные хосписы;
- консультативные команды паллиативной помощи, работающие в стационарах;
- команды паллиативной помощи на дому;
- волонтерская служба;
- дневная хосписная служба;
- «хоспис на дому»;
- амбулаторные клиники паллиативной помощи.

Дадим общую сравнительную характеристику указанных служб (основные положения приведены по данным [2], некоторые плюсы и минусы форм оказания помощи приведены по [3]):

1. Отделение паллиативной помощи осуществляет оказание специализированной стационарной паллиативной помощи. Как правило, это палата в составе больницы или отдельно располагающаяся служба. В отделение ПП направляются пациенты, которым требуется оказание мультипрофессиональной специализированной ПП в связи с их состоянием (физическим, психологическим, социальным или духовным).

В отделении ПП должна работать мультидисциплинарная команда специалистов, в основной состав которой входят врачи и медицинские сестры с соответствующей подготовкой. В расширенный состав команды могут входить психологи, социальные работники, представители разных конфессий и другие специалисты, волонтеры под руководством координатора.

Среди преимуществ данного вида оказания помощи можно назвать то, что пациенты могут продолжать получать консультации врачей и медсестер из других отделений больницы. Однако такая форма организации обладает и существенными минусами, среди которых большие финансовые затраты при небольшом количестве коек, в т. ч. за счет частых консультаций для таких пациентов со стороны трудотерапевтов, социальных

Таблица 1. | Уровни и формы оказания паллиативной помощи

	Паллиативная помощь			
	Паллиативный подход	Специализированная поддержка общей паллиативной помощи		Специализированная паллиативная помощь
Скорая помощь >	Больница	Волонтерская хосписная служба	Команда паллиативной помощи в больнице/на дому	Отделение паллиативной помощи
Долговременная помощь >	Дом-интернат			Стационарный хоспис
Помощь на дому >	Врачи общей практики/педиатры			Выездная служба паллиативной помощи, центр дневного пребывания

работников, специалистов, оказывающих помощь в духовных вопросах, и других специалистов.

Данный вид помощи распространен во Франции (185 паллиативных коек в педиатрических отделениях на 2013 г.), присутствует в Германии, Израиле, Литве, Мальте и других странах [23].

2. Стационарный хоспис — форма оказания помощи для пациентов в конце жизни, когда, с одной стороны, отсутствует необходимость их лечения в больнице, а с другой стороны — в домашних условиях обеспечить надлежащий уход невозможно.

Основной целью хосписной помощи является достижение как можно более высокого качества жизни пациента до момента его смерти, а также поддержка семьи в период утраты.

Существуют различные модели организации стационарных хосписов. Во многих странах функции стационарного хосписа схожи с функциями отделения ПП, однако есть страны, в которых они значительно различаются. Так, например, в Германии в отделении ПП оказывается помощь в кризисных состояниях, а в хосписах — помощь в конце жизни.

Среди недостатков модели отдельно функционирующего паллиативного стационара: достаточно высокие затраты и возможность принимать ограниченное число пациентов, лишь малую часть от тех, кому требуется помощь.

Признанным лидером организации хосписной службы является Великобритания, сегодня в Великобритании более 45 детских хосписов [19]. Что касается Европы в целом, имеется информация о существовании детских хосписов примерно в половине стран региона [19].

3. Консультативные команды паллиативной помощи, работающие в стационарах (ККПП), консультируют

персонал больниц (который не специализируется в ПП), пациентов и членов их семей по вопросам специализированной ПП. ККПП осуществляют консультирование, формальное или неформальное обучение в стационарных медицинских организациях. ККПП может осуществлять взаимодействие как с подразделениями больницы, в которой она базируется, так и с другими больницами.

Также на консультативные команды могут быть возложены дополнительные функции, такие как организация телефона доверия или горячей линии для консультаций медицинских работников по вопросам ПП или организация локальных образовательных мероприятий. ККПП является мультипрофессиональной командой (см. следующий раздел).

Преимущества ККПП перед отделением ПП заключаются в возможности пользоваться уже имеющимися ресурсами больницы для диагностики, лечения (финансовые затраты меньше). При этом есть и существенные недостатки, такие как невозможность контролировать получение пациентами препаратов. При оказании помощи служба вынуждена опираться на сотрудников и ресурсы больницы в таких направлениях, как физическая терапия, трудотерапия, музыкальная и арт-терапия, помощь в духовных вопросах.

Данная модель оказания ПП представлена в Бельгии, Великобритании, Португалии, Словении, Франции и других странах [19, 23].

4. Команда паллиативной помощи на дому оказывает специализированную ПП на дому, а также осуществляет поддержку родственников пациента и лиц, которые осуществляют за ним уход. Также такие команды могут оказывать консультативную помощь медицинским работникам, осуществляющим помощь и уход за пациентом на дому.



Такие службы есть в Польше, Германии, Великобритании и в других странах, и в целом такая форма оказания помощи сегодня достаточно распространена, например в европейских странах. Смежной формой оказания помощи являются выездные медсестры/команды сестринского ухода, имеющие соответствующую специализацию, такая форма помощи также встречается в Европе [19, 23].

5. Волонтеры хосписа. Функции команд волонтеров хосписа могут быть разнообразны. Такого рода команды могут оказывать поддержку пациентам и их родственникам (в т. ч. неформальное общение) как во время болезни пациента, так и в период переживания утраты. При этом в ряде стран добровольцы участвуют в просветительской деятельности, «осуществляют сбор средств в пользу хосписа, работают в приемном покое хосписа, выполняют административные обязанности и участвуют в управлении хосписом как доверенные лица» [2]. Командой волонтеров руководит как минимум один координатор.

Широкое привлечение волонтеров свойственно для детской ПП в целом. Организованные команды волонтеров для оказания детской ПП существуют в таких странах, как Германия (97 волонтерских хосписных команд на 2013 г.), Греция (6 команд волонтеров на работе с болью в педиатрии на 2013 г.) [23], Австрия (12 команд на 2019 г.) [19].

6. Дневной хоспис. Дневные хосписы — это, как правило, «подразделения в больнице, хосписе, отделении ПП или в составе учреждения длительного пребывания/проживания, специально оборудованные для проведения восстановительных и терапевтических мероприятий пациентам, нуждающимся в ПП» [2].

Здесь могут проводиться занятия с игротерапевтом, арт-терапевтом, физическим терапевтом и другими специалистами. Здесь есть возможность общения с другими людьми, находящимися в схожей ситуации, что особенно актуально для социально изолированных по тем или иным причинам пациентов. Также важна возможность снизить нагрузку на тех, кто за пациентом ухаживает.

Посещать дневной хоспис пациенты могут с различной периодичностью, обычно его посещают ежедневно или раз в неделю. К плюсам этой формы оказания помощи относится отсутствие больших затрат.

На 2019 г. в Европе были данные об 11 дневных паллиативных программах для детей («day care»), в т. ч. в Нидерландах (45 программ), Беларуси (6 программ), Румынии (3 программы) и т. д. [19]. Однако из приведенных

данных до конца не понятно, в каких странах эти программы осуществляются в форме собственно дневного хосписа, а в каких случаях подразумеваются другие формы оказания помощи, например оказание дневного специального ухода на дому (см. выше).

7. «Хоспис на дому». Это форма оказания ПП на дому, которая, однако, по своим характеристикам ближе к стационарной помощи, чем к помощи на дому. «Хоспис на дому» не имеет единой модели, «существуют различные организационные модели такого вида услуг, начиная от расширения существующих ресурсов в домашних условиях и заканчивая выделением команды специалистов, которые могут удовлетворить все потребности больного» [2].

Среди стран, где встречается данный вид оказания помощи, можно назвать опять же Великобританию — услуга «хоспис на дому» входит в перечень услуг ряда выездных бригад в этой стране и упоминается в руководствах по организации детской ПП [24].

8. Амбулаторная клиника паллиативной помощи (поликлиника). В амбулаторную клинику ПП могут обратиться за консультацией пациенты, которые живут дома и имеют возможность посещать данную клинику. Являясь службой ПП, оказывающей помощь пациентам по месту проживания, как правило, амбулаторные клиники работают совместно с отделениями ПП или хосписами.

Данный вид ПП в детской практике используется крайне редко, с конца 2000-х гг. (Канада) [25]. На практике чаще встречаются амбулаторные кабинеты ПП.

Рассмотренные специализированные службы оказания детской ПП можно классифицировать по критерию институционализации: стационарная помощь (помощь в хосписе, паллиативном отделении педиатрической больницы и т. д.) и помощь на дому (хоспис на дому, выездная служба и т. д.).

Как показало исследование детских паллиативных служб в 24 европейских странах в 2002 г., в различных странах получают распространение различные модели оказания детской ПП. Так, из двух основных типов институционализированного варианта (оказание ПП в стационарных хосписах или в паллиативном отделении в педиатрических больницах) преобладал второй подход [18].

Данные Атласа ЕАРС 2019 г. демонстрируют аналогичную разнонаправленность развития детской паллиативной службы, при этом демонстрируя, например, большую представленность стран с хосписной помощью (стационарные хосписы), чем в исследовании 2002 г. [19].

Сдерживает развитие отдельной хосписной службы то, что, как уже упоминалось, она является дорогостоящей. В связи с этим страны склонны организовывать паллиативные службы при существующих педиатрических больницах (в том числе и выездные службы). Это свойственно не только для ряда европейских стран, но и для других стран мира, например для Канады [26] или США, где 69 % участвовавших в опросе педиатрических больниц страны отметили у себя наличие программы ПП [27]. Другой вариант — когда паллиативные услуги детям могут оказывать те же бригады, что и взрослым, как это наблюдалось в таких странах, как Польша, Норвегия, Турция [23]. Аналогично сегодня в ряде стран Африки, таких как Судан и Эфиопия, нет специализированных служб детского паллиатива, но дети могут получать ПП, если обратятся в паллиативные организации для оказания помощи [28].

В целом, поскольку различные модели предоставления детской ПП обладают наравне с достоинствами и своими недостатками, их рассматривают не как взаимоисключающие альтернативы, а скорее как организационные модули внутри одной сети, когда различные формы оказания помощи подключаются на различных этапах ведения пациента или исходя из специфики конкретного случая [17]. Как показывает рассмотрение зарубежного опыта, комбинирование форм и моделей оказания детской ПП сегодня — реалии развития службы.

Потребность в кадрах (состав мультидисциплинарной команды)

Мультидисциплинарный подход к оказанию ПП — это один из основных принципов оказания данного вида помощи, поскольку полноценное «оказание специализированной ПП требует наличия мультипрофессиональной команды специалистов, которые в процессе работы взаимодействуют друг с другом» [2].

Согласно требованиям Совета Европы и Национальной экспертной комиссии по ПП, в состав мультидисциплинарной команды помимо медицинских сестер и врачей, имеющих соответствующую специальную подготовку, должны входить (на постоянной основе либо как совместители): социальные работники, специалисты с навыками психосоциальной работы, достаточное число офисных работников, секретарей и общих помощников, физиотерапевты, специалисты, имеющие навыки работы с людьми в период тяжелой утраты, координаторы в области духовной помощи, координаторы работы волонтеров, священнослужители, специалисты по лечению ран, специалисты для ведения больных с лимфатическими отеками, физические и эрготерапевты, логопеды, диетологи, фармацевты, специалисты

комплементарной/традиционной медицины, тренеры/инструкторы, библиотекари [2].

Конкретный состав команды, оказывающей ПП, может отличаться в зависимости от социально-экономических условий страны или формы оказания ПП. Часто в национальных руководствах рекомендации по составу команды даются в общем виде, однако встречаются случаи и более конкретных рекомендаций.

Есть минимальные требования, которые ставят под вопрос само определение команды как мультидисциплинарной. Например, в Кении в руководстве по ПП минимальный состав команды — это подготовленный врач и медсестра [29].

В других странах при оказании именно детской ПП в команду включают дополнительных членов. Так, команда программы Умодзи в Малави включает помимо клиницистов (два врача и две медсестры) игротерапевта [22], опыт других стран показывает наличие в команде психолога (Казахстан) [23], социального работника и священнослужителя (например, Латвия) [23] и т. д.

По данным подробного анкетирования в клиниках США, где имелась программа детской ПП, в ней было задействовано в среднем 2,3 ставки штатных единиц [27] (таб. 2).

В целом минимальные европейские требования (ЕАРС) — врач, медсестра, социальный работник, психолог и персонал по духовному сопровождению [14]. Данные требования включают в себя наиболее часто встречающиеся специальности, входящие в состав мультидисциплинарной детской паллиативной команды.

Способы финансирования помощи

Полное прямое государственное финансирование детской ПП — большая редкость сегодня. Обычно государство предоставляет только частичное финансирование, значительная часть финансирования осуществляется либо за счет привлеченных средств некоммерческих/негосударственных организаций, либо за счет пожертвований коммерческих организаций/частных пожертвований.

Так, в Великобритании доля государственного финансирования стационарных детских хосписов составляет в среднем около 15 % [30]. В частной системе здравоохранения США наличие программ детской ПП при педиатрических больницах зависит от институциональной финансовой поддержки, потому что ПП не приносит необходимого дохода [27].

В государственных, в частных и в страховых системах здравоохранения остро стоит проблема привлечения

Таблица 2. | Ставки задействованных специалистов в программах детской паллиативной помощи (по результатам анкетирования в клиниках США)

Специалист	В среднем ставок	Разброс по программам (ставки)	% программ без ставок
Врач >	0,45	0–3,8	41,2
Медсестра >	0,80	0–6,6	36,6
Специалист по социальной работе >	0,29	0–3	66,1
Координатор/помощник >	0,26	0–2	62,5
Священнослужитель >	0,16	0–1,6	74,1
Специалист Child Life (США) >	0,16	0–1,6	83,9
Специалист с навыками работы с людьми в период тяжелой утраты >	0,11	0–2	84,8
Арт-терапевт >	0,05	0–2	92,9
Психолог >	0,03	0–1,2	94,6
Массажист >	0,01	0–0,75	96,4
Фармаколог >	0,01	0–0,7	97,3
Физиотерапевт >	0,01	0–0,5	98,2
Диетолог >	0	0–0,25	98,2

финансирования. Могут привлекаться средства даже от зарубежных благотворительных организаций. Например, проект ПП в Танзании СНАТ софинансировался Агентством США по международному развитию, а после — за счет привлеченных средств Евангелической лютеранской церкви Америки. Другой пример — хоспис «Дом надежды» в Румынии, чья образовательная и медицинская деятельность велась, в том числе, на средства британского фонда «Хосписы надежды» и на международные гранты из США, стран ЕС, международных организаций. В итоге 15 % финансирования хосписа в 2010 г. поступило от зарубежных партнеров, примерно столько же — от зарубежных грантов (17 %), что превысило вливания от системы здравоохранения (20 %). Остальные средства были получены за счет благотворительности [1].

В поисках ресурсов организации, оказывающие ПП, стремятся не действовать отдельно, а интегрироваться с существующими государственными и негосударственными организациями, работающими в смежных сферах. Зарубежный опыт свидетельствует о том, что такое взаимодействие может помочь организации «сократить затраты, повысить уровень обслуживания и упростить систему обращения за помощью» [1].

Трудности государственной финансовой поддержки детской паллиативной службы — крайне актуальный

сегодня вопрос. Несмотря на то что таких исследований пока значительно меньше, чем для взрослого паллиатива, опыт различных стран мира показывает, что введение программ детской ПП может приводить к финансовой экономии для всей системы здравоохранения [31, 32]. Таким образом, паллиативная помощь не только служит реализации гуманистических принципов, но и потенциально является экономически выгодной формой организации помощи детям.

Перспективы развития детской паллиативной помощи в Москве

В Москве помощь пока оказывается в основном врачами и медсестрами, что требует оптимизации кадрового состава стационарных и выездных служб ПП детям. А между тем детская ПП, как и взрослая, подразумевает работу не только собственно с физическим страданием, но и с психологическими, социальными и духовными потребностями человека (биопсихосоциальный подход). В помощи нуждаются не только больные дети, но и их окружение, в первую очередь родители и сиблинги. Комплексный спектр проблем и нужд требует комплексного подхода и привлечения мультимедицинской команды (медицинские и немедицинские специалисты) к ведению ребенка и членов его семьи.

В рамках становления детской ПП в Москве начинают развиваться новые направления, например с 2019 года — перинатальная ПП. Данное направление требует организации взаимодействия паллиативных специалистов, акушеров-гинекологов, неонатологов, участковых педиатров, разработки маршрутизации пациентов. Необходимо также развивать преемственность между детскими и взрослыми паллиативными службами.

Для эффективного внедрения детской ПП необходимы серьезные организационные преобразования. Так, развитие всех трех уровней организации ПП в Москве (паллиативный подход, общая ПП и специализированная ПП) требует внедрения специальных программ базового и последипломного образования медицинских и немедицинских специалистов по ПП.

В России и в Москве ПП детям оказывается в условиях стационара, дневного стационара и амбулаторно; регламентированы модели оказания ПП детям — детский хоспис, отделение ПП и выездная патронажная служба ПП детям. Консультативная помощь детским клиникам и поликлиникам Москвы оказывается силами специалистов паллиативных служб. В Москве остро стоит проблема внедрения территориальной модели обслуживания детей, нуждающихся в ПП, на дому.

Паллиативные службы чаще открываются при существующих медицинских учреждениях. При этом частно-государственное партнерство позволяет самостоятельно работающим негосударственным службам получать субсидии от государства на оказание паллиативных услуг. Дополнительными источниками финансирования и оказания услуг для государственных учреждений являются благотворительные организации и волонтеры.

Данные механизмы начинают использоваться и имеют хорошие перспективы в Москве.

В дополнение к вышеперечисленному, развитие ПП детям в Москве требует создания регистра пациентов, нуждающихся в ПП, организации просветительской и обучающей работы с медицинскими кадрами и населением по вопросам оказания детской ПП, а также наращивания объемов оказания помощи за счет роста числа коек, привлеченных организаций, персонала, дальнейшего развития выездных служб.

Заключение

Различные модели ПП детям (отделения ПП, стационарные хосписы, консультативные команды ПП в стационарах, команды ПП на дому, волонтерская служба, дневной хоспис, «хоспис на дому», амбулаторные клиники паллиативной помощи) обладают как достоинствами, так недостатками. Та или иная модель подключается на определенном этапе ведения пациента или исходя из специфики конкретного случая. Как показывает зарубежный опыт, комбинирование моделей оказания детской ПП — перспективное направление развития служб.

Изучение накопленного зарубежного и отечественного опыта оказания ПП детям позволяет избежать системных ошибок и выбрать оптимальные решения, исходя из специфики региона, в котором проводятся преобразования. Возможно создание и своих, уникальных практик. У Москвы сегодня есть все шансы не только взять лучшее из мирового опыта, но и во многом стать образцом для других регионов и стран.

В статье использованы данные, актуальные на 02.09.2019. ММ

ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни / под ред. С. Р. Коннора, М. С. С. Бермедо. URL: http://www.hospicefund.ru/wp-content/uploads/2017/09/Global-Atlas-Russian-version_small.pdf.
2. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1. URL: <https://pro-palliativ.ru/wp-content/uploads/2018/10/Belaya-kniga-standarty-i-normy.pdf>.
3. С чего начать: руководство и предложения для планирующих организацию хосписа или службы паллиативной помощи / Пер. с англ. О. Цейтлин; под ред. Е. В. Полевиченко. М., 2017. 172 с.
4. Children and adult's palliative care: A comparison // Together for short lives. URL: http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4090/adult_child_comparison.pdf.
5. Palliative care for infants, children and young people. The facts // EAPC Taskforce for Palliative Care in Children. 2009. URL: http://www.palliative.lv/wp-content/uploads/2013/01/The_Fact.pdf.
6. WHO Definition of Palliative Care // WHO. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
7. Kuebelbeck A. A gift of time: continuing a pregnancy when a baby's life is expected to be brief // ChiPPS Pediatric Palliative Care Newsletter. 2013. № 30. URL: https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/ChiPPS/ChiPPS_February-2013_Issue-30.pdf.



8. Perinatal hospice & palliative care programs and support // PerinatalHospice.org. URL: <https://www.perinatalhospice.org/list-of-programs>.
9. Ryan A., Bernhard H., Fahlberg B. Best practices for perinatal palliative care // *Nursing*. 2015. Vol. 45. № 10. P. 14-15.
10. Kiman R., Doumic L. Perinatal palliative care: a developing specialty // *International Journal of Palliative Nursing*. 2014. Vol 20. № 3. P. 143-148.
11. Cheng B.T., Rost M., De Clercq E., et al. Palliative care initiation in pediatric oncology patients: A systematic review // *Cancer Medicine*, 2019 № 8. P. 3-12.
12. Федеральные клинические рекомендации. Принципы оказания паллиативной помощи детям и подросткам с онкологическими и гематологическими заболеваниями. М., 2015. URL: <http://nodgo.org/sites/default/files/31%20%D0%9F%D0%B0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2.pdf>.
13. Connor S.R., Downing J., Marston J. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016. № 53 (2). P. 171-177.
14. Craig F., Abu-Saad Huijer H., Benini F., et al.; Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe // *European Journal of Palliative Care*. 2007. 14. URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ShMQyZuTfqU%3D>.
15. Standards of Practice for Pediatric Palliative Care and Hospice // National hospice and palliative care organization. 2009. URL: https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/quality/Ped_Pall_Care%20_Standard.pdf.pdf.
16. Balaguer A., Martín-Ancel A., Ortigoza-Escobar D., et al. The model of palliative care in the perinatal setting: a review of the literature // *BMC Pediatrics*. 2012. Vol. 12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320524/>.
17. Benini F., Spizzichino M., Trapanotto M. Pediatric palliative care // *Italian Journal of Pediatrics*. 2008. URL: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/1824-7288-34-4>.
18. Dangel T. The status of pediatric palliative care in Europe // *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002. Vol. 24. № 2. P. 1620-165.
19. Arias-Casais N., Garralda E., Rhee J.Y., et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. 197 p.
20. Клеминсон Б. Введение в паллиативную помощь. М., 2016. 276 с.
21. Knapp C., Woodworth L., Wright M., et al. Pediatric Palliative Care Provision Around the World: A Systematic Review // *Pediatric Blood & Cancer*. 2011. № 57. P. 361-368.
22. *Pediatric Palliative Care: Global Perspectives* / C. Knapp, V. Madden, S. Fowler-Kerry (Eds.). NY., 2012. 457 p.
23. Centeno C., Lynch T., Donea O., et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition. Milan: EAPC Press; 2013. 409 p.
24. Together for Short Lives. A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition). 2018. URL: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>.
25. Siden H., Straatman L., Miller T., Ham J. The Madison Clinic: Evaluation of a collaborative outpatient paediatric palliative care clinic // *Paediatrics and Child Health*. 2009. № 14(6). P. 379–384.
26. Guidance for integrated paediatric palliative care services in New Zealand. 2012. URL: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/guidance-integrated-paediatric-palliative-care-services-nz.pdf>.
27. Feudtner Ch., Womer J., Augustin R., et al. Pediatric Palliative Care Programs in Children's Hospitals: A Cross-Sectional National Survey // *Pediatrics*. 2013, Vol. 132. № 6. P. 1063-1070.
28. Rhee J.Y., Luyirika E., Namisango E., et al. APCA Atlas of Palliative Care in Africa. IAHPC Press, 2017. 151 p.
29. National palliative care guidelines. 2013. URL: <http://kehpc.org/wp-content/uploads/National-Palliative-Care-Guidelines-02.10.pdf>.
30. Facts and figures // Hospices UK. URL: <http://www.hospiceuk.org/media-centre/facts-and-figures>.
31. Friedrichsdorf S.J., Bruera E. Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliphobia, Pallilalia to Palliative // *Children (Basel)*. 2018 № 5(9):120. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162556/pdf/children-05-00120.pdf>.
32. Chong P.H., De Castro Molina J.A., Teo K., Tan W.S. Paediatric palliative care improves patient outcomes and reduces healthcare costs: evaluation of a home-based program // *BMC Palliative Care*. 2018. № 17(1). URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5751774/pdf/12904_2017_Article_267.pdf.

Конфликт интересов

- И. В. Богдан подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.
М. В. Гурылина подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.
Н. Н. Савва подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.
С. Р. Ким подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Информация об авторах

Богдан Игнат Викторович, кандидат политических наук, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».
ORCID 0000-0002-7002-1646

Гурылина Мария Владимировна, старший аналитик отдела медико-социологических исследований ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».
ORCID 0000-0001-7880-2810

Савва Наталья Николаевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного внештатного специалиста по паллиативной помощи — детский специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, главный врач БМЧУ «Детский хоспис» («Дом с маяком»)
ORCID 0000-0003-3830-7780

Ким Сергей Робертович, заместитель директора по аналитической работе Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ.
ORCID 0000-0001-5950-0403

Контактная информация

Богдан Игнат Викторович, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9, BogdanIV@zdrav.mos.ru, +7 (495) 530-12-89 (доб. 154), +7 (916) 278-34-18.



Медико-социологические исследования

Одна из задач НИИОЗММ ДЗМ – анализ мнения медицинских работников и потребителей медицинских услуг о преобразованиях российского здравоохранения и разработка на этой основе взвешенных управленческих решений.

КОМПЕТЕНЦИИ

- Мониторинг обратной связи от населения.
- Анализ мнений специалистов московского здравоохранения.
- Мониторинг мнений о московском здравоохранении в социальных медиа.
- Экспертное сопровождение преобразований в московском здравоохранении.
- Разработка рекомендаций для развития системы здравоохранения.

В 2019 ГОДУ ПРОВЕДЕНО БОЛЕЕ

15 СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

В ОПРОСАХ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ БОЛЕЕ

2000 МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
3500 И БОЛЕЕ
МОСКВИЧЕЙ



В КОНЦЕ ЦЕПОЧКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОИТ ЧЕЛОВЕК, ОТДЕЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ. МЫ НЕ МОЖЕМ ЭФФЕКТИВНО УПРАВЛЯТЬ СИСТЕМОЙ БЕЗ УЧЕТА ЕГО МНЕНИЯ, БЕЗ ЭФФЕКТИВНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ОТ НАСЕЛЕНИЯ И СПЕЦИАЛИСТОВ».

Игнат БОГДАН, кандидат политических наук,
руководитель отдела медико-социологических исследований

Сложности медицинского освидетельствования работников медицинских организаций

А. В. Севостьянов

ГБУЗ «ГРБ № 13 ДЗМ», Москва, Россия

Аннотация

Общеизвестно, что медицинские организации обязаны определять пригодность своих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждать возникновение и распространение заболеваний, включая профессиональные, т. е. не допускать к исполнению трудовых обязанностей работников до прохождения ими обязательных медицинских осмотров и обязательных психиатрических освидетельствований.

Статьей 213 Трудового кодекса РФ расходы на прохождение работниками таких медицинских осмотров и освидетельствований возложены на работодателя. Неоплата работодателем таких расходов судами рассматривается как его неосновательное обогащение. Однако применение существующих правовых норм в условиях бюджетной медицины вызывает множество вопросов, часть из которых так на сегодняшний день и не решена. В настоящем материале произведена попытка систематизации имеющихся на сегодняшний день нормативных разъяснений по проблеме медицинского освидетельствования работников медицинских организаций.

Ответы на некоторые из вопросов, возникающих на практике, содержатся в настоящей статье.

Ключевые слова: медицинское освидетельствование, обязанности работодателя, медицинские организации.

Issues of Medical Examinations for Medical Personnel

A.V. Sevostyanov

City Clinical Hospital № 13 of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

Abstract

Medical organizations are obliged to determine if their employees are suited to perform the assigned work and to prevent occupational diseases, as well as the emergence and spread of diseases. That is, employer should prevent employees from performing their work duties until passing mandatory medical examination and psychiatric evaluation.

Article 213 of the Labor Code of the Russian Federation prescribes for the employer to cover the costs for employees undergoing such medical examinations and certifications. Non-payment by the employer of such expenses is considered as its unjust enrichment in the court. However, the application of existing legal norms into the budget medical system raises many questions, some of which have not been resolved yet. Author attempted to systematize current regulatory explanations on the issue of medical certification of medical organizations staff.

This article contains the answers to some questions that arise in practice.

Keywords: medical certification, obligations of the employer, medical organizations.



Введение

Предметом статьи являются медицинские освидетельствования врачом-психиатром и (или) наркологом, так как, по сравнению с обязательными медицинскими осмотрами (далее – ОМО), они реже становятся предметом исследований. На их примере будет показана вся сложность возмещения работникам (соискателям) учреждений таких расходов.

Все работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, обязаны проходить медицинские осмотры. Выделяют предварительные (при поступлении на работу), периодические и внеочередные медицинские осмотры.

Медицинские осмотры проводятся на основании выданного работодателем работнику (соискателю) соответствующего направления на медицинский осмотр.

Медицинские осмотры вправе проводить медицинские организации любой формы собственности (п. 4 Приложения № 3 к Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее – Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н).

Медицинские осмотры включают этап медицинских освидетельствований работников (соискателей) врачом-психиатром и (или) наркологом (п. 38 Приложения № 3 к Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н). Проведение таких освидетельствований регулируется отдельными нормативными актами, таким образом, применение к данным медицинским освидетельствованиям требований Приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н недопустимо.

Рассмотрим виды медицинских освидетельствований подробнее.

Освидетельствование врачом-психиатром

Обязательные психиатрические освидетельствования осуществляются в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения при наличии соответствующей лицензии по месту жительства либо месту пребывания освидетельствуемого (в рекомендации Минздрава России от 01.02.2018

№ 14-1/2004881 указано как «преимущественно» и «по возможности» по месту жительства граждан, и осуществляются на возмездной основе.

По результатам обязательного психиатрического освидетельствования выдается отдельное решение врачебной комиссии, отсутствие которого в заключении ОМО грозит работодателю санкциями по ч. 3 ст. 5.27.1 КоАП РФ.

Важно! Обследование работника (соискателя) врачом-психиатром в рамках обязательного медицинского осмотра не отменяет обязанности работодателя организовать прохождение работником и обязательно психиатрического освидетельствования (решение Верховного Суда РФ от 18.12.2012 № АКПИ 12-1363) и оплачивать его независимо от результатов освидетельствования.

Освидетельствование работников (соискателей) должно проводиться в срок не более 20 дней с даты их обращения в комиссию диспансера и не позднее 10 дней после получения медицинской организацией дополнительных сведений. Освидетельствование работника проводится не реже одного раза в 5 лет (Постановление Правительства РФ от 23.09.2002 № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности» (далее – Постановление Правительства РФ от 23.09.2002 № 695).

Спорным остается вопрос об обязательности направления работников (соискателей) на электроэнцефалографию (ЭЭГ). Указание на это содержится перед Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности (Постановление Правительства РФ от 28.04.1993 № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), однако на практике применяется не всегда.

Освидетельствование врачом-психиатром-наркологом

Согласно Приказу Минздрава России от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (далее – Приказ Минздрава России от 18.12.2015 № 933н), медицинские освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

могут проводиться медицинскими организациями любой формы собственности (при наличии лицензии) (п. 3 Приказа) и осуществляются на возмездной основе.

Медицинское освидетельствование включает в себя:

- а) осмотр врачом-специалистом (фельдшером);
- б) исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя;
- в) определение наличия психоактивных веществ в моче;
- г) исследование уровня психоактивных веществ в моче;
- д) исследование уровня психоактивных веществ в крови.

При осмотре врачом-специалистом наркологического диспансера устанавливаются клинические признаки опьянения. Для исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя используются технические средства измерения, производится отбор биологического объекта (моча, кровь).

При медицинском освидетельствовании работников (соискателей) возможно их направление на химико-токсикологическое исследование (ХТИ) с целью определения средств (веществ) или их метаболитов, вызвавших опьянение, а также на определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови.

Возможны следующие результаты медицинского освидетельствования на состояние опьянения (п. 12, 17, 18 Приказа Минздрава России от 18.12.2015 № 933н):

А) медицинское заключение «установлено состояние опьянения»:

- 1) при наличии не менее трех клинических признаков опьянения и положительных результатов повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя (результат первого исследования – положительный),
- 2) или при наличии в совокупности:
 - не менее трех клинических признаков опьянения,
 - отрицательного результата первого или повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя,
 - при обнаружении по результатам ХТИ в пробе биологического объекта одного или нескольких наркотических средств и (или) психотропных веществ и пр.

Б) медицинское заключение «состояние опьянения не установлено»:

- 1) при наличии менее трех клинических признаков опьянения и отрицательном результате первого исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя,
- 2) или при наличии менее трех клинических признаков опьянения, отрицательном результате повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя (результат первого исследования – положительный) и отсутствии в пробе биологического объекта наркотических средств и (или) психотропных веществ и пр.

По результатам составляется Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

Проведение исследований на CDT в настоящее время предусматривается:

- в отношении работников (соискателей), которым устанавливается доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (Приказ Минздрава России от 22.12.2016 № 988н «О порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом»);
- при проведении освидетельствования на наличие противопоказаний к владению оружием (Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»);
- при проведении освидетельствования водителей

ПОМИМО НАПРАВЛЕНИЯ, ВЫДАВАЕМОГО РАБОТОДАТЕЛЕМ, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ РАБОТНИК (СОИСКАТЕЛЬ) ДОЛЖЕН ПОДАТЬ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ (П. 7 П. 5 ПРИКАЗА МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 18.12.2015 № 933Н)



ПРОВЕДЕНИЕ РАБОТНИКАМ (СОИСКАТЕЛЯМ) ХТИ И ИССЛЕДОВАНИЙ НА СДТ ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОМ СЛУЧАЯХ И ОПЛАЧИВАТЬСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ ТОЛЬКО ТОГДА, КОГДА ПРОВЕДЕНИЕ ТАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБОСНОВАНО

транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) (Приказ Минздрава России от 15.06.2015 № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)»).

Результаты исследований на СДТ оформляются в форме справки.

Специфические особенности оформления и оплаты расходов учреждения на медицинские освидетельствования сотрудников

Итак, когда порядок проведения медицинских освидетельствований определен, а направления на их проведение выданы работникам (соискателям), возникает вопрос: как оформить договорные отношения с медицинскими организациями и как оплатить такие расходы?

Требованиями п. 2 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ) установлено, что медицинские услуги, оказываемые на возмездной основе за счет средств работодателя, предоставляются на основании договоров. Таким образом, до направления работника для прохождения медицинского освидетельствования в определенную медицинскую организацию работодателю следует заключить с данной организацией договор на оказание соответствующих медицинских услуг (предпочтительна письменная форма договора).

Как правильно заключать такие договоры? Допустима ситуация заключения договорных отношений с близлежащей медицинской организацией, на которую следует возложить обязанность по запрашиванию и предоставлению сведений об освидетельствуемом. Такая возможность, в частности, не противоречит требованиям абз. 2 п. 7 Постановления Правительства РФ от 23.09.2002 № 695.

Однако вопрос оплаты расходов по таким договорам для учреждений здравоохранения не решен. Так,

письмом ФФОМС от 21.01.2003 № 207/30-3/и «Об оплате расходов на проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров» возможность компенсации таких расходов из средств ОМС не предусмотрена. Бюджетные средства на такие расходы, как правило, не заложены. Таким образом, медицинская организация вправе оплачивать расходы по таким договорам только из средств от иных источников.

Вместе с тем от Министерства труда и социального развития РФ получена рекомендация о возможности включения расходов на предварительные освидетельствования в план финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников (со ссылкой на пп. «е» п. 3 Приказа Минтруда РФ от 10.12.2012 № 580н «Об утверждении Правил финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами» (далее – Приказ Минтруда РФ от 10.12.2012 № 580н) с необходимостью приложения к плану заявления о финансовом обеспечении таких предупредительных мер и копии списка работников (пп. «е» п. 4 Приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н).

Объем средств, направляемых страхователем на финансовое обеспечение предупредительных мер, не может превышать 20 % сумм страховых взносов, начисленных им за предшествующий календарный год, за вычетом расходов на выплату обеспечения по указанному виду страхования, произведенных страхователем в предшествующем календарном году (п. 2 приказа Минтруда РФ от 10.12.2012 № 580н).

Другая нерешенная ситуация: поскольку нереально заключить договоры со всеми диспансерами страны, можно ли это сделать с близлежащим? И если да, то как оформлять такие отношения в рамках Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»

и Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»? Ответа на этот вопрос законодатель пока не дает.

В завершение несколько практических советов:

- Медицинские освидетельствования, проводимые на возмездной основе за счет средств работодателя, предоставляются на основании договоров (п. 2 ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ст. 434 Гражданского кодекса РФ).
- Для организации компенсации расходов нужно запросить у работника следующие документы: заявление на возмещение расходов; договор на оказание возмездных (платных) медицинских услуг, квитанции (кассовые (товарные) чеки и иные документы, подтверждающие оплату), решения (заключения) врачебных комиссий по результатам обязательного психиатрического освидетельствования, акты медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) и пр.
- Медицинский осмотр и освидетельствование работников, состоящих в штате учреждения, относятся на подстатью 226 КОСГУ «Прочие работы, услуги», КВР 244. Если медосмотры финансируются за счет средств ФСС в счет начисляемых страховых взносов на обязательное социальное страхование от

несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, эти расходы относятся на подстатью 213 «Начисления на выплаты по оплате труда», КВР 119 (Приказ Минфина России от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления»).

- Компенсация работодателем расходов на проведение обязательных медицинских осмотров работников (соискателей), не принятых на должность, не облагается НДФЛ (Письмо Минфина РФ от 08.09.2014 № 03-03-06/1/44840).

Заключение

Медицинская организация обязана компенсировать работникам прохождение медицинского освидетельствования за счет собственных средств. Источником таких средств не могут выступать средства ОМС, поэтому целесообразно использовать для этого иные источники финансирования.

Компенсация расходов работников на прохождение химико-токсикологических исследований (ХТИ) и исследований на определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови осуществляется при подтверждении клинической целесообразности проведения таких исследований. ММ

ЛИТЕРАТУРА

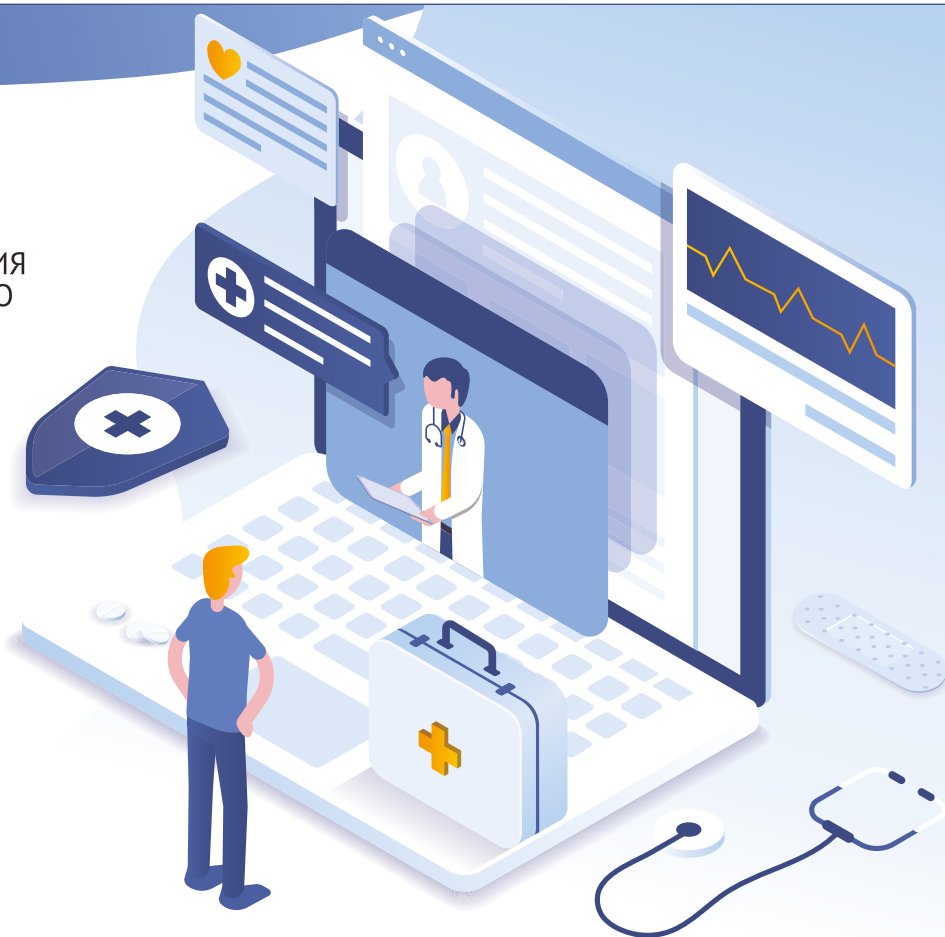
1. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 N 197-ФЗ.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
4. Постановление Правительства РФ от 23.09.2002 № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».
5. Приказ Минздрава России от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Информация об авторе

Севостьянов Андрей Викторович, юрист-консульт отдела делопроизводства Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, 1/1.

E-mail: Scrittor@mail.ru

Тел.: 8 (499) 940-47-36, доб. 2205, 8 (905) 598-80-89



Образование

НИИОЗММ ДЗМ – один из главных организаторов непрерывного профессионального развития медицинских кадров для Департамента здравоохранения города Москвы.

КОМПЕТЕНЦИИ

- Разработка методов повышения профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала.
- Создание условий для доступа к результатам современных исследований, актуальным научным публикациям.
- Организация программ с использованием электронного обучения.
- Организация стажировок и профессиональных тренингов за рубежом.
- Подготовка команды современных медицинских лидеров.
В программы обучения входят темы:
 - > эффективное управление ресурсами медицинской организации;
 - > медицинская статистика;
 - > кодирование по МКБ;
 - > навыки профессионального общения;
 - > оказание медицинской помощи в экстренной форме и др.

С 2016 ГОДА ОБУЧЕНО

1487 СПЕЦИАЛИСТОВ

**РАЗРАБОТАНО 47 ПРОГРАММ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

СФОРМИРОВАН БАНК ИЗ

20 000 КОНТРОЛИРУЮЩИХ
ЗАДАНИЙ

Продолжительность приема у врачей первичной медицинской помощи в мире: систематический обзор по 67 странам

Г. Ирвинг¹, А. Л. Невес^{2,3}, Х. Дамбха-Миллер^{1,4}, А. Ойши⁵, Х. Тагашира⁶, А. Верхо^{7,8}, Дж. Холден⁹

¹Кембриджский университет, Кембридж, Великобритания

²Университет Порто, Порто, Португалия

³Институт инноваций в мировом здравоохранении, Лондонский императорский колледж Лондон, Великобритания

⁴Оксфордский университет, Оксфорд, Великобритания

⁵Эдинбургский университет, Эдинбург, Шотландия

⁶Хортонская больница общего профиля, Банберн, Великобритания

⁷Университет Хельсинки, Финляндия

⁸Национальный институт здравоохранения и благосостояния, Хельсинки, Финляндия

⁹Клиника Гаревуд, Виган, Великобритания

Опубликовано ВМЖ Open. Перепечатывается с сокращениями

Резюме

Цель Сбор сведений о средней продолжительности консультации врача первичного звена медицинской помощи в экономически развитых странах и странах со средним и низким уровнем дохода и изучение связи между длительностью консультации и организационно-экономическими результатами и результатами лечения.

Материалы и методы Это систематический обзор публикаций и «серой» литературы на английском, китайском, японском, испанском, португальском и русском языках за период с 1946 по 2016 годы, были проведены экстракция данных и анализ их качества (из обнаруженных 1016 записей 838 были исключены из исследования. — Прим. ред.), на их основе были построены линейные регрессионные модели.

Результаты В материалах 111 публикаций было выявлено 179 исследований на основе 28 570 712 консультаций в 67 странах. Средняя продолжительность приема была разной, варьировалась от 48 секунд в Бангладеш до 22,5 минут в Швеции. Мы установили, что в 18 странах, в которых проживает около 50 % мирового населения, прием врача общей практики длится не более 5 минут. Мы также установили существенные связи между длительностью приема и расходами на здравоохранение на душу населения, госпитализацией по поводу заболеваний, требующих амбулаторного лечения, таких как диабет, распределением врачей общей практики, эффективностью их работы и удовлетворенностью.

Выводы В разных странах длительность приема врача различна, и вызывает беспокойство факт, что продолжительность консультации врача общей практики для большей части мирового населения составляет лишь несколько минут. Такое короткое время приема может негативно влиять на оказание медицинской помощи, нагрузку врача и связанный с этим стресс.

Сильные стороны и недостатки настоящего исследования

- В мире растет спрос на первичную медико-санитарную помощь, возникают опасения, как повлияет этот факт на работу врача общей практики.
- Это крупнейший международный обзор на сегодняшний день по теме [...]
- Среди недостатков настоящего исследования: не учтены различия между сельской местностью и городами, а также между государственной и частной медицинской практикой.
- Как и во многих случаях сравнения международных данных, фигурировало сравнительно небольшое число отдельных наблюдений.



International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: a Systematic Review of 67 Countries

Greg Irving¹, Ana Luisa Neves^{2,3}, Hajira Dambha-Miller^{1,4}, Ai Oishi⁵, Hiroko Tagashira⁶, Anistasiya Verho^{7,8}, John Holden⁹

¹ Primary Care Unit, University of Cambridge, Cambridge, UK

² Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS), University of Porto, Porto, Portugal

³ Centre for Health Policy, Institute Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

⁴ Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, UK

⁵ The Usher Institute of Population Health and Informatics, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

⁶ Horton General Hospital, Banbury, UK

⁷ The University of Helsinki, Finland

⁸ National Institute for Health and Welfare (THL)

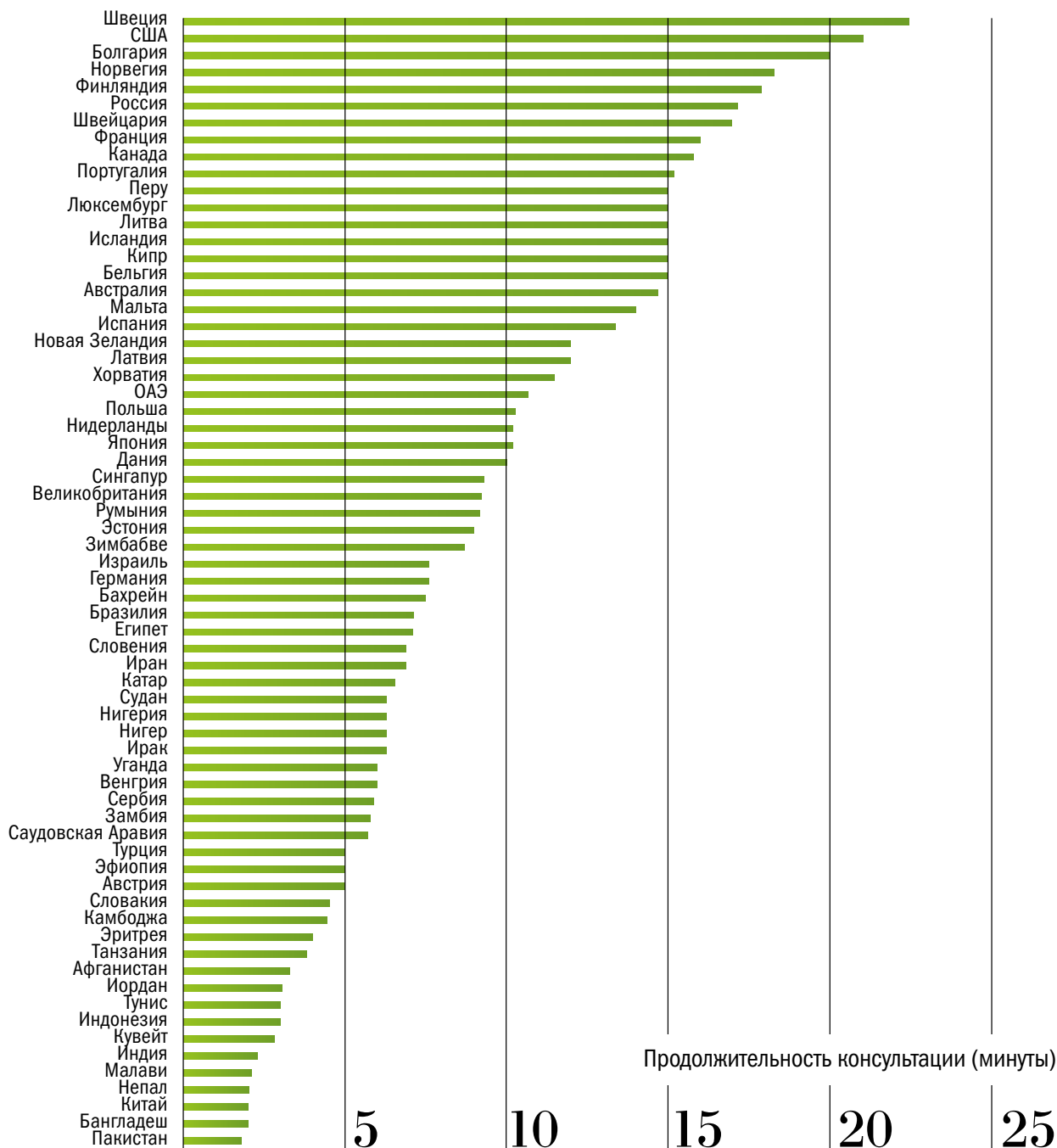
⁹ Garswood Surgery, Wigan, UK

Введение

Системы здравоохранения, в основе которых лежит первичная медико-санитарная помощь, эффективны с точки зрения снижения заболеваемости, смертности, справедливости и доступности медицинской помощи в мире [1]. По мере увеличения населения планеты также растет спрос на первичную медико-санитарную помощь как в экономически развитых странах, так и в странах с низким и средним доходом. Это влечет за собой разную продолжительность приема и вызывает у врачей первичного звена во всем мире сомнения относительно результативности сокращенных консультаций [2]. Результаты недавнего исследования работы врачей первичной медицинской помощи в Австралии, Канаде, Франции, Германии, Нидерландах, Новой Зеландии, Норвегии, Швеции, Великобритании и США свидетельствуют, что треть из этих медицинских специалистов не удовлетворены количеством времени, выделенным на прием пациента [3]. Опросы говорят о том, что сокращение времени приема негативно отражается на качестве медпомощи [4]. Например, уменьшение продолжительности консультации ведет к сокращению перечня услуг, оказываемых первичным звеном здравоохранения [5, 6]. Между тем показатели стресса у врачей первичного звена особенно высоки среди «медлительных» докторов с полным листом записи, которые к концу приема вынуждены работать «в спешке» [2].

Средняя продолжительность приема также является показателем качества, который используют ВОЗ и Международная сеть по рациональному использованию лекарственных средств (INRUD). Ряд стран, применяющих метод INRUD для оценки консультаций, установили для себя оптимальную продолжительность приема в рамках стандарта качества. Например, Египет в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи рекомендует консультации продолжительностью 30 минут для каждого пациента [7]. Среднюю длительность консультации также используют при мониторинге первичной медико-санитарной помощи как один из индикаторов качественного результата [8]. На системном уровне изменение продолжительности консультации зависит от ряда структурных и технологических переменных, например от количества врачей в системе первичной медицинской помощи [9]. Широко распространено мнение, что более длительные консультации лучше и что требуется больше врачей общей практики, чтобы уделять пациентам больше внимания [10, 11]. Тем не менее Кокрановский систематический обзор клинических исследований показал отсутствие достаточных доказательств, что увеличение продолжительности консультации приносит дополнительную пользу пациенту [12]. Однако в обзоре обозначены данные, подтверждающие, что более длительные консультации способствуют укреплению здоровья, улучшению как состояния пациентов, так

СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ В КАЖДОЙ СТРАНЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ



Грег Ирвинг и соавт. BMJ Open 2017;7:e017902



и качества медицинской документации. Другие обзоры показывают, что более длительные консультации приводят к более точной диагностике психических отклонений и что нехватка времени может быть основным препятствием в диагностике и лечении депрессии [13]. Также имеются доказательства, что для коморбидных пациентов более длительные консультации ведут к улучшению их состояния и качества жизни [14, 15].

Важно, чтобы методы, которые используют исследователи для измерения продолжительности консультации, отражали фактическую длительность приема, то есть время, которое врач и пациент проводят вместе. Эта точность необходима для избежания системных ошибок [16]. Что касается методов прямого наблюдения, исследователи также должны учитывать влияние собственного отношения к исследованию, например «эффект Хоторна» [17]. На сегодняшний день только наличие видеозаписи не влияет на конечные данные и считается эталоном прямого наблюдения. Косвенные подходы, как простой расчет продолжительности смены и деление ее на количество принятых пациентов, часто приводят к переоценке длительности консультации, например за счет игнорирования административной работы [18].

Тем не менее, при том что запрос на качественную первичную медицинскую помощь во всем мире растет, в настоящее время нет комплексных высококачественных обзоров, в которых была бы сопоставлена продолжительность консультаций во всем мире и изучена ее связь с качеством здравоохранения, в том числе на экономическом и организационном уровне. Такая информация жизненно важна для всех, поскольку страны перенимают опыт друг у друга. Предыдущие обзоры были ограничены небольшой выборкой стран, не было оценок методов измерения продолжительности консультаций, не разделялись консультации врачей первичной и специализированной медицинской помощи [9, 19, 20]. Цель настоящего исследования состояла в проведении систематического обзора литературы для описания средней продолжительности консультации врача общей практики по максимальному доступному в мире количеству отчетов. Мы также определили методы измерения продолжительности консультаций и изучили связь между длительностью консультации и экономическими результатами и результатами лечения в целом.

[...]

Средняя продолжительность приема у врача первичного звена

Средняя продолжительность консультаций в каждой из 67 изученных стран вычислена на основе суммарно

28 530 712 консультаций. Средняя продолжительность колебалась от 48 секунд в Бангладеш до 22,5 минут в Швеции. В 15 странах в настоящее время (на момент написания статьи) продолжительность консультации составляет менее 5 минут, в 25 странах — 5–9,9 минуты, в 11 странах — 10–14,9 минуты, в 13 странах — 15–9,9 минуты, и в 3 странах продолжительность консультации составляет 20 и более минут (см. рис.). По трем странам было достаточно данных, чтобы говорить об устойчивых тенденциях: Австралия, Великобритания и США. В Австралии продолжительность консультации была достаточно стабильной. В США она увеличивалась на 12 секунд ежегодно, в Великобритании — на 4,2 секунды ежегодно.

[...]

Основные находки и сравнения с имеющимися литературными данными

Обзор показал, что продолжительность консультации врача первичной медицинской помощи существенно различается в мире. В 18 странах, где проживает почти 50 % мирового населения, средняя продолжительность консультации составляет 5 минут и менее. Это негативно влияет на оказание медицинской помощи пациенту, а также на нагрузку и стресс самого врача. Причины колоссальных различий связаны с множеством факторов, включая государственную принадлежность медицинской организации, количество сотрудников, доступность, а также непрерывность, скоординированность и системность здравоохранения в той или иной стране. Например, в таких странах, как Пакистан, Бангладеш и Китай, нет системы записи к врачу, и врач первичной медицинской помощи может принимать более 90 пациентов в день, повторяя многократно одни и те же рекомендации [10, 31–33].

Многие исследования, включенные в данный обзор, обнаруживали, что малая продолжительность консультации приводит к избыточному применению лекарственных средств, злоупотреблению антибиотиками, а также к недостаточной коммуникации с пациентом [11, 32, 34]. Все это лишь доказывает наш аргумент, что необходим лимит минимального времени стандартного приема врача. Мало что возможно сделать менее чем за 5 минут, если только не стоит задача выявления определенного заболевания и связанных с ним рекомендаций. В среднем 5 минут может быть лимитом, ниже которого консультация представляет собой едва ли больше, чем триаж или выписка рецепта. Недостаток времени, отводимого на консультацию одного пациента, — ключевой сдерживающий фактор для оказания экспертной общей

врачебной помощи [35]. Обнаруженная связь между сокращением времени приема и выгоранием врачей, сопряженным с недостатком самореализации, может указывать, что врачи чувствуют себя менее эффективными и менее компетентными, занимаясь сложными коморбидными пациентами в подобных условиях. Установление нижней границы времени необходимо, если предполагается, что большая категория сложных, коморбидных пациентов должна быть в ведении именно первичного звена здравоохранения [36].

Наблюдалось значительные различия в трендах, связанных с продолжительностью консультаций в США, Австралии и Великобритании. В этих странах приблизительно равное количество врачей первичной медицинской помощи на 1000 человек. В США средняя продолжительность приема постоянно увеличивалась до более чем 20 минут. Продолжительность консультации в Великобритании также постоянно увеличивалась, хотя для ее оценки применялись различные методы изучения в разные годы. Все эти изменения предшествовали установлению стандарта 10-минутного рутинного приема по предварительной записи и отразили процесс постепенного роста не только времени консультации, но и числа врачей общей практики [37]. Однако интересно отметить, что продолжительность приема в Великобритании достигнет 15 минут при сохранении таких тенденций лишь к 2086 году. Продолжительность врачебного приема в Австралии стабильно сохраняется в пределах 15 минут, что отражено в записях именно на 15 минут, поскольку 20-минутный прием подразумевает дополнительную плату.

Страны с наибольшими потребностями в медицинской помощи, очевидно, нуждаются в установлении более длительной врачебной консультации, притом что в целом в этих странах она остается низкой. Связь между средней продолжительностью консультации и государственными расходами на здравоохранение на душу населения подтверждает: более короткие консультации являются индикатором бедности, даже в развитых странах. Связь здесь не обязательно причинно-следственная, возможно, обратный закон здравоохранения Харта (*inverse care law*) является общемировым феноменом. Это касается некоторых стран с низкими/средними доходами, где продолжительность приема укорачивалась, таким образом, ее рост не является неизбежным, и если не направить ресурсы на организацию первичной медицинской помощи, она может не справляться с возложенными на нее задачами на фоне роста населения и развития новых медицинских возможностей.

Отсутствие статистически значимого соотношения между продолжительностью консультации и ее

стоимостью на 1 пациента в год позволяет предположить, что увеличение продолжительности приема не приведет к сокращению количества визитов в год. Количество ежегодных посещений врача значительно различается в разных странах, и общее время, проведенное пациентом у врача первичной медицинской помощи, также значительно различается [38]. Например, в 2008 году было подсчитано, что среднее количество посещений врача общей практики (GP) в Великобритании в год составило 3,23 при средней продолжительности приема 11,7 минуты, что означает в целом 37,8 минуты на одного пациента в год. В 1997 году общее время составляло 27,8 минуты, то есть произошло увеличение на 10 минут за 11 лет [38].

Известно, что количество врачей первичного звена на душу населения существенно варьируется от страны к стране [24]. В нашем обзоре обнаружена статистически значимая связь между продолжительностью приема и числом врачей на душу населения. И эта связь остается значимой после поправки на различие расходов на здравоохранение в той или иной стране. Однако США выпадают из этой закономерности, достигая достаточно длительного времени консультации при скромном распространении врачей первичной медицинской помощи — возможно, это связано с доступностью специалистов в стране.

Связь между продолжительностью приема и выгоранием врачей первичного звена подтверждена и национальными исследованиями [4]. Особенно в части изучения эффективности работы врача имеются указания на то, что увеличение нагрузки может быть ключевым фактором выгорания [26].

Также была отмечена связь между более длительными консультациями в первичном звене и более низким количеством госпитализаций, связанных, в частности, с диабетом. Это отражает выводы, что развитая первичная медицинская помощь может уменьшить количество госпитализаций по поводу заболеваний, требующих амбулаторного наблюдения [5].

Отсутствие связи между продолжительностью консультации и количеством направлений на дополнительные исследования подтверждает вывод других исследователей, что более длительные консультации не приводят к увеличению числа дополнительных анализов [12].

Не обнаружена связь с количеством эпизодов экстренной и скорой медицинской помощи, но собранные данные не учитывали состояний, требующих амбулаторного наблюдения.

[...]



ЛИТЕРАТУРА

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
2. Wilson A, McDonald P, Hayes L, et al. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. *Br J Gen Pract* 1991;41:184–7. Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
3. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, et al. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Aff* 2015;34:2104–12. doi:10.1377/hlthaff.2015.1018 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
4. Mercer SW, Hasegawa H, Reilly D, et al. Length of consultations. Time and stress are limiting holistic care in Scotland. *BMJ* 2002;325:1241. FREE Full TextGoogle Scholar
5. Kringos DS. De sterkte van de eerste lijn in Europa, 2012. Google Scholar
6. Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, et al. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *Br J Gen Pract* 2007;57:960–6 <http://bjgp.org/content/57/545/960> doi:10.3399/096016407782604910 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
7. Akl OA, El Mahalli AA, Elkahky AA, et al. WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt. *J Taibah Univ Med Sci* 2014;9:54–64. doi:10.1016/j.jtumed.2013.06.002 Google Scholar
8. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63:742–50. doi:10.3399/bjgp13X674422 CrossRefGoogle Scholar
9. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002;52:1012–20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12528590> Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
10. Prescription and Dispensing Practices in Public Sector Health Facilities in Pakistan: Survey Report. Google Scholar
11. Chattopadhyay A, Mondal T, Saha T, et al. An audit of prescribing practices in CGHS dispensaries of Kolkata. India, 2013. Google Scholar
12. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane database Syst Rev* 2006:CD003540. Google Scholar
13. Hutton C, Gunn J, et al. Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:71. doi:10.1186/1472-6963-7-71 CrossRefPubMedGoogle Scholar
14. Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, et al. The CARE Plus study — a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med* 2016;14:88. doi:10.1186/s12916-016-0634-2 Google Scholar
15. Mercer SW, Watt GCM. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med* 2007;5:503–10. doi:10.1370/afm.778 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
16. McWhinney IR, Stewart M. Innovative consultation time as a common European currency. *Eur J Gen Pract* 1995;1:175. doi:10.3109/13814789509161634 Google Scholar
17. Holden JD. Hawthorne effects and research into professional practice. *J Eval Clin Pract* 2001;7:65–70. doi:10.1046/j.1365-2753.2001.00280.x CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
18. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 1990;40:455–8. Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
19. Outomuro D, Actis AM. Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics]. *Rev médica Chile* 2013;141:361–6. Google Scholar
20. World Health Organization. The World Medicines Situation: Chapter 8. Rational use of medicines. Geneva, 2004:75–92. Google Scholar
21. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP, 2013. Google Scholar
22. NIH Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort> (accessed 6 July 2017). Google Scholar
23. European Forum of Medical Associations and WHO. <http://www.efma-forum.com/index.php/efma-members/national-medical-associations> (accessed 6 July 2017). Google Scholar

24. OECD Health Care Resources. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (accessed 6 July 2017).Google Scholar
25. Nivel: Primary Care in Europe. <https://www.nivel.nl/en/primary-care> (accessed 6 July 2017).Google Scholar
26. Soler JK , Yaman H , Esteva M , et al . Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008;25:245–65.doi:10.1093/fampra/cmn038 CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
27. van den Berg MJ , van Loenen T , Westert GP . Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract* 2016;33:42–50.doi:10.1093/fampra/cmv082 CrossRefPubMedGoogle Scholar
28. Osborn R , Moulds D , Schneider EC , et al . Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff* 2015;34:2104–12.doi:10.1377/hlthaff.2015.1018 Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar
29. Eurobarometer. <http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/home/> (accessed 6 July 2017).Google Scholar
30. Hobbs FDR , Bankhead C , Mukhtar T , et al . Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14. *Lancet* 2016;387:2323–30.doi:10.1016/S0140-6736(16)00620-6 CrossRefPubMedGoogle Scholar
31. Nizami S , Khan I , Bhutta Z . Paediatric prescribing in Karachi. *J Pak Med Assoc* 1997.Google Scholar
32. Jin G , Zhao Y , Chen C , et al . The length and content of general practice consultation in two Urban districts of Beijing: a preliminary observation study. *PLoS One* 2015;10:e0135121.doi:10.1371/journal.pone.0135121 Google Scholar
33. Guyon AB , Barman A , Ahmed JU , et al . A baseline survey on use of drugs at the primary health care level in Bangladesh *. *Bull World Health Organ* 1994;72:265–71.PubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
34. Nizami SQ , Khan IA , Bhutta ZA . Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan. *Soc Sci Med* 1996;42:1133–9.doi:10.1016/0277-9536(95)00386-X CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
35. Reeve J , Dowrick CF , Freeman GK , et al . Examining the practice of generalist expertise: a qualitative study identifying constraints and solutions. *JRSM Short Rep* 2013;4:204253331351015.doi:10.1177/2042533313510155 Google Scholar
36. ISRCTN — ISRCTN34092919: Living well with multiple morbidity.Google Scholar
37. Collings J . General practice in ENGLAND today -a reconnaissance. *Lancet* 1950;255:555.doi:10.1016/S0140-6736(50)90473-9 Google Scholar
38. Irving G , Reeve J . Do GPs really provide 47 minutes a year for the patient? *Br J Gen Pract* 2012;62:404–5. doi:10.3399/bjgp12X653499 FREE Full Text

Полный список литературы и полный текст статьи можно прочитать здесь:
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Статистика и аналитика

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы

КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др..
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов и формирование сборников, статей и обзоров.

ЦЕНТР УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ, СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ ПО

21 ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ
ЧЕМ ОТ **500** МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ

30 В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ
ВЕДЕТСЯ БОЛЕЕ
ОПЕРАТИВНЫХ МОНИТОРИНГОВ



В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ РЕСУРСОВ НАРАВНЕ С МАТЕРИАЛЬНЫМИ, ТРУДОВЫМИ И ФИНАНСОВЫМИ. ОНА ПОМОГАЕТ ГОСУДАРСТВУ ПРИНЯТЬ ЭФФЕКТИВНЫЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ ЗАДАЧИ – УКРЕПЛЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН».

Анастасия ПОДЧЕРНИНА, заведующая Центром медицинской статистики



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА