

ТЕМА НОМЕРА

ТЕРАПИЯ

1 СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

«Терапевтом стало неинтересно работать, он ничего не имеет права сделать сам»

О месте врача терапевта в современной медицине размышляет заслуженный врач России **Леонид ПЕЧАТНИКОВ**

2 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Об особенностях работы клиник в ОМС рассказывает директор МГФОМС **Владимир ЗЕЛЕНСКИЙ**

3 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

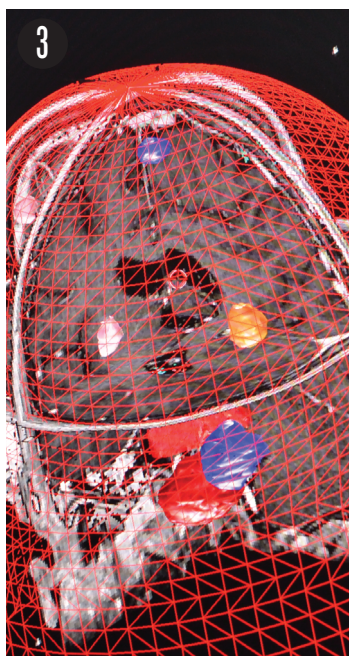
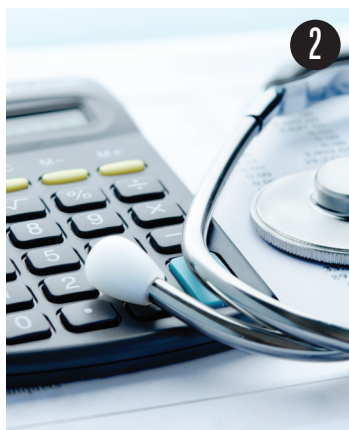
В рубрике представлены материалы майской и июльской клинико-анатомических конференций

4 МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Бадма БАШАНКАЕВ представляет лапароскопические методы удаления грыж

5 МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ

О профессии врача общей практики со времен доктора Ватсона - в интервью с **Александром МЯШНИКОВЫМ**



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета:

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

Бойко Алексей Николаевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения Москвы

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

Голухов Георгий Натанович, руководитель Департамента здравоохранения Москвы

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

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

Загородний Николай Васильевич, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Камалов Армаис Альбертович, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

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

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

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

Михалева Людмила Михайловна, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель совета главных врачей Москвы

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

Петрайкина Елена Ефимовна, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

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

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

Тер-Ованесов Михаил Дмитриевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Москвы

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

Хрипун Алексей Иванович, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Хубутя Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

Шпектор Александр Вадимович, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

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

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Издательство: ООО «Бионика Медиа» 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

Выпуск № 2 журнала «Московская медицина» отпечатан 17 октября 2014 года

ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская д.21

Тел.: 8 (903)511-04-26, E-mail: rostest-iv@inbox.ru

Тираж 10000 экз.

Бесплатно

Так получилось, что в определенный момент развития отечественного здравоохранения терапия стала дробиться на множество специализаций. Система выстраивалась вокруг узких специалистов. В этом были свои плюсы, но времена меняются. Узких специалистов стало действительно много, однако их квалификация, мягко говоря, оставляет желать лучшего. Необходимо стремиться к тому, чтобы к узким специалистам попадало не больше 30% больных первичного приема, как это происходит во всех развитых странах. Ключевую же роль в амбулаторном звене должен играть терапевт — врач общей практики, способный оценить состояние пациента в целом, оказать квалифицированную помощь, а не гонять больного к узким специалистам по поводу насморка или боли в пояснице.

К сожалению, сегодня терапевт превратился в диспетчера. Ключевая его функция — выписка направлений на прием к различного рода специалистам. В существующей системе у него нет ни времени, ни желания заниматься собственно больным, допытываться до причин ухудшения здоровья пришедшего к нему на прием человека. Такое положение дел недопустимо, ситуацию в Москве мы будем менять. Будем работать со специалистами МГФОМС над изменением нормативных документов, регламентирующих работу терапевта в системе ОМС. Будем объяснять главным врачам поликлиник преимущества перераспределения объемов оказываемой помощи в пользу врачей общей практики. Будем повышать профессиональный уровень самих терапевтов.

Во Франции, если врач общей практики назначает консультаций у узких специалистов больше определенного лимита, встает вопрос о его профпригодности. У нас же в стране найти грамотного терапевта, который бы хотел и был в состоянии взять на себя ответственность за здоровье больного, крайне непросто. Но в наших силах вернуть терапевта в специальность. Молодой человек, мечтающий работать в Москве врачом, должен знать, что самой востребованной специальностью в ближайшее время будет терапия. Нам нужно догонять мир и двигаться быстро. Времени на раскачку нет.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития
Леонида Печатникова

02**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Владимир Зеленский: основной принцип работы клиник
в ОМС – быть конкурентоспособными**

2**05****СПЕЦИАЛЬНОСТЬ**

Терапевт – ископаемая специальность

О необходимости вернуть врача-терапевта на подходящее ему место в современной системе оказания медицинской помощи пишет заслуженный врач
России Леонид Печатников

1**09****ДИАЛОГ**

По подушевому принципу

Темой очередного выездного совещания заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида Печатникова с руководителями московских клиник стало подушевое финансирование

12**СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

**Владимир ТЮРИН: терапевт вновь станет главным
действующим лицом**

20**ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА**

Пациент не всегда прав

Материалы судебных разбирательств обращений пациентов с жалобами на работу клиник анализирует директор по правовым и кадровым вопросам GEMC
Татьяна Курносова

24

Вопрос – ответ

На вопросы правового характера от московских врачей отвечают специалисты
Департамента здравоохранения Москвы

26

БОЛЬНОЙ ВОПРОС**От руководителя к высококвалифицированному руководителю**

О кадровой политике Департамента здравоохранения Москвы рассказывает первый заместитель руководителя департамента Татьяна Мухтасарова

38**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА****Материалы общегородских клиничко-анатомических конференций**

«Прошу руководителей ЛПУ иметь в виду: за все, что происходит в ваших учреждениях, вы несете персональную ответственность», — подчеркнул, открывая одно из обсуждений, Леонид Печатников

3**42****ПОРТРЕТ ЛПУ****По европейским стандартам****59****Приятные хлопоты****62****Модель рационального развития****65****На современном уровне****69****ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ****Хирургия вживую**

В Москве открылась Международная школа практической хирургии (International School of Practical Surgery)

76**МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ****Лапароскопические методы устранения грыж**

Новую рубрику открывает материал руководителя отделения колопроктологии ЕМС, действительного члена Американского общества колоректальных хирургов Бадмы Башанкаева

4**78****МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ****От доктора Ватсона до доктора Хауса**

Об эволюции роли терапевта, врача общей практики рассуждает главный врач ГКБ №71 Александр Мясников

5**86**

ВЛАДИМИР ЗЕЛЕНСКИЙ: ОМС – КОНКУРЕНТНАЯ СИСТЕМА, ГДЕ ДЕНЬГИ ДОЛЖНЫ ИДТИ ЗА ПАЦИЕНТОМ

В современных условиях система обязательного медицинского страхования – ключевое звено здравоохранения. Через ОМС проходит львиная доля финансирования медицинской помощи и от того, насколько руководители ЛПУ понимают механизмы работы системы, зависит благополучие клиник, а главное – качество оказываемой пациенту медицинской помощи. Об особенностях работы системы ОМС на региональном уровне рассказывает директор МГФОМС Владимир ЗЕЛЕНСКИЙ.

– Владимир Анатольевич, масштабные реформы московского здравоохранения идут параллельно с серьезными изменениями всей национальной системы здравоохранения, не последнюю роль в которых играет система ОМС. В этой ситуации на что необходимо обратить пристальное внимание руководителям московских ЛПУ?

— Основной принцип обязательного медицинского страхования – создание конкурентной среды – как на уровне страховых компаний, так и на уровне медицинских организаций. С 2012 года количество негородских медицинских организаций увеличилось с 93 до 173 в 2014 году. В этих условиях руководителям московских медицинских организаций необходимо в первую очередь учитывать, что объем ресурсов системы ОМС ограничен и распределяется между теми ЛПУ, которые оказывают наиболее качественные медицинские услуги и, как следствие, востребованы гражданами.

Второе важное обстоятельство – повышение внутренней эффективности медицинских организаций. Как финансист не могу не процитировать Бюджетный кодекс: эффективность – это достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижение наилучшего результата с использованием заранее определенного объема средств.



**Владимир
ЗЕЛЕНСКИЙ,**
директор МГФОМС

— Какие преимущества дает переход на подушевое финансирование для поликлиник и планируемый переход на оплату по законченному случаю медпомощи, оказываемой в стационарах в соответствии с клинко-статистическими группами заболеваний?

— Основное преимущество подушевого финансирования в амбулаторном звене – бюджет поликлиники больше не зависит от объема услуг, предъявленных к оплате страховым медицинским компаниям, а зависит от количества прикрепившихся к этой поликлинике граждан. Главное, что необходимо иметь в виду при переходе на подушевое финансирование, – гарантированный бюджет не должен приводить к снижению доступности медицинской помощи для граждан. Гражданин, которого не устраивает своя поликлиника, может открепиться и выбрать другую, это приведет к линейному сокращению бюджета учреждения, из которого гражданин ушел.

Оплату стационарной помощи предлагается осуществлять с использованием клинко-статистических групп (КСТ), то есть группировки медико-экономических стандартов в более крупные позиции. Укрупнение тарифов на стационарную помощь значительно облегчит планирование объемов деятельности больницы и ее бюджета.

Переход на учет и оплату законченных случаев лечения на основе клинко-статистических групп заболеваний, планируется не ранее 2015 года. С начала этого года реализуется пилотный проект, в рамках которого в тестовом режиме на базе 4-х городских стационаров осуществляется учет медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, по этой системе. С апреля круг участников пилотного проекта расширен, в него включены практически все городские стационары. Результаты пилотного проекта дадут нам и Департаменту здравоохранения города Москвы возможность проведения сравнительного анализа финансовых результатов работы медицинской организации при учете медицинской помощи по медицинским стандартам и по клинко-статистическим группам для последующего корректного расчета коэффициентов и тарифов на КСГ.

— Что бы вы посоветовали в обязательном порядке учитывать руководителям клиник при работе над годовыми бюджетами своих учреждений в новых условиях работы?

— При составлении годовых бюджетов необходимо руководствоваться годовыми объемами финансового обеспечения, установленными Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год, поскольку в условиях ограниченного ресурса ОМС превышение согласованных объемов медицинской помощи оплачиваться страховыми компаниями не будет.

Необходимо равномерно распределять по кварталам объемы финансового обеспечения, установленные на год, с учетом сложившейся сезонности оказания медицинской помощи.

— Каковы основные принципы эффективного функционирования каждого типа медицинских организаций в городской системе ОМС на нынешнем этапе?

— Основной принцип – быть конкурентоспособными.

— Каким образом финансируется и каковы механизмы расчета оплаты экстренной медпомощи, оказываемой службой скорой медицинской помощи в Москве? За счет каких средств и в каком объеме оплачивается помощь незастрахованным гражданам?

— В соответствии с законодательством скорая медицинская помощь включена в базовую программу ОМС. И в настоящее время скорая медицинская помощь как гражданам РФ, так и иностранным гражданам и лицам без гражданства, в том числе не имеющим полиса ОМС, оплачивается напрямую из МГФОМС, минуя страховые компании.

Единицей оплаты скорой медицинской помощи является вызов. Средняя стоимость вызова в 2014 году – 5 191,08 рубля.

Но обращаю внимание, оказание скорой медицинской помощи не должно быть обусловлено наличием у гражданина полиса ОМС, несмотря на то, что она включена в обязательное медицинское страхование.

На сегодняшний день основной задачей является создание системы идентификации пациентов, в том числе выяснения региона, в котором гражданин застрахован, для того чтобы МГФОМС мог получать компенсацию оплаты скорой медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам.

– Не возникает ли сложностей в связи с переводом на оплату за счет средств ОМС все новых видов медпомощи?

— С 2013 года в рамках Территориальной программы ОМС по медицинским показаниям предусмотрено оказание услуг по лечению бесплодия с применением экстракорпорального оплодотворения. Также в Территориальную программу ОМС включены медицинские услуги по заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа. С 2014 года часть видов высокотехнологичной медицинской помощи переведена на оплату за счет средств ОМС.

Главным инструментом регулирования финансового состояния системы являются тарифы на медицинские услуги и внедрение новых способов оплаты медицинской помощи.

В соответствии с решением Минздрава России о переводе части видов высокотехнологичной медицинской помощи на оплату за счет средств ОМС были разработаны тарифы на 401 метод, на остальные 50 методов тарифы установлены Федеральным фондом ОМС.

При этом включение в ОМС новых видов медицинской помощи не должно приводить к разбалансированию бюджета ОМС – установленные Комиссией объемы финансового обеспечения на год должны стать константой договорных обязательств между всеми участниками системы.

– На решении каких задач сконцентрируется МГФОМС в ближайшее время? К чему в связи с этим нужно быть готовым руководителям и сотрудникам московских клиник?

— В первую очередь совместно с Департаментом здравоохранения мы оценим потребность москвичей в медицинской помощи, соотнесем ее с возможностями городской сети здравоохранения, разработаем прозрачные критерии распределения объемов между медицинскими организациями.

В части тарифной политики будет произведен пересмотр медико-экономических стандартов. Это необходимо сделать для последующего перехода на клинко-статистические группы, а также для корректного включения высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС.

При совершенствовании тарифной политики особое внимание будет уделено механизмам экономического стимулирования снижения уровня госпитализации и переноса медицинской помощи на амбулаторный уровень.

Также необходимо самое пристальное внимание уделить системе защиты прав застрахованных граждан – страховые медицинские организации должны быть мотивированы не на проведение «механистических проверок» заполнения медицинской документации, а на реальную экспертизу качества медицинской помощи и помощь гражданам в защите их прав.

Отдельной масштабной темой, от которой зависит решение остальных запланированных задач, является информационное обеспечение системы ОМС. Необходимо создать современную прозрачную систему, которая будет полностью интегрирована с созданной в Москве системой ЕМИАС и использована как на этапах планирования бюджета МГФОМС, так и на этапах реализации территориальной программы ОМС и последующего контроля

за участниками системы ОМС. Кроме того, эта система должна позволить застрахованным получить информацию о деятельности страховых компаний и медицинских организаций.

— Насколько эффективна и жизнеспособна, на ваш взгляд, саморегулирующаяся финансово-экономическая система фондодержания в управлении потоками пациентов, оценка результата обследования и лечения на всех этапах оказания медицинской помощи?

— Фондодержание является одним из возможных способов управления уровнем госпитализации и стимулирования амбулаторного звена на стационарзамещающие технологии.

Опыт внедрения системы полного фондодержания в субъектах Российской Федерации выявил ее положительные и отрицательные стороны. К первым следует отнести оптимизацию коечного фонда, снижение уровня госпитализации и стимулирование развития амбулаторных учреждений (совершенствование диагностической базы, повышение квалификации медицинских работников, внедрение стационарзамещающих технологий, усиление профилактической работы).

Вместе с тем были выявлены серьезные отрицательные моменты системы. В частности, несмотря на использование поло-возрастных коэффициентов при расчете подушевого норматива, медицинские организации, в которых прикрепленного детского населения больше 20%, а лиц старших возрастов – более 25%, а также поликлиники, имеющие относительно небольшую численность прикрепленного населения, – неспособны эффективно осуществлять деятельность в условиях фондодержания. Кроме того, снижение доступности медицинской помощи (как амбулаторной, так и стационарной) приводило к увеличению количества осложнений при поздних госпитализациях.

Элементы фондодержания, в частности, подушевое финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медицинскую помощь прикрепленному населению и взаиморасчеты между ними, в настоящее время внедрены в московскую систему ОМС. Кроме того, внедрено так называемое виртуальное фондодержание, которое заключается в мониторинге госпитализации пациентов, прикрепленных к конкретным амбулаторным центрам.

Говорить о внедрении полного фондодержания возможно только после подведения итогов «виртуального фондодержания», а также создания системы управления потоками плановых пациентов, с одновременным повышением качества прогнозирования уровня госпитализации исходя из потребностей населения города Москвы.

— Как можно объективизировать распределение объемов медицинской помощи между участниками реализации территориальной программы государственных гарантий, заявивших свою работу в системе ОМС, в том числе «негородских медицинских организаций»?

— В настоящее время готовятся изменения в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые предполагают установление критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

Другими словами, Департамент здравоохранения Москвы совместно с МГФОМС должен определить потребность населения города в конкретных видах медицинской помощи, и после этого объемы медицинской помощи в натуральном выражении для каждой конкретной медицинской организации любой организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности, участвующей в реализации городской программы ОМС, должны распределяться с учетом прозрачных и понятных критериев.

Еще раз хочу напомнить, что система ОМС является конкурентной системой, где деньги должны идти за пациентом в ту медицинскую организацию, которую он выберет. И создаваемая система критериев должна также давать ответ на вопрос, какая медицинская организация является наиболее качественной и эффективной.

ТЕРАПЕВТ — ИСКОПАЕМАЯ ПРОФЕССИЯ

Когда в 1984 году я защищал кандидатскую диссертацию, посвященную бронхиальной астме, моя специальность называлась «внутренние болезни». Если бы защита проходила сегодня, она бы называлась «пульмонология». Дробление терапии на множество специализаций — тенденция общемировая, в 70-х это было актуально. Плохо только, что от «внутренних болезней» как специальности практически ничего не осталось.

Диагноз на необитаемом острове

Сегодня мы имеем кардиологов, которые не умеют слушать легкие, пульмонологов, которые не умеют слушать сердце, и гастроэнтерологов, которые не умеют ни того ни другого. А базовая специальность, которая испокон века существовала в медицине, — терапия и профессия врача общей практики медленно исчезают.

Это не только проблема России, так было какое-то время назад везде. Но западные коллеги, которые всегда умели считать деньги, вовремя спохватились, поняв, что от узкой специализации проигрывает не только пациент, который вместо одного врача должен посетить трех или четырех, но и бюджет. И бюджет клиники, и бюджет системы здравоохранения как единого целого. Мы же только начинаем это осознать, поставленные перед необходимостью жить по средствам.

Но это еще полбеды. В нашей сегодняшней системе терапевт и вовсе превратился в диспетчера, задачей которого стало лишь понять, к какому из узких специалистов можно направить пациента. И это положение закреплено нормативно. Терапевтом стало неинтересно работать, он ничего не имеет права сделать сам. У него нет ни времени, ни должного уровня полномочий, а значит, и желания сколько-нибудь обстоятельно разбираться в проблемах пациента. Не позавидуешь и пациенту, который должен тратить время на посещение «лишних» докторов, так как после того как терапевт направляет его к кардиологу, может выясниться, что никакой кардиологической патологии у него нет, и нужно теперь идти к неврологу... А ведь в определенных случаях поставить диагноз можно и без специалиста, на основании клинического расследования, и назначить адекватное лечение, экономя время пациента и деньги клиники. Наши терапевты потеряли навыки



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заслуженный
врач России

пропедвтики и превратились в писарей, выписывающих рецепты и больничные листы. Мои учителя говорили так: «Когда смотришь больного, ты должен представить, что находишься на необитаемом острове. И учиться надо так, чтобы даже на необитаемом острове ты бы мог поставить диагноз». Все знают знаменитого путешественника Тура Хейердала, который любил плавать по океану на судах, сделанных по древним чертежам. Эти древние чертежи его не подводили, так же как и врач, которого он всегда старался брать с собой. Им был наш соотечественник — Юрий Сенкевич. И выбирал Тур Хейердал советского врача вовсе не потому, что они были друзьями (друзьями они стали позже), или из политических соображений, а главным образом потому, что знал: советские врачи могут поставить точный диагноз в любого рода экстремальных условиях. Сегодня такого рода искусство диагностирования уходит в прошлое.

Мы оказались в очень тяжелом положении. Мало того, что мы теряем терапевтов, так и самым узким специалистам не позавидуешь. Их избыток приводит к тому, что врачу приходится большую часть времени заниматься в клинике тривиальными случаями, а на разбор и лечение действительно серьезных ситуаций порой не остается времени. Да и квалификация теряется.

Не тот специалист

Сегодня очевидно, что одна из ключевых задач как российского, так и московского здравоохранения, как его составляющей — вернуть врача-терапевта на подобающее ему место. Во Франции, например, терапевт или тот, кто называется в Париже

«врач квартала», закрывает большую часть проблем своего пациента со здоровьем. Более того, он ограничен в возможностях консультироваться с узкими специалистами. Если такой врач слишком часто обращается за помощью к коллеге, встает вопрос о его профпригодности. Такого врача отправляют на учебу, для того чтобы он в последующем не отвлекал ресурсы врача-специалиста, которые нужны для решения более узкоспециализированных задач в медицине. Мы должны ориентироваться на такие примеры организации работы врачей первичного звена.

И первейшая задача — обучение современного терапевта. Ведь во многом то, что происходит со специальностью, связано с постыдно низким уровнем образования в медицинских вузах. Кстати, это определение принадлежит

Веронике Игоревне Скворцовой. Снижение уровня преподавания началось еще в середине 70-х годов и продолжается по сей день. Результат — врачи, получающие дипломы, не владеют принципами пропедвтики, то есть не умеют обследовать пациента самостоятельно: слушать его, щупать, простукивать. Да и узкие специалисты у нас совсем не то же самое, что в Европе. Там гастроэнтеролог — не тот человек, который щупает живот и назначает таблетки от язвенной болезни, а специалист, владеющий эндоскопией. Это человек, который, владея эндоскопом, проводит гастроскопию, ректороманоскопию, колоноскопию. Аналогично кардиолог в Европе — не тот человек, который умеет выслушать сердечные шумы и прочитать электрокардиограмму, а специалист, который может самостоятельно сделать коронарографию, поставить стент. А всем тем, что связано с постановкой диагноза на этапе доинструментального обследования, занимается терапевт или врач общей практики, обладающий соответствующими знаниями и навыками.



МОИ УЧИТЕЛЯ ГОВОРИЛИ ТАК: «КОГДА СМОТРИШЬ БОЛЬНОГО, ТЫ ДОЛЖЕН ПРЕДСТАВИТЬ, ЧТО НАХОДИШЬСЯ НА НЕОБИТАЕМОМ ОСТРОВЕ. И УЧИТЬСЯ НАДО ТАК, ЧТОБЫ ДАЖЕ НА НЕОБИТАЕМОМ ОСТРОВЕ ТЫ БЫ МОГ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ».

Ни времени, ни денег

Для того чтобы переломить ситуацию, прежде всего необходимо создавать в клиниках дефицит мест для узких специалистов и профицит для терапевтов широкого профиля. Филиалы наших амбулаторных центров должны стать, по сути, офисами врачей общей практики, оснащенными соответствующим выполняемым задачам оборудованием. В них будет минимум узких специалистов, так как большую часть проблем приходящих пациентов решит терапевт. Если мы сумеем наделить терапевтов необходимыми правами по взаимодействию с пациентом, нагрузка на специалистов, очевидно, снизится. При этом узкие специалисты, будучи изначально сами терапевтами, должны уметь компенсировать эти потери для себя на общетерапевтическом уровне. Чтобы закладывать правильное понимание положения дел в современной системе оказания медпомощи уже со студенческой скамьи, надо идти в вузы и говорить будущим выпускникам о том, что мы обеспечим их работой в Москве, но это будет в первую очередь работа врачей общей практики, терапевтов. Это не значит, что узкие специалисты не нужны, но их деятельность должна быть ограничена рамками специализации и направлена на решение действительно узкоспецифических медицинских задач.

Уверен, что такой подход найдет поддержку на всех уровнях управления нашим здравоохранением. Мы должны и можем корректировать действующую систему с учетом требований сегодняшнего дня. Именно требований. Так как в неизменном виде система не только зачастую проблемна для пациентов, но и государству не по карману. Мой коллега из Франции — заместитель мэра Парижа по здравоохранению — недавно был в Москве, изучал наш опыт и недоумевал: как вся эта громоздкая система еще в состоянии функционировать. По его мнению, ее финансирование было бы не по зубам даже бюджету Парижа.

Уверен, что у нас уже нет ни времени, ни денег на поддержку существующего статуса-кво. Нужны перемены, и действовать нужно быстро. Последовательность здесь проста: 70% медпомощи должно оказываться в амбулаторном звене, а затем уже на этом уровне 70% помощи должны оказывать врачи общей практики. И Москве нужно выступить первопроходцем в этом деле. Необходимо пересматривать систему лицензирования специалистов, менять нормативную базу ОМС, работать с менталитетом сегодняшних, но, главное, будущих врачей. Для этого их нужно изначально готовить соответствующим образом, а многих из тех, кто уже работает, переучивать. И учить есть кому. В стране одна из лучших в мире терапевтических школ. Перечислять фамилии знаменитых русских терапевтов можно долго. В свое время русских терапевтов приглашали за границу, к английской королеве.

Когда я поступил в медицинский институт, то, как многие мальчики, хотел быть хирургом. Но так случилось, что мне в жизни безумно повезло. На первом курсе моим соседом по парте (а потом и другом на всю жизнь) оказался правнук великого русского терапевта Максима Петровича Кончаловского. С 17 лет я больше времени, чем дома, проводил в этой семье, где мне посчастливилось сидеть за одним обеденным столом с Евгением Михайловичем Тареевым, Ниной Максимовной Кончаловской, Зинаидой Адамовной Бондырь, Владимиром Петровичем Шульцевым, Абрамом Львовичем Сыркиным. Тем, что получил от общения с этими выдающимися людьми, я живу всю жизнь. Я довольно быстро понял, что для хирургии у меня не хватает твердости руки, но разговоры за обеденным столом не оставили сомнения: главная медицинская специальность — терапия. Теперь я, как и мои коллеги, готов делиться своим багажом с молодыми. Но им нужно поторопиться, иначе учиться будет не у кого. Большинство моих учителей уже со стыдом наблюдают за происходящим с небес, а скоро и моих ровесников не останется.

70%

**Медпомощи
в амбулаторном
звене должны
оказывать врачи
общей практики**

ПО ПОДУШЕВОМУ ПРИНЦИПУ

В периоды реформ, осуществляемых по инициативе сверху, важно иметь каналы обратной связи с той средой, которая подвергается изменениям. В Москве для выстраивания полноценного диалога между руководителями здравоохранения различного уровня уже не первый год используется формат выездных совещаний главврачей клиники и специалистов Департамента здравоохранения Москвы с заместителем мэра города по вопросам социального развития Леонидом Печатниковым. Очередная встреча была посвящена обсуждению вопросов, связанных с внедрением в практику городской системы здравоохранения подушевого финансирования.

Пациент на счету

Начиная совещание, Леонид Печатников подчеркнул:

— Надеюсь, вы понимаете, что многое из того, что мы делаем, является вынужденной мерой. Я не собираюсь от вас этого скрывать, мы должны попытаться жить по средствам. Когда мы с вами идем в магазин, каждый из нас выбирает не только и не столько то, что нравится, сколько то, на что хватает средств. Поэтому наша задача — уложиться в те рамки, которые нам поставил бюджет, сохранив при этом достаточно высокий уровень здравоохранения, который мы обеспечили после проведения Программы модернизации. Мы в течение полугода уже работаем на «подушевику», пока еще не полно. Прошу вас встать и сказать, какие сложности при подушечном финансировании испытывают ЛПУ. Для того чтобы мы могли обсудить возможные пути их устранения.

Ключевые проблемы, стоящие перед медицинскими учреждениями первичного звена, сформулировала главный врач КДЦ №4 Ирина Буславская:

— Первая проблема, с которой мы столкнулись при переходе на подушевое финансирование, заключалась в неопределенности величины подушевого тарифа — он менялся все это время. Это сделало невозможным планирование работы для нашего лечебного учреждения. Вторая проблема — неопределенность и нечеткое

определение медицинских услуг, включенных в подушевой тариф. Третья — отсутствие системы прозрачных взаиморасчетов по горизонтали между ЛПУ. Например, хотелось бы уточнить систему взаиморасчета с другими ЛПУ в случае оказания в них медпомощи прикрепленным к нашей поликлинике пациентам. Мы получаем деньги по подушевому нормативу, а расплачиваемся с другими клиниками по тарифу за услугу. Эта практика будет продолжена? И с другой стороны, если в нашей поликлинике есть женская консультация, а в другой нет, то автоматически все женщины будут получать медпомощь у нас, но деньги по подушевому тарифу при этом находятся в той клинике, где они прикреплены. Как будут рассчитываться с нами? Четвертая проблема касается работы со страховыми компаниями. Дело в том, что обычно проводимая экспертиза по объемам медпомощи в условиях подушевого финансирования не представляется оправданной. Непонятно, за что и на основании чего в новых условиях финансирования будут сниматься деньги с клиник. Наконец, есть вопрос, связанный с тем, что сегодня есть услуги, условно отнесенные к ВМП, которые не входят в тарифы. Как нам будут оплачивать проведение этих операций? На сформулированные вопросы начал отвечать директор МГФОМС Владимир Зеленский:

— По первой проблеме должен сказать, что мы действительно сегодня вынуждены пересчитывать подушевой тариф с определенной периодичностью исходя из статистики потребления медицинской помощи. Он каждый месяц меняется. Возможно, удастся делать это реже. Сейчас он составляет 4106 рублей.

Леонид Печатников прокомментировал слова директора терфонда, обращаясь к руководителям клиник:

— Это тот размер тарифа, на который вы смело можете ориентироваться при расчетах, получаемых по подушевому финансированию годовых бюджетов. Меньше вы не можете получить. Сможете получить только больше, если по итогам трех кварталов будет понятно, что есть остатки средств в МГФОМС, которые он сможет вам отдать дополнительно. Но важно другое: необходимо четко понимать численность прикрепленного именно к вашей клинике населения. Это важно для всех: горизонтальный расчет можно построить, только имея выверенный регистр. Как только вы почувствуете, что кого-то «потеряли», езжайте в МГФОМС и выясняйте все детали. Не пишите писем. Вы не можете уехать из фонда без ответа на вопрос, куда делись четыре тысячи человек или четыре человека из числа прикрепленных граждан. Для вас это живые деньги. Вы будете банкротами, если не учтете каждого человека, который к вам прикреплен. Даже если этот человек ни разу за год к вам не пришел, эти деньги у вас останутся. А если к вам приходит человек, получает медуслуги, которого в регистре нет, то вы не получите за него ничего. Разъясняя ситуацию с тем, какие медуслуги включены в подушевой тариф, Владимир Зеленский уточнил, что в первом полугодии в него была включена вся амбулаторная помощь за исключением профилактической работы и дневных стационаров, а с 1 июля за рамками тарифа останутся только некоторые виды высокотехнологичной помощи.



**ОДНА ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ПРОБЛЕМ, С КОТОРОЙ
МЫ СТОЛКНУЛИСЬ ПРИ ПЕРЕХОДЕ
НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ,
ЗАКЛЮЧАЛАСЬ В НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ
ВЕЛИЧИНЫ ПОДУШЕВОГО ТАРИФА.**

Ирина БУСЛАВСКАЯ

Не за страх, а на совесть

Отвечая на вопрос, насколько нужна экспертиза по объему медицинской помощи в условиях подушевого финансирования, Владимир Зеленский заметил:

**4106
РУБЛЕЙ**

**составляет средний
подушевой тариф
ОМС в Москве
сегодня**

— Несмотря на новую систему, вы все равно подаете реестры по объему медицинской помощи, которые потом проверяют СМО. Страховые компании будут, как и прежде, заниматься экспертизой качества. Да, мы будем работать над тем, чтобы существенно снижать штрафы за неправильно оформленную документацию, когда штрафуют за помарки и «неправильный» почерк, но штрафы по результатам экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы все равно будут. Штрафы будут начисляться исходя из имеющихся тарифов на медуслуги.

Со своей стороны Леонид Печатников отметил:

— Мы меняем стиль работы страховых компаний. Страховые компании должны прекратить паразитировать на системе ОМС, должны начать заниматься реальной экспертизой. Причем у клиник будет право вступить в спор со страховой компанией, для этого на уровне Департамента создается третейский суд. Разбираться будут специалисты, так как это касается существенных сумм. Для поликлиники основной штраф теперь будет за несвоевременную госпитализацию. Когда, например, ходил человек в поликлинику со стенокардией, и ему давали нитроглицерин, не направив ни на одно объективно необходимое исследование. А потом его «скорая» привезла с инфарктом в стационар. А для стационаров, наоборот, главный штраф — за необоснованную госпитализацию.

Услуга услуге рознь

Комментируя ситуацию с взаиморасчетами, Владимир Зеленский прежде всего заметил:

— По поводу отсутствия системы прозрачных расчетов по горизонтали могут только напомнить, что мы внедряем систему, когда горизонталь не работает без наличия направления из той поликлиники, к которой прикреплен гражданин.

— Иными словами, — пояснил Леонид Печатников — вы можете оказать любую услугу не прикрепленному к вам гражданину при наличии направления из его поликлиники. Без направления услугу он может у вас получить, только заплатив в кассу. Ибо в этом случае мы будем считать, что эта услуга ему не показана по медпоказаниям. Это его добрая воля.

Главным образом для горизонтальных расчетов остается, при наличии системы подушевого финансирования, тариф за услугу. При этом на сегодняшний день не все услуги тарифицированы, работа МГФОМС в этом направлении продолжается. Отдельного обсуждения заслужила тарификация некоторых видов высокотехнологичной медпомощи и диагностических процедур.

— Таких услуг не так много. Обычная компьютерная томография должна войти в подушевой тариф. Другое дело компьютерная томография и МРТ с контрастированием. Сегодня амбулаторные центры начинают разоряться на закупке контрастных веществ. Это же будет касаться ПЭТ-сканирования. Территориальный фонд должен просчитать лимит средств, который они могут в течение года потратить на эти дорогостоящие высокотехнологичные методы, и мы введем некую систему квот на них. Другого выхода, кроме как просчитать фонд оплаты и распределить квоты по амбулаторным центрам, где есть соответствующее оборудование, нет, — отметил Леонид Печатников.

Есть нюансы тарифной политики и в случае, если клиника имеет дело с традиционно сложившимся специфическим контингентом пациентов. Главный врач Городской поликлиники № 220 Вера Шастина озвучила такого рода проблему:

— Есть определенные особенности функционирования нашей поликлиники, связанные с тем, что 103 тысячи человек, которые сейчас прикреплены, имеют некие свои особенности. Практически все эти люди страдают теми или иными хроническими заболеваниями.

На это Леонид Печатников заметил:

— Если человек, проживая на окраине, хочет непременно прикрепиться к вашей поликлинике, нет никаких проблем. Он может перейти к вам, и вы, сообщив о таком человеке в МГФОМС, будете получать на него подушевой тариф. Но есть один важный нюанс — неотложная помощь. Поликлиники в центре города не могут себе позволить отправлять своих врачей разъезжать по пробкам по всей Москве. Вам необходимо иметь тариф на услугу — вызов бригады неотложной помощи, по которому деньги за такую помощь вы будете отдавать районной поликлинике. И когда вы прикрепляете этого человека, он должен знать, что будет получать у вас медпомощь во всем объеме, за исключением неотложной помощи и помощи на дому. Помощь на дому и неотложка — районная услуга.

В этой же плоскости необходимо рассматривать и вопрос о взаимодействии между клиниками в случае, если в одной априори не может быть оказана определенного рода медпомощь.

Владимир Зеленский считает, что в случаях с женскими консультациями для того, чтобы сделать процесс взаимодействия между клиниками более эффективным, есть смысл более избирательно подходить к схеме с оказанием медпомощи по направлению. А Ирина Буславская добавила, что исключение надо делать не только для женских консультаций, но и для онкологических отделений и травмпунктов.

— С травмпунктами понятно, — заметил Леонид Печатников, — человек сломал ногу, ему надо идти в ближайший, а не за направлением ехать.

Это все понимают. Это неотложная помощь. При этом будет очень обидно и чревато не только денежными, но административными мерами, если мы получим в расчет переломы пациентов, которых нет в природе. Что касается остальных направлений, я категорический сторонник того, чтобы все, кроме неотложных состояний, оставить в системе направлений. Беременность — не состояние неотложной помощи. В любой поликлинике есть гинеколог, который, установив факт беременности, дает направление в любую консультацию. Дальше вы ее наблюдаете, и с вами расплачивается поликлиника, к которой она прикреплена. Другое дело, если делать осмотры этой женщины ежедневно и получать каждый раз за услугу, на это никаких денег не хватит. В таком случае необходимо утвердить алгоритм ведения пациентки, где будет указано, сколько раз в плановом порядке она должна пройти те или иные исследования, в МГФОМС.

Остановился заместитель мэра и еще на одном существенном нюансе финансовой политики амбулаторных медучреждений.

— Мы получили интересные цифры при перерасчете стоимости оказанной в апреле клиниками помощи на новый тариф, куда уже войдет профилактическая работа.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ подчеркнул необходимость сверять численность прикрепленного к каждой поликлинике населения с данными МГФОМС

Подавляющее большинство из вас выиграли бы от этого, некоторые выиграли бы существенно. Городская поликлиника № 5 получила бы на 5 млн рублей больше, Городская поликлиника № 68 на 4 млн больше, Медсанчасть № 51 на 6, а вот Городская поликлиника № 218 получила бы на 13,5 млн рублей меньше. И знаете почему? В этой клинике на 27 млн рублей было выполнено профилактической работы! Я, честно говоря, не понимаю, что такое профилактика на 27 млн. И это не единичный случай. В Городской поликлинике № 180 «напрофилактиковали» на 25,5 млн. Учтите на будущее, такая «профилактика» закончилась.

Не нужно жить по устаревшим калькам

В заключение встречи Леонид Печатников поднял еще один важный вопрос:

— В свое время мы с вами договорились, что внедряем так называемые терапевтические фильтры. Но я не предполагал, что у нас теперь с переломом ноги надо получить направление у терапевта в травматологический пункт. Когда мы говорим о терапевтическом фильтре, мы имеем в виду направление к кардиологу, пульмонологу, гастроэнтерологу, нефрологу. Если же у человека сломана нога, нос, выбит глаз, понятно, что он должен идти к специалисту, минуя терапевта. Я не думал, что до этого может дойти. Прошу вас: если где-то это буквально введено, нужно эту глупость ликвидировать. Я понимаю, что советская система здравоохранения по разным причинам привела к серьезным перегибам в отношении к узким специализациям, но ситуацию придется менять. У нас нет финансовых возможностей поддерживать такую систему. К узким специалистам

должно попадать, как во всем мире и происходит, не более 30% от обратившихся к терапевту. Нам необходимо разработать показания по направлениям терапевтических больных к узким специалистам, что должно быть оформлено приказом департамента, и провести определенную работу со страховыми компаниями, которые не должны требовать наличия направления к специалисту от терапевта только лишь потому, что это требование зафиксировано в нормативной документации территориального фонда ОМС. Мы сегодня превратили терапевтов в ничто, они работают как диспетчеры, распределяя больных по узким специалистам. У нас дефицит терапевтов, потому что мы сами свою специальность низвели до диспетчерской. Нам нужно догонять мир, мы настолько от него отстали! Не нужно жить по устаревшим калькам. Если мы с вами начнем работать, как работает весь мир, все филиалы КДЦ постепенно превратятся в офисы врачей общей



В СВОЕ ВРЕМЯ МЫ С ВАМИ ДОГОВОРИЛИСЬ, ЧТО ВНЕДРЯЕМ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФИЛЬТРЫ. НО Я НЕ ПРЕДПОЛАГАЛ, ЧТО У НАС ТЕПЕРЬ С ПЕРЕЛОМОМ НОГИ НАДО ПОЛУЧИТЬ НАПРАВЛЕНИЕ У ТЕРАПЕВТА В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПУНКТ.

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

практики, притом с соответствующими диагностическими возможностями. И, конечно, важно повышать уровень компетентности самих терапевтов. Обращаюсь к главному внештатному специалисту терапевту департамента: необходимо организовать проведение на регулярной основе цикла лекций для терапевтов — дифференциальный диагноз при синдромах. Если терапевт не в состоянии отличить подпеченочную желтуху от надпеченочной, то какой он терапевт?! Давайте сами их готовить, помогать им возвращаться в профессию. Необходимо вести работу с вузами. Выпускники должны понимать, что у нас переизбыток узких специалистов, и мы сделаем все для терапевтов. Профессия потерянная, умирающая, но самая важная.

Во исполнение решений, принятых на совещании, Департаментом здравоохранения Москвы был подготовлен и подписан Приказ № 835 от 25.09.2014 г. «О дальнейшем совершенствовании оказания терапевтической помощи пациентам в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

В основной части приказа, за подписью министра правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Г.Н. Голухова, в целях оптимизации маршрутизации пациентов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и исключения необоснованного направления к врачам-специалистам главным врачам медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, приказано считать приоритетными для направления пациентов к врачам-специалистам показания в соответствии с приложением. Приложение представляет собой составленный при участии главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Москвы Перечень приоритетных медицинских показаний для направления на консультации к профильным врачам-специалистам пациентов терапевтического профиля. Показания сгруппированы по специализациям.

Кардиологу:

- Острый коронарный синдром, реваскуляризация миокарда или иные операции на сердце в период 12 месяцев, предшествующих обращению пациента.
- Стенокардия 3—4 функционального классов для решения вопроса о проведении коронарографии с целью последующей реваскуляризации миокарда.
- Возобновление стенокардии после проведенной реваскуляризации миокарда.
- Подозрение на ИБС, если диагноз остается неясным после проведения неинвазивных тестов (ЭКГ, стресс-тест, ЭхоКГ).
- Рефрактерная к стандартной терапии артериальная гипертензия.
- Подозрение на симптоматическую артериальную гипертензию.
- Гемодинамически значимые пороки сердца.
- Гемодинамически значимые нарушения ритма сердца (любые тахи- или брадиаритмии, сопровождающиеся обмороками, гипотонией, сердечной недостаточностью, ангинозными болями).
- Наличие семейной истории внезапных смертей и наличие пролонгированного интервала Q-T на электрокардиографии, ассиметричная гипертрофия миокарда, независимо от наличия или отсутствия нарушений ритма.
- Наличие показаний для постановки постоянного кардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора, проведения катетерных деструкций.
- Больные с постоянной формой мерцательной аритмии при трудностях с подбором антикоагулянтной терапии.
- Рефрактерная сердечная недостаточность.
- Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе.
- Бактериальный эндокардит в период 12 месяцев, предшествующих обращению пациента.
- Подозрение на первичную легочную гипертензию.

Пульмонологу:

- Впервые установленный/предполагаемый диагноз бронхиальной астмы и ХОБЛ.
- Впервые выявленные обструктивные и рестриктивные изменения при функциональном дыхательном тесте.

- Отсутствии эффекта базисной терапии или его «ускользание».
- Тяжелое или крайне тяжелое течение бронхиальной астмы и ХОБЛ, в том числе сопровождающееся дыхательной недостаточностью.
- Нетипичное течение наиболее распространенных хронических заболеваний легких (хронический бронхит, бронхиальная астма, ХОБЛ).
- Затяжное течение пневмонии (отсутствие положительной рентгенологической динамики в ожидаемые сроки), в том числе сохраняющиеся изменения по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки.
- Прием лекарственного препарата «Амиодарон» на постоянной основе (более года).
- Пневмоторакс в анамнезе.
- Подозрение на нарушение дыхания во сне.
- Дыхательная недостаточность неясной этиологии.
- Бронхообструктивный, кашлевой синдромы неуточненной этиологии.
- Подозрение на редкие заболевания легких (саркоидоз, интерстициальные заболевания легких, бронхиолиты, гранулематозы, легочные васкулиты, лекарственные поражения легких и т.д.)

Эндокринологу:

- Сахарный диабет 1 типа.
- Сахарный диабет 2 типа:
 - а) для постановки диагноза и подбора сахароснижающей терапии;
 - б) отсутствие эффекта от проводимой терапии для коррекции лечения.
- Патология щитовидной железы и/или паращитовидных желез:
 - а) впервые выявленные нарушения функции щитовидной железы или паращитовидных желез (лабораторно и/или клинически);
 - б) рецидивирующее течение или отсутствие эффекта от проводимой терапии;
 - в) объемные образования в щитовидной железе более 1-го см, быстрый рост имеющихся образований при динамическом наблюдении.
- Объемные образования гипофиза, надпочечников, поджелудочной железы.
- Клинические проявления возможной нейроэндокринной патологии (акромегалия, гигантизм, ожирение по типу Иценко—Кушинга, галакторея).

Гастроэнтерологу:

- Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта.
- Рефрактерный к лечению синдром изжоги, дисфагия, рецидивирующая диспепсия или абдоминальная боль.
- Наличие положительной реакции на «скрытую» кровь в кале.
- Положительный тест на *Helicobacter pylori*.
- Положительные результаты иммуноферментного анализа на маркеры вирусных гепатитов В, С, D после подтверждения методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).
- Устойчивое повышение показателей цитолитического (АЛТ, АСТ) и холестатического синдромов (билирубин, ГГТП, ЩФ) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов.
- Впервые выявленная или рецидивирующая симптоматика нарушения всасывания в кишечнике.
- Изменение привычного ритма и качества стула, особенно у пациентов старше 50 лет.
- Состояния после оперативного вмешательства на органах пищеварения.
- Объемные образования гепатопанкреатобилиарной зоны неясного генеза.

Неврологу:

- Появление нового неврологического дефицита у пациентов с перенесенным инсультом.

- Судорожный синдром.
- Наличие жалоб и объективных данных об очаговой неврологической симптоматике, вне зависимости от остроты развития.
- Наличие каких-либо острых эпизодов качественного изменения сознания.
- Наличие гиперкинезов, вне зависимости от остроты появления.
- Головная боль напряжения, при которой пациенты прибегают к обезболивающим лекарственным препаратам более 15 раз в месяц.
- Кластерные головные боли.
- Боль в поясничном отделе, сопровождающаяся следующими симптомами: онемение промежности, двусторонняя слабость в ногах, проблемы с мочеиспусканием, дефекацией и т. д.
- Сохранении свыше 6 недель более в поясничном отделе позвоночника, не поддающихся стандартной терапии.
- Стойкие нарушения сна, сохраняющиеся на протяжении не менее 2-х недель.
- Прогрессирующее снижение памяти и других когнитивных (исполнительных) функций организма.

Ревматологу:

- Заболевания суставов, позвоночника: впервые выявленный (острый) артрит длительностью более 6 недель, для уточнения диагноза.
- Наличие болей в суставах и вовлечение в патологический процесс более 3-х суставов, симметрично расположенных, с наличием утренней скованности в суставах не менее 40 минут.
- Боли в суставах при наличии какой-либо клинически значимой сопутствующей симптоматики.
- Любые заболеваниями суставов при необходимости проведения внутрисуставных или околосуставных инъекций лекарственных средств или протезов синовиальной жидкости.
- Заболевания внесуставных мягких тканей (энтезопатии, периартриты, теносиновиты, тендинозы, эпикондилиты, трохантериты, пяточные шпоры, остеохондриты), развившиеся без связи с травмой.
- Синдром Рейно.
- Наличие у пациентов хронической усталости, летучих болей в суставах, выпадение волос, изменение окраски кожных покровов, изменение формулы крови и мочевого осадка.
- Наличие у пациентов старше 60 лет упорных головных болей и повышение СОЭ (темпоральный артериит).
- Наличие у пациентов васкулитов и полимиалгий.
- Наличие у пациенток с повторными выкидышами склонности к тромбозам и ложно-положительным тестам на сифилис.
- Лихорадка неясного генеза.

Колопроктологу:

- Наличие патологических выделений из кишечника (кровь, слизь, гной).
- Нарушение дефекации (запоры, поносы и особенно их чередование, наличие патологических примесей в кале, чувство неполного опорожнения после дефекации, необходимость ручного пособия при дефекации, недержание компонентов кишечного содержимого, включая каломазание и т.д.).
- Боли в области ануса и промежности.
- Наличие патологических образований в промежности, толстом кишечнике, межъягодичной складке.

ВЛАДИМИР ТЮРИН: ТЕРАПЕВТ ВНОВЬ СТАНЕТ ГЛАВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЛИЦОМ

В ближайшее время московские терапевты должны стать главными действующими лицами в процессе оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Именно они будут отвечать за постановку диагноза, назначать и контролировать лечение пациента. Главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Москвы, главный терапевт Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Владимир ТЮРИН рассказывает о предстоящих переменах в терапевтической службе столицы.



Владимир ТЮРИН,
главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения Москвы

— Владимир Петрович, как бы вы охарактеризовали место врача-терапевта в современной системе здравоохранения?

— До недавнего времени терапевты занимались диспетчерской работой: принимали пациентов и направляли их на обследование, на консультации к врачам-специалистам. Одним из следствий реорганизации работы сети столичных клиник должно стать смещение большей части объемов оказываемой гражданам медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническое звено. Безусловно, в первую очередь это приведет к изменению работы терапевтов. Они вновь станут главным действующим лицом на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи. Терапевт вновь будет самостоятельно принимать решение о необходимом пациенту объеме диагностических исследований, включая высокотехнологичные и высокоинформативные методы исследования, такие как компьютерная или магнитно-резонансная томография, ультразвуковые и эндоскопические исследования. Установив диагноз, терапевт назначит соответствующее лечение и будет контролировать его эффективность, в том числе и инструментально при повторных исследованиях. Ожидается, что терапевты будут самостоятельно лечить большую часть наиболее распространенной патологии на амбулаторном этапе. Они в какой-то степени станут выполнять функции врача общей практики. В случае возникновения трудностей с диагностикой и лечением больных со сложной патологией, как и прежде, терапевт сможет направить часть пациентов на консультацию к врачу-специалисту узкого профиля. Перечень таких состояний, при которых обязательна консультация врача-специалиста, определен.

Мы ожидаем, что в результате этих изменений количество консультаций у врачей-специалистов существенно уменьшится. Очевидно, от этого выиграет и пациент: ему реже придется стоять в очередях к специалистам.

— Готовы ли к этому сами терапевты?

— Трудный вопрос. После того, как несколько лет терапевты были диспетчерами, навыки могли ослабеть. Однако мы проводили и будем проводить образовательную работу с московскими терапевтами, будем стремиться повышать уровень их профессиональных знаний, чтобы они испытывали меньше трудностей, столкнувшись на практике с разнообразной патологией, особенно у пожилых пациентов.

Третий год совместно с Московским отделением Российского научного общества по артериальной гипертонии мы проводим циклы лекций в административных округах столицы по современным подходам к диагностике и лечению артериальной гипертонии. В работающей третий год школе основ ревматологии для терапевтов видные ревматологи столицы ведут занятия по диагностике и лечению суставной патологии в поликлиниках округов. Традиционно организуются лекции по ишемической болезни сердца, сахарному диабету, паллиативному лечению боли, профилактике эмболических осложнений при нарушениях сердечного ритма и другим направлениям. Мы постоянно знакомим терапевтов с новыми подходами в диагностике и лечении различных заболеваний, а также с изменениями в международных и отечественных национальных медицинских рекомендациях по различным разделам медицины. Образовательная работа будет продолжаться.

Правда, к сожалению, в последние годы прослеживается неутешительная тенденция уменьшения посещаемости врачами медицинских конференций и конгрессов, все меньше врачей проявляют интерес к знаниям. Интерес к новой информации, который был у врачей в 80-х годах, потихоньку испарился.

— Нужны ли какие-то организационные изменения, корректировка правового поля, управленческие решения для того, чтобы переход терапевтов к работе в соответствии с новыми требованиями произошел максимально быстро и безболезненно?

— Координационные решения уже приняты. Готовится приказ Департамента здравоохранения, согласно которому у терапевтов расширится круг обязанностей. В этом же приказе будет перечень сложных заболеваний и состояний, по которым терапевт имеет право направить пациента к узкому специалисту для уточнения диагноза и назначения лечения. Понятно, что на терапевтов будет возложена дополнительная ответственность, но их не оставят без поддержки.

Чтобы этот процесс прошел безболезненно, с сентября планируется проведение цикла лекций по дифференциальной диагностике наиболее распространенных заболеваний. Допустим, пациент жалуется на боли в области грудной клетки. Как определить заболевание? Это может быть пневмония, невралгия или инфаркт. Разбор особенностей одного и того же симптома при разной патологии будут проводить главные специалисты Департамента здравоохранения. Это поможет терапевтам стать более уверенными в диагностике заболеваний. Также будет продолжена образовательная деятельность в виде конференций по актуальным вопросам внутренней медицины.

— Что представляет собой терапевтическая служба Москвы сегодня? Какие ключевые задачи решает, какие сложности испытывает и как предполагается решать существующие проблемы?

— Терапевты — самый многочисленный отряд врачей в Москве. Сегодня в столице трудится более пяти тысяч терапевтов. Их главная задача — своевременное оказание медицинской помощи пациентам. Одна из важнейших проблем терапевтической службы — недостаток

участковых терапевтов. Это самое напряженное звено. Если в стационарах неплохая укомплектованность терапевтами, то в поликлиниках участковых не хватает. Сейчас на всю Москву приходится около трех тысяч участковых терапевтов. Одним из вариантов решения этой проблемы может стать создание целевой клинической ординатуры для выпускников медицинских вузов с условием после завершения обучения продолжить работу в качестве участкового терапевта поликлиники. Однако не стоит рассчитывать на быстрое решение этой проблемы.

— Отвечает ли существующая система последипломного образования специалистов требованиям времени? Нужно ли менять систему повышения квалификации терапевтов?

— Традиционная система повышения квалификации врачей предполагает обучение в институтах усовершенствования врачей или на факультетах последипломного образования раз в пять лет, что не решает проблемы систематического обновления медицинских знаний. В последние годы все отрасли медицины развиваются динамично, постоянно пересматриваются рекомендации по диагностике и лечению в различных разделах медицины или по отдельным заболеваниям. Нужно быть в курсе этих изменений, чтобы правильно лечить больных, идти в ногу со временем. Поэтому встал вопрос о необходимости изменения системы последипломной подготовки врачей, переноса акцента на возрастание значения их самостоятельной подготовки. А чтобы у врачей появился стимул к повышению уровня знаний, было бы полезно

последовать примеру западных стран, где за посещение конференций, конгрессов, съездов специалистам начисляются заветные баллы, необходимые для подачи документов на продление аккредитации врача-специалиста. Благодаря этому они постоянно занимаются своим образованием, следят за новостями медицины, знакомятся с новыми методиками и разработками. В связи с реформой медицинского образования в России это нововведение затронет врачей всех специальностей, оно станет обязательным.

В то же время возрастет роль профессиональных сообществ, которые будут заинтересованы в наличии высокообразованных специалистов в своем составе. Одним из моментов повышения роли медицинских сообществ (обществ кардиологов, терапевтов и других) станет также



РЕОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТОЛИЧНЫХ КЛИНИК ПЕРЕЖДЕ ВСЕГО ПРИВЕДЕТ К ИЗМЕНЕНИЮ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТОВ. ОНИ ВНОВЬ СТАНУТ ГЛАВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ЛИЦОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ.

обязательное компьютерное тестирование знаний соискателя по программам, разработанным сообществами перед присуждением квалификационной категории.

Для подтверждения квалификации врач должен будет посещать конгрессы, съезды и набирать 50 баллов в год или 250 баллов за пять лет. Набранные баллы будут свидетельствовать о выполненном минимуме систематической работы врача над повышением своего образовательного уровня. После этого врач допускается к компьютерному тестированию знаний. После успешного прохождения тестирования специалист допускается к экзамену и при успешном его завершении получает сертификат специалиста. Если же врач не наберет необходимого количества баллов — его не допустят до экзамена и собеседования.

На проводимых нами в этом году школах терапевтов под эгидой Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) 68 врачей, у которых заканчивался срок действия сертификата в этом году, получили личный код по НМО (непрерывному медицинскому образованию), выдаваемый Координационным советом при Минздраве России.

У нас должны быть высокопрофессиональные специалисты в любом звене медицинской службы. Наша главная задача — повысить качество медицинской помощи, чтобы было меньше жалоб и нареканий на всю систему здравоохранения. Терапевту на прием пациента выделено всего 12 минут. Чтобы быстро найти путь к диагнозу, он должен быть большим профессионалом.

— Охотно ли выпускники медицинских вузов идут в терапевты?

— В участковые терапевты идут неохотно. Значительная часть работающих на участках — это врачи предпенсионного и пенсионного возраста. Можно сказать, что участковый терапевт — больше возрастная профессия. Благодаря нашему старшему поколению, которое даже после выхода на пенсию продолжает трудиться, участковые терапевты еще существуют. С их уходом будет ощущаться заметная нехватка специалистов широкого профиля.

На мой взгляд, молодежь не идет в участковые терапевты по нескольким причинам. Во-первых, из-за большой ответственности, которая лежит на плечах этого врача, во-вторых — это малопrestiжно. Работа ведь беспокойная: после приема в поликлинике надо еще ходить по вызовам на дом.

Участковый терапевт — врач общей практики, который должен иметь большой багаж знаний по многим специальностям. Это действительно сложная работа. Участковый терапевт должен не только посетить больного в первые сутки после вызова, но и поставить диагноз, назначить лечение, не имея с собой никакой диагностической аппаратуры, кроме тонометра и глюкометра. Неудивительно, что выпускники медицинских вузов чаще выбирают путь врача-специалиста.

— Довольны ли вы качеством обучения в современных медицинских вузах?

— Честно говоря, качество обучения студентов оставляет желать лучшего. Ежегодно на кафедру внутренних болезней Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова мы набираем для обучения в ординатуре и интернатуре более двадцати выпускников медицинских академий и университетов. После собеседования при приеме часть поступающих отсеивается из-за слабого уровня знаний. В обучении будущих специалистов основное внимание уделяется практической работе с больными: уже в первые дни пребывания в центре молодой специалист получает больных для курации под контролем опытных врачей. Зачастую молодые специалисты к этому не готовы, потому что их не учат практической работе. 10—15 лет назад выпускники медицинских вузов имели большой багаж знаний по сравнению с современными.

Безусловно, есть ребята, которые стремятся к образованию, у них прочные знания на «4» и «5», хороший теоретический уровень подготовки. К окончанию ординатуры это уже уверенные специалисты, познавшие азы врачебной профессии, способные самостоятельно работать. К сожалению, такая эволюция наблюдается не у всех выпускников. Умных и достойных ребят мы всегда стараемся забрать к себе или пристроить в хорошие места: в стационары, поликлиники. Конечно, с ними надо работать и дальше. Без каждодневного труда не вырастить высококвалифицированных специалистов.

— Что в системе обучения студентов можно и нужно изменить?

— Я считаю, что студенты должны иметь хорошие теоретические знания, чтобы стать квалифицированными специалистами. Молодым врачам очень не хватает практической работы с больными.

— Каким должен быть терапевт в современных условиях? Без чего ему не обойтись в профессии?

— Терапевт должен обладать хорошим клиническим багажом и разносторонними знаниями. Во времена моего обучения в медицинском институте был распространен лозунг: «Медицинское образование на всю жизнь». Подразумевалось, что, получив диплом врача, ты можешь всю жизнь трудиться. Новому веку свойствен иной лозунг: «Образование через всю жизнь», то есть постоянное образование. Считаю его более правильным, так как врач должен быть в курсе последних достижений медицины и успешно претворять их в повседневной работе. Также важно, чтобы у терапевта было сострадание к больным, желание помочь им избавиться от недуга.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

ПАЦИЕНТ НЕ ВСЕГДА ПРАВ

В последнее время в России все больше и больше становится судебных процессов, инициируемых пациентами для защиты своих прав и законных интересов. Это влечет за собой взыскание неустоек с ЛПУ, штрафы, накладываемые судом компенсации морального вреда пациенту или его родственникам. Не подвергая сомнению постулат о необходимости оказания медпомощи высшего качества, хотелось бы обратить внимание на нюансы разбирательств подобных случаев, которые помогут руководству клиник аргументированно отстаивать свои интересы.



Татьяна КУРНОСОВА,
директор по правовым
и кадровым
вопросам GEMC

Возможность защиты своих прав пациентам предоставлена действующим законодательством Российской Федерации, в частности законами «О защите прав потребителей» и «Об основах охраны здоровья граждан». Однако для наступления гражданско-правовой ответственности медицинского работника (врача, медицинской сестры (медицинского брата), санитарки, провизора, фармацевта и т.д.) вследствие причинения вреда третьему лицу (пациенту) необходимо наличие совокупности юридических фактов: наличие вреда третьему лицу, противоправные действия причинителя вреда (медицинского работника), причинная связь между вредом и противоправным действием причинителя вреда, вины. Это

необходимо четко понимать для отстаивания своих интересов. Ниже приведены два примера, позволяющие наглядно показать всю полноту возможной гражданской ответственности медицинского работника.

В Подольском городском суде Московской области в 2012 году рассматривалось гражданское дело гражданки У. к родильному дому городской клинической больницы о возмещении вреда здоровью, причиненного в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг со стороны ответчика. 27.12.2011 г. гражданка У. была госпитализирована в отделение реанимации родильного дома с диагнозом беременность 14 недель, гипертоническая болезнь II степени, дисциркуляторная энцефалопатия, кольпит. После поступления в родильный дом она была осмотрена терапевтом, окулистом, акушером-гинекологом. После проведенного осмотра врачами родильного дома было принято решение прервать беременность по медицинским показаниям. Правда, по каким конкретно, пациентке не объяснили. Более того, в подписанном пациенткой согласии на хирургическое вмешательство отсутствовали какие-либо возможные последствия, и ей не были разъяснены характер медицинского

вмешательства и степень возможного риска. 30.12.2011 г. было выполнено медицинское вмешательство, в результате которого у пациентки было удалено плодное яйцо, перфорирована матка, травмирована сигмовидная кишка, а также ампутирована матка с придатками.

По указанному делу Подольским городским судом была назначена и проведена судебно-медицинская экспертиза в Судебном центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны РФ. Подольским городским судом Московской области 22 января 2013 года по делу было вынесено решение о частичном удовлетворении исковых требований и выплате в пользу гражданки У. 500 тыс. рублей со стороны родильного дома.

Данное решение Подольского городского суда Московской области было основано на доказанных неправомерных действиях медицинского персонала родильного дома, подтвержденных заключением судебно-медицинской экспертизы, и выраженное в следующих нарушениях:

- окончательное решение по вопросам сохранения беременности принимает беременная. Сотрудниками не было оформлено информированного добровольного согласия пациента, содержащего информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- не было оформлено заключение консилиума врачей по поводу экстренности и необходимости медицинского вмешательства с указанием стандартов и порядков оказания медпомощи;

- в ходе медицинского вмешательства гражданке У. был причинен тяжкий вред здоровью в результате ошибочных действий врача. Медики не учли особенности и состояние организма пациентки, сопутствующие заболевания.

В результате указанных выше совокупностей факторов в данном конкретном случае было установлено: имевшее место наличие вреда третьему лицу (гражданке У.), противоправные действия причинителя вреда (врачей родильного дома), причинная связь между вредом и противоправным действием причинителя вреда, вины.

Иными словами, в данном случае претензии пациентки были оправданы. Медики допустили при ведении пациентки ряд ошибок как медицинских, так и в ведении документации.

В 2011 году в Серпуховском городском суде также рассматривалось гражданское дело гражданина Я. к

частной клинике о взыскании денежных средств, потраченных на лечение и компенсации морального вреда в размере 1 190 000 рублей.

Исковые требования были основаны на том, что гражданину Я. были оказаны услуги по лечению, повторному протезированию и хирургии зуба, однако спустя несколько месяцев на зубе образовалась киста, которая поразила верхнюю челюсть и гайморовую пазуху, что привело к гипертоническому кризу и способствовало развитию болезни Бехтерева. Свои исковые требования гражданин аргументировал нарушением тактик и методик лечения со стороны клиники, отсутствием своего информированного согласия на данные манипуляции и процедуры.

После опроса и заслушивания сторон по гражданскому делу, а также вызванных свидетелей, судом была назначена судебно-медицинская экспертиза, которая легла в основу вынесенного решения.

В сентябре 2011 года Серпуховским городским судом было вынесено решение об отказе в удовлетворении иска в полном объеме.

Данное решение суда было основано на доказанных и обоснованных правомерных действиях медицинских работников частной клиники, а именно:

- согласно судебно-медицинской экспертизе медицинская помощь, оказанная гражданину Я., была «правиль-

ной: своевременной, обоснованной, адекватной имеющейся патологии зуба, проведена в полном объеме и технически правильно; была выбрана правильная тактика комбинированного лечения, подразумевающая терапевтическое и хирургическое вмешательство»;

- лечение было проведено в соответствии с существующими методиками и стандартами оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации;

- с пациентом были подписаны все необходимые информированные согласия, медицинская документация была оформлена надлежащим образом.

Этот случай показывает, что претензии пациента не всегда могут быть оправданы. Но главное — при наличии всех необходимых медицинских и юридических документов и надлежащем соблюдении стандартов, порядков и методик оказания медицинской помощи даже в случае наступления нежелательных последствий или осложнений после оказания медицинской помощи медики могут чувствовать себя уверенно. В этом случае обосновать наличие непосредственной вины медицинского работника в причинении вреда третьему лицу невозможно.



ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕХ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ЮРИДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ И НАДЛЕЖАЩЕМ СОБЛЮДЕНИИ СТАНДАРТОВ, ПОРЯДКОВ И МЕТОДИК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДАЖЕ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕДИКИ МОГУТ ЧУВСТВОВАТЬ СЕБЯ УВЕРЕННО.

ВОПРОС — ОТВЕТ

В условиях модернизации и реформирования организационной структуры системы оказания медицинской помощи ключевой проблемой становится соответствующая отстройка правовой базы деятельности системы. Это два параллельных процесса. Но не всегда рядовой работник клиник, а зачастую и ее руководитель в состоянии отследить все актуальные изменения в нормативно-правовой документации, отчего возникает масса вопросов и недопонимания. В новой рубрике редакция «Московской медицины» будет размещать ответы, подготовленные специалистами Департамента здравоохранения Москвы, на вопросы правового характера, сформулированные самими врачами. Присылать вопросы можно на адрес редакции: info@npcsr.mosgorzdrav.ru

Вопрос

Могут ли государственные бюджетные учреждения здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ) в целях улучшения доступности сложных, редких и дорогостоящих медицинских услуг (не входящих в программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению) вступать в договорные отношения с частными медицинскими организациями (лабораториями, медицинскими центрами) или федеральными учреждениями здравоохранения и перечислять им финансовые средства, полученные при оказании платных медицинских услуг?

Ответ

Возможность ГБУЗ заключать договоры с третьими лицами в качестве заказчика (товаров, работ, услуг) в целях улучшения для пациентов ГБУЗ доступности сложных, редких и дорогостоящих медицинских услуг, не входящих в программу

государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, и осуществлять оплату по таким договорам за счет денежных средств, полученных ГБУЗ от осуществления предпринимательской деятельности, зависит от ряда факторов. В частности, от вида и условий заключаемого договора, от правоспособности сторон договора, наличия или отсутствия у ГБУЗ собственных ресурсов и т.п. Такая возможность должна определяться индивидуально в каждом конкретном случае.

При необходимости в получении более детального ответа необходимы уточнения относительно предмета конкретного договора (условий конкретной сделки).

В любом случае необходимо помнить, что в отношениях с пациентом исполнителем при оказании услуг является именно государственное бюджетное учреждение и несет перед пациентом всю полноту ответственности за качество оказанных услуг вне зависимости от привлечения на основании договора, например, в качестве соисполнителя, третьего лица (если учреждение не обладает необходимыми ресурсами в полном объеме), имеющего необходимую правоспособность.

Обоснование

ГБУЗ города Москвы в соответствии с п.п. 1 и 3 ст. 50 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) и п.п. 1 и 3 ст. 2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями) являются некоммерческими организациями, то есть не имеют целью извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности. Учреждения могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям (п. 4. ст. 50 ГК РФ и п. 2 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях»). Сам факт возможности осуществления учреждением предпринимательской деятельности еще не является достаточным для этого условием.

Из п. 1 ст. 49, п. 5 ст. 50 ГК РФ и п. 1 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях» прямо следует, что учреждения, в том числе государственные бюджетные учреждения, не обладают универсальной правоспособностью. Иными словами, государственные бюджетные учреждения вправе осуществлять лишь те виды деятельности, в том числе на платной основе, которые предусмотрены их учредительными документами (уставом). Указанные в уставе виды деятельности являются исчерпывающими. Осуществление видов деятельности, не указанных в уставе, запрещено. Более того, согласно пп. 46 п. 1 ст. 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями) медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») подлежит лицензированию. Для осуществления медицинской деятельности на платной основе как на федеральном, так и на региональном уровне существуют подзаконные нормативные правовые акты, регламентирующие специальный порядок оказания платных медицинских услуг, т.е. устанавливающие дополнительные обязательные требования.

На федеральном уровне Правительством РФ было принято постановление от 04.10.2012 года № 1006, утвердившее «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Во исполнение постановлений Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и от 05.07.2001 № 505 (в ред. от 01.04.2003 № 181, от 28.12.2005

№ 815, от 15.09.2008 № 682) «Об утверждении Правил оказания платных образовательных услуг», Департаментом здравоохранения города Москвы (ДЗМ) был издан приказ от 02.10.2013 г. № 944 «Об утверждении правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

Из п. 2 приложения к приказу ДЗМ № 944 следует, что в дополнение к соблюдению указных выше требований, перечень платных услуг, которые государственная организация собирается оказывать, должен быть предварительно согласован Департаментом здравоохранения города Москвы.

При выполнении бюджетным учреждением указанных выше требований оно вправе осуществлять медицинскую деятельность на платной основе и использовать полученные денежные средства, в том числе и в качестве оплаты по иным договорам (контрактам).

Возможность бюджетного учреждения вступать «в договорные отношения с частными медицинскими организациями (лабораториями, медицинскими центрами) или федеральными учреждениями здравоохранения и перечислять им финансовые средства, полученные при оказании платных медицинских услуг», зависит в числе прочего от характера договорных отношений. Поскольку в вопросе говорится о перечислении денежных средств в пользу иных лиц со стороны бюджетного учреждения, то можно заключить, что бюджетное учреждение

выступает в договоре заказчиком по отношению к другой стороне договора.

Пунктом 14 приложения приказа ДЗМ № 944 запрещено заключение договоров государственными организациями на посреднические услуги по привлечению пациентов сторонними организациями. Следовательно, мы можем говорить лишь о разрешенных договорных отношениях, в которых третьи лица выступают по отношению к заказчику — государственному бюджетному учреждению — в качестве поставщика товаров или оказывают услуги (выполняют работы), необходимые заказчику для оказания им медицинских услуг собственным пациентам. Заключение такого рода договоров в зависимости от ситуации осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 № 44-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями) или Федеральным законом «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» от 18.07.2011 года № 223-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями). В зависимости от



**ВОЗМОЖНОСТЬ БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ВСТУПАТЬ «В ДОГОВОРНЫЕ
ОТНОШЕНИЯ С ЧАСТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ
ОРГАНИЗАЦИЯМИ (ЛАБОРАТОРИЯМИ,
МЕДИЦИНСКИМИ ЦЕНТРАМИ) ИЛИ
ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ИМ
ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА, ПОЛУЧЕННЫЕ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ», ЗАВИСИТ В ЧИСЛЕ ПРОЧЕГО ОТ
ХАРАКТЕРА ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ.**

предмета договора (поставка товара, оказание услуг, выполнение работ) к стороне договора могут предъявляться различные требования, в том числе по наличию необходимой лицензии или допуска к выполнению работ и т.п.

При этом осуществление закупки в соответствии с законом № 44-ФЗ не зависит от источника финансирования, то есть для оплаты по договору (контракту) могут быть использованы как средства бюджета г. Москвы, полученные в качестве субсидии государственным бюджетным учреждением, так и денежные

средства, полученные учреждением от осуществления предпринимательской деятельности в установленном порядке. Заключение договора государственным бюджетным учреждением в порядке закона № 223-ФЗ допускается лишь при наличии утвержденного для данного бюджетного учреждения со стороны ДЗМ Положения о закупке (пп. 4 п. 2 ст. 1 и пп. 6 п. 3 ст. 2 Федерального закона № 223-ФЗ). Положение о закупке может быть использовано исключительно в отношении средств, полученных государственным бюджетным учреждением от осуществления предпринимательской деятельности.

Важно помнить, что возможность заключения договора с третьим лицом непосредственно со стороны государственного бюджетного учреждения может быть ограничена на основании распорядительного документа Департамента здравоохранения города Москвы, если в соответствии с таковым документом соответствующая закупка в интересах подведомственных учреждений осуществляется от имени Департамента здравоохранения города Москвы.

Вопрос

Подпадает ли под понятие «посреднические услуги», о запрете на которые упомянуто в п. 14 приложения к приказу Департамента здравоохранения Москвы от 02 октября 2013 г. № 944, договор между ГБУЗ и частной медицинской организацией на оказание платных медицинских услуг пациентам (по тем видам медицинской помощи, которые выходят за рамки лицензии на медицинскую деятельность этой частной медицинской организации), если оплату производит частная медицинская организация? Может ли юридическое лицо (например, работодатель) оплачивать ГБУЗ платные медицинские услуги за пациентов?

Ответ

Основываясь на буквальном толковании как содержания самого вопроса, так и содержания п. 14 приложения к приказу Департамента здравоохранения Москвы от 02 октября 2013 г. № 944, можно заключить, что изложенная в вопросе ситуация не является оказанием посреднических услуг в пользу ГБУЗ, а потому не регламентируется п. 14 приложения к приказу ДЗМ № 944.

Юридическое лицо (например, работодатель) имеет право оплачивать ГБУЗ платные медицинские услуги за пациентов, если выступает в качестве заказчика такого рода услуг по отношению к пациентам, являющимся потребителями данных услуг в порядке и в случаях, указанных в нормативных правовых актах (например, в отношении своих работников). Необходимо иметь в виду, что исполнение обязательства по оплате медуслуг должно быть возложено на юридическое лицо самим пациентом или существовать в силу закона, поскольку сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи составляют врачебную тайну.

Обоснование

Прежде всего необходимо определиться с тем, что можно отнести к посредническим услугам, указанным в п. 14 приложения к приказу Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) от 02.10.2013 г. № 944 «Об утверждении правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы». Гражданский кодекс РФ (ГК РФ) не содержит в себе определения посредника или посреднических услуг. Однако во II части ГК РФ содержатся главы 49 «Поручение», 51 «Комиссия» и 52 «Агентирование», которые регламентируют отношения, возникающие в силу договора, в соответствии с которым (в зависимости от вида отношений) одна

сторона обязуется за вознаграждение совершать по поручению другой стороны юридические и иные действия от своего имени, но за счет другой стороны, либо от имени и за счет другой стороны.

Пунктом 14 приложения к приказу ДЗМ № 944 запрещено «заключение договоров государственными организациями на посреднические услуги по привлечению пациентов сторонними организациями». Следовательно, по нашему мнению, идет речь о заключении договора, например, между государственным бюджетным учреждением и иным юридическим лицом любого вида и любой формы собственности, в соответствии с которым такое юридическое лицо на возмездной основе (за вознаграждение) принимает на себя обязательства по поиску па-



**В СООТВЕТСТВИИ С П.П. 10 И 11 СТ. 9.2. ФЭ
«О НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»
ГБУЗ БЕЗ СОГЛАСИЯ СОБСТВЕННИКА
НЕ ВПРАВЕ РАСПОРЯЖАТЬСЯ:
■ ОСОБО ЦЕННЫМ ДВИЖИМЫМ
ИМУЩЕСТВОМ, ЗАКРЕПЛЕННЫМ ЗА НИМ
СОБСТВЕННИКОМ ИЛИ ПРИОБРЕТЕННЫМ
БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗА СЧЕТ
СРЕДСТВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ЕМУ
СОБСТВЕННИКОМ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ТАКОГО
ИМУЩЕСТВА, ТО ЕСТЬ ДВИЖИМЫМ
ИМУЩЕСТВОМ, БЕЗ КОТОРОГО
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ БЮДЖЕТНЫМ
УЧРЕЖДЕНИЕМ СВОЕЙ УСТАВНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДЕТ СУЩЕСТВЕННО
ЗАТРУДНЕНО;
■ А ТАКЖЕ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ.**

циентов для государственного бюджетного учреждения (ГБУ). Медицинские услуги таким пациентам должно оказывать само ГБУ, т.к. из п. 14 приказа никаких иных обязательств, кроме привлечения пациентов, в отношении организации не установлено. Иными словами, организация, указанная в п. 14 приложения к приказу ДЗМ № 944, обязана информировать потенциальных пациентов (прямо или, например, через их работодателей) о том, в каком ГБУ и на каких условиях они могут получить те или иные медицинские услуги.

Результатом оказания подлежащих оплате услуг, по нашему мнению, должна являться совокупность следующих факторов:

- представление организацией письменного отчета с указанием данных проинформированных потенциальных пациентов или, например, их работодателей;
- факт обращения за медицинской услугой лиц, указанных в отчете, а также лиц, работающих, например, у работодателя, указанного в отчете, в частности, в отношении медосмотров, вакцинации и т.п.

Для оплаты посреднических услуг такой организации стороны договора должны подписать акт сдачи-приемки оказанных услуг с перечнем лиц, потребивших медуслуги в ГБУ. Такое событие, по нашему мнению, может являться нарушением п.п. 1 и 3 ст. 13 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, согласно которым сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи составляют врачебную тайну и в общем

случае могут быть раскрыты не иначе, чем на основании письменного согласия гражданина или его законного представителя.

В заданном вопросе идет речь о заключении договора между ГБУ и «частной медицинской организацией на оказание платных медицинских услуг пациентам (по тем видам медицинской помощи, которые выходят за рамки лицензии на медицинскую деятельность этой частной медицинской организации)». По нашему мнению, из формулировок вопроса можно понять, что частная медицинская организация как заказчик услуг обращается в ГБУ для заключения

договора, в соответствии с которым именно ГБУ как соисполнитель будет оказывать платные медицинские услуги пациентам такой организации. В данном случае, по нашему мнению, имеет место ситуация, совершенно отличная от того, что указано в п. 14 приказа ДЗМ № 944, и не подпадающая под посреднические услуги. Более того, в вопросе четко указано, что такие услуги оплачивает частная медицинская организация, в то время как при заключении договора на посреднические услуги оплату посреднических услуг должно осуществлять ГБУ.

По второй части вопроса «может ли юридическое лицо (например, работодатель) оплачивать ГБУЗ платные медицинские услуги за пациентов» сообщаем, что порядок оказания платных медицинских услуг регламентируется следующими подзаконными нормативными правовыми актами:

■ на федеральном уровне это Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006, утвердившее «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

■ на региональном уровне в городе Москве это приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.10.2013 г. № 944 «Об утверждении правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

В соответствии с п. 23 раздела IV «Порядка заключения договора и оплаты медицинских услуг» услуги оплачивает либо потребитель (физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором), либо заказчик (физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя).

Те же выводы можно сделать и на основании п. 13 приказа ДЗМ № 944, согласно которому платные услуги предоставляются в рамках договоров за счет личных средств граждан, страховых взносов на добровольное медицинское страхование, средств предприятий, учреждений и организаций и других средств, разрешенных законодательством. Например, в отношении медицинских услуг в виде медицинских осмотров и психиатрического освидетельствования в статье 213 Трудового кодекса РФ прямо установлено, что такие услуги осуществляются за счет средств работодателя.

Из вышеизложенного следует, что работодатель имеет право на заключение в качестве заказчика с ГБУ договора на оказание платных медицинских услуг в пользу своих работников — потребителей и осуществлять оплату услуг по договору.

Вопрос

Имеют ли ГБУЗ право предоставить часть принадлежащих им на праве оперативного управления помещений и/или оборудования в аренду (в том числе почасовую аренду) частным медицинским или немедицинским организациям, если это не снижает объемов, качества и доступности бесплатной медицинской помощи населению в объеме государственных гарантий?

Ответ

ГБУЗ имеют право сдавать переданное им на праве оперативного управления имущество в аренду третьим лицам при условии, если уставом ГБУЗ предусмотрен данный вид деятельности, соблюден порядок согласования сдачи имущества в аренду с собственником имущества (в отношении недвижимого и особо ценного движимого имущества), если сдача имущества в аренду не будет препятствовать ГБУЗ в осуществлении основных видов деятельности, в целях достижения которых оно создано.

Обоснование

Государственные бюджетные учреждения здравоохранения города Москвы (ГБУЗ) в соответствии с п.п. 1 и 3 ст. 50 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) и п.п. 1 и 3 ст. 2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями) являются некоммерческими организациями, то есть не имеют извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности. При этом учреждения могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям (п. 4. ст. 50 ГК РФ и п. 2 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях»).

Из п. 1 ст. 49, п. 5 ст. 50 ГК РФ и п. 1 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях» прямо следует, что учреждения, в том числе различающиеся по типам, в частности ГБУЗ, не обладают универсальной правоспособностью. Иными словами, ГБУЗ вправе осуществлять лишь те виды деятельности, в том числе на платной основе, которые предусмотрены их учредительными документами (уставом). Указанные в уставе виды деятельности являются исчерпывающими. Осуществление видов деятельности, не указанных в уставе, запрещено. Следовательно, право сдачи имущества в аренду должно быть прямо указано в уставе ГБУЗ в качестве одного из видов предпринимательской деятельности.

В соответствии с п.п. 10 и 11 ст. 9.2. ФЗ «О некоммерческих организациях» ГБУЗ без согласия собственника не вправе распоряжаться:

■ особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, то есть движимым имуществом, без которого осуществление бюджетным учреждением своей уставной деятельности будет существенно затруднено;

■ а также недвижимым имуществом.

Остальным находящимся на праве оперативного управления имуществом ГБУЗ вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не предусмотрено пунктами 13 (крупные сделки) и 14 (размещение денежных средств на депозиты в кредитных организациях) ст. 9.2. ФЗ «О некоммерческих организациях» или абзацем третьим пункта 3 статьи 27 (конфликт интересов) ФЗ «О некоммерческих организациях».

Порядок отнесения имущества к категории особо ценного движимого имущества устанавливается в Постановлении Правительства Российской Федерации от 26.07.2010 г. № 538 «Об отнесении имущества автономного или бюджетного учреждения к категории особо ценного движимого имущества».

В случае сдачи в аренду недвижимого имущества необходимо руководствоваться специальными положениями следующих нормативных правовых актов:

■ п. 3 ст. 17.1. Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» (с последующими изменениями и дополнениями);

■ приказом Федеральной антимонопольной службы РФ от 10 февраля 2010 г. № 67 «О порядке проведения конкурсов или аукционов на право заключения договоров аренды, договоров безвозмездного пользования, договоров доверительного управления имуществом, иных договоров, предусматривающих переход прав в отношении государственного или муниципального имущества, и перечне видов имущества, в отно-



**ГБУЗ МОГУТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ЛИШЬ ПОСТОЛЬКУ, ПОСКОЛЬКУ ЭТО СЛУЖИТ
ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕЙ, РАДИ КОТОРЫХ ОНИ
СОЗДАНЫ, И СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ЭТИМ
ЦЕЛЯМ (П. 4. СТ. 50 ГК РФ И П. 2 СТ. 24 ФЗ
«О НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ»).**

шении которого заключение указанных договоров может осуществляться путем проведения торгов в форме конкурса»;

■ распоряжение Департамента имущества города Москвы от 03.10.2011 № 2244-р (ред. от 02.11.2012) «Об утверждении Положения о порядке дачи согласия Департаментом имущества города Москвы на заключение договоров аренды, договоров безвозмездного пользования, иных договоров, предусматривающих переход прав владения и (или) пользования в отношении недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного на праве оперативного управления за государственными учреждениями города Москвы»;

■ приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.07.2012 № 709 «Об усилении контроля за использованием недвижимого имущества, закрепленного на праве оперативного управления или хозяйственного ведения за учреждениями и предприятиями Департамента здравоохранения города Москвы».

С учетом вышеизложенного можно заключить, что если уставом ГБУЗ предусмотрена сдача имущества в аренду, то возможность сдачи имущества в аренду зависит от:

■ согласия собственника имущества, если речь идет в отношении недвижимого имущества, в том числе помещений, или в отношении особо ценного движимого имущества;

■ волеизъявления самого ГБУЗ в лице его руководителя, если речь идет о сдаче в аренду остального имущества;

■ возможного воздействия такой аренды на надлежащее осуществление ГБУЗ своих основных видов деятельности, в целях достижения которых оно создано.

Вопрос

Возможна ли установка сторонними компаниями в ГБУЗ оборудования на безвозмездной основе при условии, что на данном оборудовании проводится обучение?

Ответ

Вопрос изложен без конкретизации условий сделки и для представления на него ответа по существу требует получения дополнительных уточнений по целому ряду факторов. В частности, необходимо понять, о каком по видам деятельности юридическом лице идет речь, какими отношениями будет регламентироваться вопрос использования площадей ГБУЗ под размещение оборудования, о каком именно оборудовании (по назначению) идет речь, кого именно будут обучать работе на оборудовании и кто будет это делать. После получения соответствующих уточнений можно будет подготовить ответ. В данной ситуации можно кратко рассмотреть два примерных варианта.

Обоснование

1-й вариант

Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2011 № 380 «О взаимодействии лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов города Москвы», утверждены Порядок взаимодействия лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов (академий, учебных центров и т.д.) г. Москвы, а также форма типового договора между лечебно-профилактическим учреждением и медицинскими образовательными и научно-исследовательскими институтами (академиями, учебными центрами и т.д.) по использованию медицинского учреждения в качестве клинической базы. В соответствии с предметом договора его стороны принимают на себя взаимные обязательства по совместной организации, совершенствованию и обеспечению медицинской помощи населению и организации педагогического процесса, эффективному использованию кадровых,

материальных ресурсов и научного потенциала, направленных на улучшение здоровья населения, а не на получение прибыли. Данный договор является безвозмездным и в числе прочего предусматривает размещение оборудования, принадлежащего, например образовательному учреждению (вузу) на территории ГБУЗ, которое может быть использовано в их совместной деятельности в соответствии с целями заключения договора. На этом оборудовании в течение срока действия договора могут проходить обучение слушатели (студенты) вуза, а если данное оборудование является новым для ГБУЗ, то и работники ГБУЗ в целях совершенствования медицинской помощи населению могут проходить обучение работе на оборудовании, не мешая образовательному процессу вуза и под контролем представителей вуза. В данном случае обучение работе на оборудовании допускается как со стороны работников вуза (в зависимости от вида оборудования, обладающих специальными допусками к работе), так и со стороны работников ГБУЗ, если работники ГБУЗ обладают соответствующими навыками, а в ряде случаев (в зависимости от вида оборудования) и специальными допусками. Обучение иных лиц на таком оборудовании не предусмотрено.

2-й вариант

Если же речь идет о размещении на территории ГБУЗ оборудования сторонним юридическим лицом для осуществления собственной деятельности и вместо оплаты за использование помещений ГБУЗ учреждению будет предоставлена возможность обучения работе на оборудовании персонала ГБУЗ, то ситуация совершенно иная. В этом случае речь идет о временном переходе права на недвижимое имущество, принадлежащее ГБУЗ на праве оперативного

управления, к иному лицу.

Для реализации такого механизма ГБУЗ должно иметь в уставе в качестве одного из видов деятельности предоставление имущества в пользование и/или владение третьим лицам, что следует из п. 1 ст. 49, п. 5 ст. 50 ГК РФ и п. 1 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ. Переход права на недвижимое имущество к 3-му лицу, в соответствии с п.п. 10 и 11 ст. 9.2. ФЗ «О некоммерческих организациях», может быть осуществлен с согласия собственника имущества. Переход права оформляется, в зависимости от ситуации, договором аренды, договором безвозмездного пользования, договором доверительного управления имуществом, иным договором, предусматривающим переход прав владения и (или) пользования в отношении государственного или муниципального имущества, закрепленного на праве оперативного управления за ГБУЗ.

Заключение такого рода договора осуществляется в порядке, предусмотренном ст. 17.1. Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции» и иными

нормативными правовыми актами. В частности, в установленных в законе случаях договор может быть заключен лишь на основании результатов проведенного аукциона с его победителем.

Поскольку в вопросе говорится об установке «оборудования на безвозмездной основе при условии, что на данном оборудовании проводится обучение», то можно предположить, что речь идет не о безвозмездном характере договора, а об оплате за пользование помещениями путем встречного оказания услуг по обучению работе на оборудовании, что в общем случае можно рассмотреть в соответствии с пп. 3 п. 2 ст. 614 ГК РФ как арендную плату в виде предоставления арендатором определенных услуг.

Представляется, что в такой ситуации должна быть осуществлена независимая оценка как стоимости предоставленных под размещение оборудования помещений, так и



РЕШЕНИЕ О СОГЛАСОВАНИИ ПЕРЕДАЧИ ПРАВ ВЛАДЕНИЯ И (ИЛИ) ПОЛЬЗОВАНИЯ НЕДВИЖИМЫМ ИМУЩЕСТВОМ СТОРОННЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНИМАЕТСЯ КОМИССИЕЙ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕДВИЖИМОГО ИМУЩЕСТВА ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ УНИТАРНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ (КАЗЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ).

стоимости обучения работе на данном оборудовании. Полученные результаты должны быть сопоставимыми.

Решение о согласовании передачи прав владения и (или) пользования недвижимым имуществом сторонней организации будет принято Комиссией по контролю за использованием недвижимого имущества государственных учреждений здравоохранения и государственных унитарных предприятий (казенных предприятий). Такое решение подлежит утверждению руководителем Департамента здравоохранения города Москвы в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.07.2012 № 709 «Об усилении контроля за использованием недвижимого имущества, закрепленного на праве оперативного управления или хозяйственного ведения за учреждениями и предприятиями Департамента здравоохранения города Москвы». Далее документы будут направляться собственнику имущества, представленным Департаментом городского имущества города Москвы (ДГИ), который осуществит принятие итогового решения по сделке в соответствии с приказом Федеральной антимонопольной службы РФ от 10 февраля 2010 г. № 67 «О порядке проведения конкурсов или аукционов на право заключения договоров аренды, договоров безвозмездного пользования, договоров доверительного управления имуществом, иных договоров, предусматривающих переход прав в отношении государственного или муниципального имущества, и перечне видов имущества, в отношении которого заключение указанных договоров может осуществляться путем проведения торгов в форме конкурса» и распоряжением ДГИ от 03.10.2011 № 2244-р (ред. от 02.11.2012) «Об утверждении Положения о порядке дачи согласия Департаментом имущества города Москвы на заключение договоров аренды, договоров безвозмездного пользования, иных договоров, предусматривающих переход прав владения и (или) пользования в отношении недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного на праве оперативного управления за государственными учреждениями города Москвы».



**ГБУЗ ВПРАВЕ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЙ ОСНОВЕ
ПЕРЕДАВАТЬ НА ВРЕМЯ ДОГОВОРА
ПРИНАДЛЕЖАЩИЕ ЕМУ НА ПРАВЕ
ОПЕРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ПОМЕЩЕНИЯ
ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В НИХ УЧЕБНЫХ КАФЕДР
ВУЗОВ ИЛИ НАУЧНЫХ ОТДЕЛОВ НИИ В
СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ
ОТ 27.04.2011 № 380.**

Вопрос

Каковы права ГБУЗ по предоставлению помещений и персонала для осуществления преподавательской работы в том случае, если городской врач совмещает работу на кафедре медицинского вуза? Может ли ГБУЗ само получить лицензию на образовательную деятельность, внеся соответствующие изменения в Устав?

Ответ

ГБУЗ вправе на безвозмездной основе передавать на время договора принадлежащие ему на праве оперативного управления помещения для размещения в них учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2011 № 380 «О взаимодействии лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов города Москвы».

При условии внесения в устав образовательной деятельности в качестве одного из дополнительных видов деятельности и получения соответствующей лицензии ГБУЗ вправе дополнительно к основной осуществлять образовательную деятельность в качестве

организации, осуществляющей обучение (п. 19 ст. 2 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации»).

Если ГБУЗ не имеет лицензии на осуществление образовательной деятельности, то его работники не могут рассматриваться в качестве педагогических, но они вправе вступать в трудовые отношения с образовательными организациями, в том числе по совместительству, и от имени образовательной организации участвовать в педагогической работе в должности педагогического работника.

Обоснование

Вопросы представления со стороны ГБУЗ помещений для осуществления «преподавательской работы» или образовательной деятельности в помещениях ГБУЗ разрешаются путем размещения на территории ГБУЗ учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ на безвозмездной основе. Порядок размещения учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ регламентируется приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2011 № 380 «О взаимодействии лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов города Москвы». Пунктом 1.2. указанного приказа утвержден «Порядок взаимодействия лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов (академий, учебных центров и т.д.) г. Москвы, а п. 1.1. приказа утверждена форма типового договора между лечебно-профилактическим учреждением и медицинскими образовательными и научно-исследовательскими институтами (академиями, учебными центрами и т.д.) по использованию медицинского учреждения в качестве клинической базы.

Правила размещения учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ на территории ГБУЗ, содержащиеся в утвержденной приказом типовой форме договора, изложены в соответствии приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.1993 г. № 228 «Об утверждении Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении». В соответствии с п. 2.2.2. Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении последнее не осуществляет образовательной деятельности или педагогической работы, а обеспечивает необходимые условия для проведения учебно-педагогического процесса с использованием современных методов обучения, новейших достижений науки и практики. Это связано с тем, что образовательная деятельность является самостоятельным видом деятельности, осуществление которого в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации» может осуществляться лишь при наличии соответствующей лицензии. Следовательно, ГБУЗ вправе представлять в указанном выше порядке принадлежащие ему на праве оперативного управления помещения образовательным или научно-исследовательским организациям. В соответствии с п.1.1. формы типового договора, утвержденного приказом ДЗМ № 380 от 27.04.2011, в нем идет речь о совместной организации, в том числе и педагогического процесса, эффективному использованию кадровых, материальных ресурсов и научного потенциала института и учреждения. Следовательно, работники ГБУЗ совместно с работниками образовательного учреждения непосредственно обеспечивают проведение кафедрами образовательных учреждений на территории ГБУЗ практических занятий. Иными словами, именно под контролем работников ГБУЗ студенты образовательных учреждений участвуют в оказании медицинской помощи населению, а, например, работники НИИ в проведении научных исследований, связанных с осуществлением медицинского вмешательства.

Если же работник ГБУЗ желает дополнительно к своей основной работе также заниматься и педагогической деятельностью, то он вправе вступить в трудовые отношения (по внешнему совместительству) с образовательным учреждением, в том числе и с тем, кафедра которого находится на территории ГБУЗ.

В случае желания ГБУЗ осуществлять от своего имени образовательную деятельность оно вправе в соответствии с п. 19 ст. 2 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации» получить в установленном законом порядке статус организации, осуществляющей обучение, то есть осуществлять на основании лицензии наряду с основной (медицинской) деятельностью образовательную деятельность в качестве дополнительного вида деятельности. Для этого ГБУЗ в числе прочего должно внести изменения в свой устав, указав образовательную деятельность в качестве одного из дополнительных видов деятельности, поскольку, будучи некоммерческой организацией, имеет право осуществлять лишь указанные в уставе виды деятельности (п. 1 ст. 49, п. 5 ст. 50 ГК РФ и п. 1 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ). В штатное расписание ГБУЗ вводится учебный отдел со ставками для педагогических работников, утверждается положение об учебном отделе. Получение лицензии на образовательную деятельность осуществляется в соответствии с Положением о лицензировании образовательной деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 28.10.2013 г. № 966.

Вопрос

Учитывая, что изменения в приказе по ВМП (СМП) позволяют оказывать часть этих видов помощи в условиях дневных стационаров, возможно ли получение лицензии на данный вид услуг амбулаторно-поликлиническими учреждениями?

Ответ

Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в целях лицензирования соответствующей медицинской деятельности установлены приказом Минздрава России от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

Возможность получения лицензии амбулаторно-поликлиническим учреждением на выполнение работ (услуг) при оказании специализированной (в том числе высокотехнологичной) зависит конкретного перечня оказываемых учреждением работ (услуг).

В случае включения оказываемых учреждением видов работ (услуг) в утвержденный приказом перечень для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в т.ч. в условиях дневного стационара (п. 3 приказа), получение лицензии будет осуществлено в порядке, установленном Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».



**ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И
ВЫПОЛНЕНИЮ РАБОТ (УСЛУГ) ПРИ ОКАЗАНИИ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ
СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УСТАНОВЛЕНЫ ПРИКАЗОМ
МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 11.03.2013 № 121Н.**

ОТ РУКОВОДИТЕЛЯ К ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОМУ РУКОВОДИТЕЛЮ

Кадровый дефицит — бич отечественного здравоохранения, практически все регионы испытывают нехватку врачей тех или иных специальностей. Принципиально иная ситуация в Москве. Здесь тоже не хватает специалистов, но в большей степени проблемы связаны с диспропорциями в их распределении по направлениям и медучреждениям различных типов. О проводимой Департаментом здравоохранения Москвы кадровой политике рассказывает первый заместитель руководителя департамента, статс-секретарь Татьяна Радиковна МУХТАСАРОВА.



Татьяна МУХТАСАРОВА,
первый заместитель
руководителя Департа-
мента здравоохранения
Москвы

— Татьяна Радиковна, не могли бы вы обозначить ключевые кадровые проблемы столичного здравоохранения?

— Московская ситуация с укомплектованностью медицинскими кадрами несколько отличается от той, что сложилась в стране. Если во многих субъектах Федерации не хватает врачей по определению, то в Москве мы наблюдаем определенный дисбаланс. В частности, отмечается излишняя концентрация медицинских работников в стационарах и недостаток в первичном звене.

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь населению, практически полностью укомплектованы, а вот медицинские организации, оказывающие амбулаторную помощь, испытывают потребность во врачах. Например, одних только участковых терапевтов нужно около тысячи. Не хватает и педиатров, врачей общей практики, анестезиологов-реаниматологов, специалистов по лучевым методам диагностики: рентгенологов, специалистов ультразвуковой диагностики и рентгеноэндovasкулярных методов лечения. Также существует потребность и в специалистах для работы на новом оборудовании, закупленном в рамках программы модернизации столичного здравоохранения. В дефиците врачи-офтальмологи и неврологи, врачи клинической лабораторной диагностики, рентгенологи.

Вместе с тем в медицинских организациях, чаще стационарах, явный переизбыток акушеров-гинекологов, психиатров, нейрохирургов и терапевтов. А в амбулаторном звене в профиците врачи-стоматологи и дерматовенерологи.

– Работает ли Департамент здравоохранения на перспективу с сегодняшними студентами медвузов? Как можно корректировать дисбаланс, о котором вы говорите?

— Думаю, что сегодня стремление молодых специалистов получить «престижный диплом», но невостребованную, профицитную, специальность, заметно снижается. В рамках Программы кадрового развития Департаментом здравоохранения города Москвы запланировано проведение целенаправленной подготовки врачей по остродефицитным специальностям, в первую очередь оказывающих амбулаторную помощь.

Получение специальности в рамках целевой подготовки осуществляется в федеральных вузах Минздрава Российской Федерации, расположенных в Москве и государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы, научных организациях. При этом лицам, зачисленным на обучение в ординатуру непосредственно после окончания государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования, выплачивается стипендия в размере 16 850 рублей в месяц, а имеющим стаж работы по врачебной специальности выплачивается стипендия в размере 20 340 рублей в месяц, что значительно выше размера федеральной стипендии. Помимо этого целевая контрактная подготовка врачей дефицитных специальностей гарантирует трудоустройство специалистов в медицинские организации Департамента с учетом их пожелания в части шаговой доступности от места проживания.

– Как решается проблема обеспечения клиник средним медицинским персоналом?

— Для начала отмечу, что в системе Департамента здравоохранения города Москвы нет медицинских вузов, однако имеются 13 медицинских училищ, один фармацевтический и 10 медицинских колледжей, осуществляющих подготовку медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лабораторных медицинских техников и технологов, фармацевтов и зубных техников.

И еще есть два центра, которые осуществляют дополнительную профессиональную подготовку, то есть повышение квалификации среднего медицинского персонала. Сегодня представителей этой профессии в городе примерно 90 тысяч человек, для сравнения: врачей — около 50 тысяч. Потребность в данных специалистах составляет примерно 20 тысяч человек. И в основном это медицинские сестры как участковой службы, так и стационаров, и лабораторные медицинские техники.

Ежегодно Департаментом здравоохранения города Москвы утверждается план предварительного распределения выпускников медицинских колледжей и училищ, которым четко определяется количество зарезервированных для них мест в столичных больницах и поликлиниках. И уже за два месяца до выпуска учащийся знает, куда он будет направлен, — при его, конечно, добровольном согласии. Всякий раз, составляя план распределения, мы стараемся учитывать пожелания выпускников с учетом их территориальных предпочтений.

Кроме того, при новой системе оплаты труда допускается возможность выписки «подъемных» молодым специалистам при трудоустройстве. Ну и нелишне отметить, что обучение в медицинских колледжах и медицинских училищах бесплатное, за счет средств бюджета города Москвы, как и курсы повышения квалификации. Ежегодно свыше 17 тысяч средних медицинских работников проходят повышение квалификации в образовательных учреждениях города по 23 специальностям и более чем 80 циклам повышения квалификации.

144

РУКОВОДИТЕЛЯ

прошли подготовку в рамках программы повышения квалификации «Управление развитием здравоохранения Москвы»

— А какова ситуация с руководящими кадрами?

— Еще совсем недавно в столичном здравоохранении преобладали, по сути, управленцы прежней формации, обладающие достаточным уровнем профессионализма, но не владеющие в полной мере знаниями и технологиями современного менеджмента. В итоге сегодня при назначении на должность руководителя многие кандидаты испытывают затруднения, осваивая новую для себя профессию, предполагающую знание принципов управления коллективом, стандартизацию и много чего еще. И, к сожалению, освоить данные компетенции, пройдя краткосрочный курс повышения квалификации, невозможно.

— Каков выход из этой ситуации? Где и каким образом искать подходящих кандидатов на должность руководителя клиники?

— В условиях реформирования столичного здравоохранения сформировались определенные требования к подготовке руководителя нового типа, владеющего основами экономики, социологии, психологии, юриспруденции, организации и управления персоналом, способного решать оперативные, тактические и стратегические задачи в условиях дефицита бюджетного финансирования при одновременной необходимости повышения качества медицинской помощи населению. Таким образом, основной целью в подготовке современного руководителя медицинской организации является совершенствование системы подготовки управленцев: от руководителя к высококвалифицированному руководителю.

При формировании кадрового резерва для руководящих должностей в настоящее время предпочтение отдается кандидатам не только с высшим профессиональным, медицинским, образованием, но и имеющим второе высшее образование по специальности «экономика», «юриспруденция» и так далее. Основными критериями на должность главного врача до настоящего времени остаются обязательное высшее медицинское образование, сертификат по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или высшее профессиональное — экономическое, юридическое — образование и специальная подготовка по менеджменту в здравоохранении. Стаж работы на руководящих должностях должен составлять не менее 5 лет.

— Как происходит процедура отбора?

— Назначение на должность руководителя медицинской организации государственной системы здравоохранения Москвы может осуществляться по ходатайству

представлению директора ГКУ «Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения административных округов города Москвы» или по личному обращению кандидата с представлением необходимых документов об образовании и повышении квалификации. Кандидат на должность руководителя приглашается на собеседование к заместителю руководителя Департамента здравоохранения города Москвы. На собеседовании могут



В условиях реформирования столичного здравоохранения сформировались определенные требования к подготовке руководителя нового типа

использоваться тестовые или устные вопросы по оценке знаний кандидата отраслевой специфики учреждения, основ гражданского, трудового, налогового законодательства, основ управления учреждением, а также предложения кандидата по программе деятельности и эффективному развитию учреждения.

Кандидат, успешно прошедший собеседование, приглашается для представления и беседы к руководителю Департамента здравоохранения города Москвы.

При положительном решении руководителя Департамента здравоохранения заключается трудовой договор в отделе кадров Управления правового обеспечения и кадровой политики Департамента здравоохранения города Москвы.

— Департамент здравоохранения оказывает помощь руководителям в повышении профессионального уровня?

— Да, конечно. С 2012 года Департамент здравоохранения города Москвы совместно с ГБОУ ВПО «Московский городской университет управления правительства Москвы» реализует отраслевую образовательную программу повышения квалификации «Управление развитием здравоохранения Москвы», включающую профессиональные модули, обучающие семинары, тренинги и образовательные кейсы — деловые ситуации и задачи. По новой системе обучено 144 руководителя и более 100 их заместителей.

Кроме того, в настоящее время мы ведем работу над внедрением программы дополнительного профессионального образования «Специалист по государственному и муниципальному управлению — Master of Public Administration — MPA», специализации «Управление в здравоохранении», с помощью которой руководители медицинских ор-

ганизаций получают знания в области государственного управления здравоохранением, включая менеджмент, маркетинг, финансы, экономику, юриспруденцию и прочее. Срок обучения по программе составляет 1,5 года. Эту программу мы планируем начать до конца этого года и предполагаем, что на обучение всех руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы потребуется не более 4 лет. Расширится и география сотрудничества. С 2012 года Департаментом здравоохранения города Москвы повышение квалификации сотрудников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, в том числе и руководителей, проводится в лучших зарубежных клиниках Базеля и Женевы, Баварии, Дюссельдорфа, Хадассы, Рамат Авива, Тель-Авива, Брюсселя.

Хотелось бы подчеркнуть, что здравоохранение — это особая отрасль, которая представляет собой пересечение и взаимодействие элементов различных профессиональных областей и требует от руководителей интегральных способностей и навыков системного мышления в профессиональной управленческой деятельности с учетом отраслевой и экономической специфики функционирования практического здравоохранения. Более того, формирующиеся рыночные отношения требуют от руководителей здравоохранения приобретения новых знаний, умений и навыков, которые включают эффективное использование механизма многоканального финансирования, экономичное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, перераспределение функций между первичной и специализированной медицинской помощью, профилактикой, лечением и реабилитацией. В этой ситуации наша общая задача — постоянно работать над повышением уровня подготовки медицинских кадров на всех уровнях: от рядового врача до руководителя клиники.



**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ — ЭТО ОСОБАЯ ОТРАСЛЬ,
КОТОРАЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ
И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭЛЕМЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ И ТРЕБУЕТ
ОТ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ИНТЕГРАЛЬНЫХ
СПОСОБНОСТЕЙ И НАВЫКОВ СИСТЕМНОГО
МЫШЛЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

ГОРОДСКАЯ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

29 МАЯ 2014 Г.

На обсуждение в ходе очередной клинико-анатомической конференции был вынесен случай, при котором лечение пациентки в силу осложнений, развившихся после лучевой терапии, закончилось летальным исходом.

Началась конференция не совсем обычно. Собранным были показаны кадры с камеры видеонаблюдения в ординаторской одной из московских клиник, на которых врачи текущей смены на протяжении нескольких часов заходили туда, чтобы принять горячительные напитки. Председательствующий на конференции заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников обратил внимание коллег на то, что подобное, безусловно, недопустимо, и подчеркнул:

— Я прошу руководителей лечебных учреждений иметь в виду, что за все, что происходит в ваших учреждениях, вы несете персональную ответственность. И если вы не можете проследить за тем, чтобы не происходили подобные вещи, значит не можете руководить учреждением.

Первым с докладом по рассматриваемому случаю выступил главный врач Городской поликлиники № 52 Дмитрий Балашов:

— Пациентка Г. 1947 года рождения наблюдалась в женской консультации Городской поликлиники № 192, ныне это филиал № 3 Городской поликлиники № 52, с 2008 года. Обращения на прием к гинекологу женской консультации за это время были разовые. Выставлялся диагноз: «опущение стенок влагалища, фиброзно-кистозная мастопатия».

Из доклада главного врача следовало, что после маммографии, сделанной в октябре 2011 года, пациентка была направлена на консультацию к маммологу Онкологического диспансера № 4. Он вынес заключение: фиброзно-кистозная мастопатия. На основании этого заключения пациентке было рекомендовано пройти УЗИ молочных желез и сделать маммографию через год. В 2012 году женскую консультацию поликлиники пациентка не посещала и обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу филиала № 3 Городской поликлиники № 52 только 12 марта 2013 года с жалобами на



В числе прочих на конференции был поднят вопрос об укомплектованности радиологических отделений московских клиник всем необходимым оборудованием

выпадение матки и однократные скудные кровянистые выделения из половых путей.

— В объективном гинекологическом статусе обращает внимание: полип цервикального канала, не кровоточит; тело матки увеличено до 13 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное, находится ниже уровня входа во влагалище, выделения светлые, скудные, — подчеркнул докладчик. — Диагноз: «миома матки, полное выпадение матки, полип цервикального канала».

После этого пациентке было назначено клиническое обследование для проведения в плановом порядке гистероскопии, полипэктомии и раздельного диагностического

выскабливания матки, однако на клинические обследования и УЗИ органов малого таза она в поликлинику не явилась, а обратилась на прием 20 мая 2013 года с результатами УЗИ органов малого таза от 27 апреля

2013 года из коммерческого центра. Заключение: миома матки, серозометра, рак тела матки под вопросом.

— Учитывая результаты УЗИ органов малого таза, пациентка была направлена на консультацию онкогинеколога Онкологического диспансера № 4, — продолжил главный врач. — Специалистом выставлен диагноз: «миома матки, полип церви-

кального канала, выпадение матки, подозрение на рак матки». Рекомендовано: раздельное диагностическое



**Я ПРОШУ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛЕЧЕБНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ЗА ВСЕ, ЧТО
ПРОИСХОДИТ В ВАШИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ВЫ
НЕСЕТЕ ПЕРСОНАЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.**

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

выскабливание, полипэктомия в условиях гинекологического стационара, подготовка к плановому оперативному лечению и явка с гистологическим заключением в диспансер.

В поликлинике пациентке было проведено клиническое обследование для стационарного лечения, в ходе которого были получены результаты в пределах референсных значений. После чего 21 июня 2013 года она была направлена в гинекологическое отделение ГКБ № 56 на гистероскопию, полипэктомию, отдельное диагностическое выскабливание матки.

— После выписки из стационара наблюдалась в онкодиспансере. В женскую консультацию поликлиники не обращалась, — заключил Дмитрий Балашов.

Историю ведения пациентки Онкологическим диспансером (ОД) № 4 озвучила главный врач учреждения Елена Самышина:

— Впервые пациентка обратилась к нам 4 июня 2013 года по направлению от врача-гинеколога женской консультации Городской поликлиники № 52. Представлен результат ультразвукового исследования органов малого таза от 27 апреля 2013 года. По данному заключению имело место полное выпадение матки. Матка увеличена до 14 недель. Миометрий неоднородный за счет интерстициального гипозоженного образования 47 на 48 мм без кровотока по задней стенке. Полость матки расширена до 16 мм с гипозоженным однородным содержимым. Заключение: миома матки, рак тела матки под вопросом.

Руководитель клиники напомнила данные анамнеза пациентки: с 2008 года жалобы на периодические мажущие кровянистые выделения из половых путей, выпадение матки, к гинекологу не обращалась, усиление кровянистых выделений с марта 2013 года.

— Объективно на момент осмотра общее состояние больной относительно удовлетворительное, — подчеркнула докладчик. — Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Нормального телосложения, повышенного питания. При росте 165 сантиметров вес 90 кг. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления без особенностей. Умеренная пастозность голеней, варикозное расширение вен нижних конечностей.

В онкодиспансере пациентка была осмотрена онкогинекологом. Осмотр выявил: наружные половые органы развиты правильно; полное выпадение матки; влагалище рожавшей женщины; шейка матки цилиндрической формы, в цервикальном канале полип, не кровоточит; слизистая оболочка влагалища сухая, атрофичная; тело матки увеличено до 10 недель, плотное, подвижное, безболезненное; придатки не

пальпируются; параметрии свободные; выделения сукровичные, скудные; слизистая оболочка прямой кишки пальпаторно гладкая, безболезненная. Предварительный диагноз: миома матки, полип цервикального канала, полное выпадение матки, кровомазание в постменопаузе, рак тела матки под вопросом. Онкогинекологом было рекомендовано: отдельное диагностическое выскабливание с полипэктомией в гинекологическом стационаре, подготовка к плановой пангистерэктомии и явка с результатами гистологического исследования в Онкологический диспансер № 4. Далее, для соблюдения хронологии развития событий, слово было предоставлено заведующему филиалом № 1 ГКБ № 56 Андрею Слонову:

— Пациентка была госпитализирована в 5-е гинекологическое отделение ГКБ № 56 в плановом порядке 15 июля 2013 года по направлению филиала № 3 Городской поликлиники № 52. С диагнозом: «миома матки, серозометра, подозрение на рак эндометрия». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на периодические кровянистые выделения из половых путей, чувство инородного тела в области промежности. 17 июля ей была произведена гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание, без каких-то технических сложностей. Гистологическое заключение от 25 июля: высокодифференцированная эндометриальная аденокарцинома. Больная информирована о диагнозе и необходимости дальнейшего лечения в онкодиспансере. 26 июля она была выписана. Второй раз в ОД № 4 пациентка пришла 29 июля 2013 года.

— Представлен выписной эпикриз из ГКБ № 56, где больная находилась с 15 по 26 июля 2013 года (с 17 июля выполнена гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием матки), — продолжила главный врач онкодиспансера. — Морфологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома. Больная выписана с диагнозом: рак тела матки T2N0M0, вторая клиническая группа. Сопутствующие диагнозы: миома матки, полное выпадение матки.

Пациентка была осмотрена онкогинекологом диспансера в день обращения. Ей было выполнено УЗИ органов малого таза, забрюшинных лимфоузлов и печени. Данных за метастазирование не получено. После чего она была отправлена на оперативное лечение в ГКБ № 40.

Описывая ведение пациентки в ГКБ № 40, главный врач учреждения Олег Фатуев отметил:

— Пациентка находилась в 3-м онкологическом отделении ГКБ № 40 с 15 по 26 октября 2013 года.

Первичное обращение в клиничко-диагностическое отделение нашей больницы — 1 августа 2013 года. Гистологические препараты, полученные пациенткой из ГКБ № 56, были пересмотрены в патологоанатомическом отделении нашей клиники. Заключение: в стеклопрепаратах в среде крови определяются мелкие фрагменты сложной атипической гиперплазии эндометрия.

После проведения клинического амбулаторного обследования, установления отсутствия противопоказаний к плановой госпитализации и операции 15 октября больная была госпитализирована, и 16 числа в плановом порядке ей произведена операция: экстирпация матки с придатками и верхней трети влагалища, параметральная лимфодиссекция, фиксация культи влагалища. Гистологическое исследование по удаленному препарату: высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия, прорастающая миометрий свыше 1 см с инвазией стромы цервикального канала. Остальные изменения носят доброкачественный характер. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 9-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. И 29 октября больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке: «рак тела матки T2N0M0». Сопутствующий диагноз: «гипертоническая болезнь 3 степени, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, узловой зоб, зутиреоз, хронический пиелонефрит вне обострения, метаболический синдром». Больная обсуждена на консилиуме онкологов, рекомендовано проведение лучевой терапии, а также явка к врачу в Онкологический диспансер № 4 28 октября 2013 года.

— Третье — последнее обращение больной в наше учреждение было 31 октября 2013 года. Согласно представленному выписному эпикризу, с 15 по 26 октября 2013 года пациентка находилась в стационаре ГКБ № 40, — продолжила выступление Елена Самышина. — На момент осмотра пациентка жаловалась на болезненность и дискомфорт в нижних отделах живота, слабость. Объективное состояние

удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах и в области послеоперационного рубца. Послеоперационный рубец в заживлении с первичным натяжением. Гинекологический статус: слизистая оболочка влагалища умеренно гиперемирована, сводовая рана чистая, в стадии эпителизации. В малом тазу дополнительных объемных образований не определяется. Выделения серозно-сукровичные, скудные. Диагноз: рак тела матки IIa T2N0M0. Состояние после

хирургического лечения от 16 октября — клиническая группа 2. По рекомендации специалистов ГКБ № 40, учитывая стадию заболевания и распространенность процесса, для проведения второго этапа комбинированного лечения больная была направлена на лучевую терапию. Больше в наше учреждение пациентка не обращалась.

По словам руководителя отделения Елены Фроловой, 26 ноября

2013 года больная поступила в радиологическое отделение ГКБ № 40 в плановом порядке по направлению ОД № 4.

— На консилиуме онкологов было решено проводить больной комбинированное лечение. Вторым этапом комбинированного лечения показано проведение сочетано-лучевой терапии, — продолжила докладчик. — На первом этапе сочетано-лучевая терапия проводилась на аппарате «Рокус-АМ» с двух противоположных полей на область малого таза. Размеры полей 16 на 16 см. Границы поля: верхний — нижний край 4-го поясничного позвонка, нижняя граница — нижний край лона. Поверхность 75 см. Разовая очаговая доза 2,5 Грей, суммарная очаговая доза 15 Грей. После этого дистанционно-лучевую терапию мы стали проводить методом заднего биокселярного секторного качания. Границы полей оставались те же. Разовая доза та же, 2,5 Грея. Суммарная очаговая доза — 40 Грей, что эффективно 44 Греям, если бы проводилось классическое фракционирование по 2 Грея. Внутриполостная лучевая терапия проводилась на аппарате «Селектрон». Разовые очаговые дозы 5 Грей до суммарной очаговой дозы в 10 Грей на глубину 1 см в стенки



**НА КОНСИЛИУМЕ ОНКОЛОГОВ БЫЛО РЕШЕНО
ПРОВОДИТЬ БОЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЕ
ЛЕЧЕНИЕ. ВТОРЫМ ЭТАПОМ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО
ПРОВЕДЕНИЕ СОЧЕТАНО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.**

Елена ФРОЛОВА

влагалища. Одновременно с лучевой терапией проводилась профилактика лучевых реакций. После проведения дистанционно-лучевой терапии больной были сделаны необходимые анализы: клинический и биохимический крови и анализ мочи. Патологии в анализах отмечено не было, за исключением 15—20 лейкоцитов в поле зрения при исследовании мочи. Но, учитывая наличие у больной хронического пиелонефрита в стадии ремиссии, это вполне допустимо.

Докладчик подчеркнула, что толерантность здоровых тканей к лучевой терапии у толстой кишки составляет 50—60 Грей, у мочевого пузыря — 60 Грей, а частота ранних лучевых реакций разнится и составляет от 0,1 до 11 %.

— Наряду с лучевой терапией больной проводилось сопровождающее медикаментозное лечение, — отметила Елена Фролова. — Выписана больная была 20 декабря 2014 года в удовлетворительном состоянии под наблюдение районного онколога. Больной были даны контактные телефоны лечащего врача и заведующего с рекомендацией обращаться при необходимости. Больше в радиологическое отделение больная не обращалась.

Однако 24 декабря пациентка поступила в приемное отделение ГКБ № 7 с жалобами на боли в нижней половине живота, которые ее беспокоили четверо суток. — При поступлении состояние средней тяжести. При осмотре хирург отмечает болезненность в нижней половине живота, синдромов раздражения брюшины не было, — продолжил рассказ о судьбе пациентки главный специалист хирург по ЮАО Александр Чевокин, заведующий 13 хирургическим отделением ГКБ № 7. В клинике больная была осмотрена гинекологом, были выполнены обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, электрокардиограмма, общий анализ крови.

— В связи с таким сложным анамнезом в первые 10 часов после поступления в ночное время ей была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с болюсным контрастированием, на которой было отмечено, что выпота в брюшной полости нет. Однако на снимке имеет место дивертикулярное

образование, максимальным диаметром от 4 до 12 мм, отмечаются циркулярное утолщение стенок сигмовидной и прямой кишки (максимально до 23 мм), просвет их сужен, параколическая клетчатка тяжистая. Заключение: дивертикулит, нельзя исключить постра-

диационное изменение в толстом кишечнике, — отметил докладчик. — С этим диагнозом больная у нас находилась в 12-м хирургическом отделении. Проводимая терапия: антибиотики, инфузия анальгетиков, раствор глюкозы, физиологический раствор.

31 декабря пациентке выполнено контрольное УЗИ брюшной полости, при котором жидкости в брюшной полости не обнаружено.

— В левой подвздошной области визуализируется толстая кишка диаметром до 2,5 см с утолщенной стенкой до 6 мм, — уточняет Александр Чевокин.

Ухудшение состояния у больной развивается в ночь с 3 на 4 января 2014 года. Больная осматривается хирургом, и с предполагаемым диагнозом «перфорация дивертикула» ей предлагается выполнить диагностическую лапароскопию.

— К сожалению, дежурная бригада не смогла сойтись с больной в планах своей деятельности. Больная хотела подождать до утра, до появления ее сына. Утром перитонеальные явления уже не вызывали сомнения, и пациентка дала согласие на операцию. В 11 часов вопрос с лапароскопией был снят, и больной была выполнена лапаротомия. В ходе операции в нижней половине брюшной полости обнаружено 100 мм мутного выпота, рыхлый инфильтрат в малом тазу. После разделения инфильтрата, который был образован большим салынком, петлями толстой и тонкой кишки, обнаружено, что на сигмовидной кишке имеются синечерные пятна с микроперфорацией и точно такие же пятна в нисходящем отделе толстой кишки. В связи с этим дежурная бригада приняла решение выполнить операцию в объеме левосторонней гемиколэктомии с выведением трансверзостомы в левом подреберье, — добавил специалист.

По словам докладчика, течение послеоперационного периода у больной было крайне тяжелым, что было обусловлено развитием тотального нагноения



К СОЖАЛЕНИЮ, ДЕЖУРНАЯ БРИГАДА НЕ СМОГЛА СОЙТИСЬ С БОЛЬНОЙ В ПЛАНАХ СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. БОЛЬНАЯ ХОТЕЛА ПОДОЖДАТЬ ДО УТРА, ДО ПОЯВЛЕНИЯ ЕЕ СЫНА.

Александр ЧЕВОКИН



Людмила МИХАЛЕВА:
«Все изменения, которые можно было наблюдать на анализируемых материалах, четко соответствуют постлучевому язвенному энтероколиту»

Далее слово было предоставлено врачу-патологоанатому ГKB № 7 Ольге Лютавиной, которая представила протокол вскрытия умершей:

— При внешнем осмотре на передней брюшной стенке обнаружен послеоперационный разрез длиной 22 см. Края разреза не фиксированы, ушиты блоковыми швами с лигатурами, проходящими через пластиковые трубки длиной по 4 см. В левом подреберье обнаружена ушитая колостома, края ровные, гладкие. В правом подреберье сформирована колостома, края ровные, гладкие, несколько

срединной раны, раны в месте выведения колостомы. — К 7 декабря состояние больной прогрессивно ухудшается, и консилиумом было принято решение о проведении повторной операции. По большому счету это операция отчаяния, — добавляет Александр Чевочкин. 10 декабря пациентке была выполнена релапаротомия и произведен энтеролиз.

— На операции обнаружено, что в 50 см от связки Трейтца петля находится в малом тазу и на расстоянии 10 см имеются два устья кишечных свищей, — продолжил докладчик. — Была произведена резекция 30 см кишечника с анастомозом бок в бок. Операция завершена лапаростомией, потому что в последующем планировалась санация брюшной полости.

Подождоживая, Александр Чевочкин отметил:

— Больная поступает на 4-й день после выписки из онкодиспансера. С 24 декабря до 3 января ей проводится консервативная терапия. Потом наступает улучшение состояния. Первая операция, левосторонняя гемиколэктомия, — 4 января. С 10 января отмечается нагноение раны. В этот же день выполнена повторная операция, после чего больная в течение 3-х суток находилась в реанимационном отделении. Выполнить санацию нам не удалось, потому что 13 января при явлениях нарастающей полиорганной недостаточности больная у нас скончалась.

отечные. На серозной оболочке кишки обнаружены множественные хлопьевидные и нитевидные наложения грязно-зеленого цвета. Серозная оболочка тусклая, шероховатая. В брюшной полости обнаружено около 40 мл мутной гнойной жидкости. Органы дыхания. Легкие: масса правого 450 г, масса левого 315 г. На разрезе: с поверхности разреза стекает небольшое количество пенистой красноватой жидкости. В нижних отделах на разрезе ткань уплотнена, темно-красного цвета. При гистологическом исследовании морфологические признаки хронического бронхита и отека легких. Органы кровообращения. Сердце массой 285 г, миокард на разрезе с признаками диффузного мелкоочагового кардиосклероза, что подтверждается гистологическим исследованием. Коронарная артерия сужена атеросклеротическими бляшками до 70 %. Органы пищеварения. Желудок с морфологическими признаками хронического атрофического гастрита, множественными мелкоочаговыми эрозиями. Петли тонкой и толстой кишки вздуты, серозная оболочка с чередованием участков от серого до багрового и темно-красного цвета. Толщина стенки кишки варьирует от 0,2 до 0,5 см. Петли тонкой и толстой кишки спаяны между собой плотными и рыхлыми спайками в единый конгломерат, разделяющийся местами с трудом. Тонкокишечный анастомоз бок в бок состоятелен.

Поперечная ободочная кишка выведена в качестве стомы, края ровные отечные. В просвете кишки определяется небольшое количество геморрагического содержимого. Слизистая оболочка интенсивно багрового цвета, резко отечная, складки сглажены. Печень массой 1640 г. На разрезе ткань желто-коричневого цвета. При гистологическом исследовании обнаружены центрлобулярные некрозы, а также полнокровие центральных вен. Поджелудочная железа размерами 19 × 4 × 4 см. На разрезе дольчатость сохранена, серо-розового цвета. При гистологическом исследовании липоматоз и полнокровие. Почки однотипного строения. На разрезе корковое мозговое вещество сохранено, граница четкая. Масса почек: правая — 144 г, левая — 142 г. При гистологическом исследовании обнаружен острый канальцевый некроз, в строме полнокровие, отек и рассеянная лимфоцитарная инфильтрация, как признаки хронического пиелонефрита. Селезенка размерами 11 × 6 × 3 см. При исследовании соскоб обильный, ткань плотная, темно-красного цвета. При гистологическом исследовании видно, что рисунок стерт, отмечается полнокровие красной пульпы. Головной мозг массой 1210 г. Мягкие мозговые оболочки отечные. Артерия у основания головного мозга сужена атеросклеротическими бляшками до 60 %. Тело матки с шейкой и придатками удалено оперативным путем. Ложе заполнено рыхлыми серовато-белесоватыми спайками. Таким образом, на основании патологоанатомического

вскрытия сформирован следующий патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: «высокодифференцированная эндометриальная аденокарцинома». Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты, атеросклероз церебральных артерий, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий, диффузно-сетчатый пневмосклероз, хронический слизистый гнойный бронхит в стадии обострения, обструктивная эмфизема легких, хронический атрофический гастрит, хронический пиелонефрит вне обострения. Непосредственной причиной смерти явился разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Первоначальная причина смерти — высокодифференцированная эндометриальная аденокарцинома. При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов отмечается их совпадение.

На уточняющий вопрос Леонида Печатникова:

— То есть вы останавливаетесь на том диагнозе, который поставили онкологи, — «T2N0M0»?

Ольга Игоревна ответила утвердительно.

Исходя из озвученного, Леонид Печатников сформулировал ряд вопросов к выступающим следом рецензентам:

— Первый вопрос, который мы, наверное, зададим морфологам: действительно ли те изменения, которые привели стенки кишечника к перфорации, к образованию острых язв, и в итоге вылились в летальные осложнения, связаны исключительно с проведенной

лучевой терапией? Вторым вопросом, который я задам радиологу: можно ли было избежать этих последствий, скорректировав проведение лучевой терапии? Связаны ли осложнения с естественным течением процесса или были нарушены какие-то принципы лучевой терапии? Наконец, по хирургии есть вопрос: все ли было правильно сделано с точки зрения хирургии на этапе перфорации, перитонитов, операции гемиколэктомии?

Первой отвечала на заданные вопросы главный внештатный



Александр ЕРМОЛОВ: «Хотелось бы в очередной раз выразить недоумение по факту госпитализации пациентки не в стационар, который ей и оказывал первичную медицинскую помощь по поводу онкологического заболевания, а в совершенно другую больницу, не лицензированную для оказания помощи при онкологической патологии»

специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы Людмила Михалева: — Все изменения, которые можно было наблюдать на анализируемых материалах, четко соответствуют постлучевому язвенному энтерокоlitу с формированием тонкокишечных свищей и абсцессов брюшной полости, которые явились непосредственной причиной смерти. А основным заболеванием является высокодифференцированная эндометриальная аденокарцинома с врастанием в цервикальный канал, которая и побудила провести лучевую терапию. При этом псевдомембранозный колит и дивертикулит при анализе на морфологическом уровне мы исключаем.

На вопрос, касающийся правильности проведения лучевой терапии, отвечала заместитель главного врача по радиологической службе ГКБ № 62 Елена Слобина: — Прежде всего, хотелось бы обратить внимание на особенности пациентки, которые могли оказать влияние на результаты лучевой терапии. В частности, пациентка страдала ожирением 3-й степени. Пациенты с избыточной массой тела имеют увеличенные размеры и объем тела и измененную анатомию внутренних органов. Обращает на себя внимание, что на момент поступления у пациентки было зафиксировано полное выпадение культи влагалища, что говорит о несостоятельности мышц тазового дна и также предполагает собой нарушение нормальной анатомии органов малого таза. На сегодняшний день общепринятой методикой для лечения таких полных пациентов и, в принципе, лечения заболеваний органов малого таза является многопольная методика. А именно четырехпольная, известная под названием «бюкс методика», когда лечебная изодоза формирует лечебный объем в виде бюкса, что позволяет максимально исключить из объема облучения дозолимитирующие нормальные органы и ткани. В данном случае это мочевоу пузырь, кишечник, часть прямой кишки. Надо также отметить, что во время проведения лучевой терапии у пациентки при достижении суммарной очаговой дозы 25 Грей развился энтероколит, при этом, когда пациентка была выписана с рекомендациями соблюдения диеты, санационной обработки влагалища, рекомендаций

по лечению энтероколитa в выписанном эпикризе не было. Безусловно, необходимо принять во внимание и возможную индивидуальную радиочувствительность пациентки, которая определенным образом могла внести свой вклад в развитие установленных побочных

эффектов проведенной лучевой терапии. Исходя из вышесказанного, можно заключить, что развившиеся побочные эффекты – следствие как индивидуальных особенностей пациентки, так недостаточности технических возможностей клиники. Лечение полных пациентов с большим переднезадним размером тела, измененной анатомией требует проведения

объемной конформной лучевой терапии тормозным излучением линейного ускорителя в условиях объемного планирования. И в случае отсутствия такого оборудования, а его не было в ГКБ № 40, нужно рассматривать вопрос о перераспределении аналогичных пациентов в клиники с соответствующим оборудованием.

Действия медиков в части оказания хирургической помощи пациентке рецензировал главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы Александр Ермолов (на момент подписания номера в печать должность главного внештатного специалиста хирурга ДЗМ занимает Алексей Шабунин. — *Прим. ред.*):

— При поступлении в Городскую клиническую больницу № 7 имелись жалобы на боли в нижних отделах живота, беспокоящие пациентку в течение 2-х суток. При осмотре определялось объемное образование в левой подвздошной области. Диагноз «острая хирургическая патология органов брюшной полости» был отвергнут, и выдвигалась версия о рецидиве рака матки. В ходе пребывания пациентки в хирургическом отделении городской больницы отмечены некоторые несоответствия в тактике при данной клинической ситуации. При поступлении больной в стационар при подозрении на острую хирургическую патологию не произведено ультразвуковое исследование органов брюшной стенки. Ультразвуковое исследование произведено лишь на 6-е сутки пребывания в хирургическом стационаре. По данным компьютерной и



ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИМ РАЗМЕРОМ ТЕЛА, ИЗМЕНЕННОЙ АНАТОМИЕЙ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЪЕМНОЙ КОНФОРМНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ТОРМОЗНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ ЛИНЕЙНОГО УСКОРИТЕЛЯ.

Елена СЛОБИНА

рентгенотомографии, проведенной в первые сутки пребывания в стационаре, были выявлены явления дивертикулита, утолщение стенок сигмовидной и прямой кишки. 4 декабря, на 11 сутки пребывания пациентки в стационаре, в связи с усилением болевого синдрома в нижних отделах живота предложено проведение лапароскопии, от которой больная отказывается. И при ухудшении этого состояния, через 8 часов, больная была оперирована. На операции выявлен некроз нижней трети нисходящей ободочной кишки, сигмовидной кишки с перфорацией ее стенки. Случай расценен как некроз левой половины толстой кишки вследствие нарушения мезентериального кровоснабжения. В протоколе оперативного вмешательства от 4 декабря нет описания мезентериальных сосудов. Соответственно не ясно, чем аргументировался интероперационный диагноз о нарушении мезентериального кровоснабжения в бассейне нижней брыжеечной артерии. Из протокола операции не представляется возможным установить, какая была сформирована колостома, а также, как устанавливались и выводились за пределы брюшной полости дренажи и тампоны при невозможности герметичного ушивания просвета пересеченной толстой кишки. На 6-е сутки после операции отмечается тотальное нагноение срединной раны с некрозом апоневроза, и производится некрэктомиа. На 10-е сутки образуется наружный тонкокишечный свищ. На 15-е сутки после формирования тонкокишечного свища производится компьютерная томография с фистулографией. В ходе ведения больной после операции в течение 2-х недель, вплоть до развития наружного тонкокишечного свища, не проводилось ни ультразвуковое, ни рентгеновское исследования. Из дневниковой записи не удается установить сроки последующего удаления дренажей и тампонов. Не проводятся попытки определить уровень, высоту свища путем динамического рентгеноконтрастного исследования. Наличие жидкостных образований в брюшной полости,

по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии, в сочетании с лейкоцитозом и нейтрофильным сдвигом, не приводит к изменению тактики ведения пациентки, продолжается консервативная терапия. Не проводится контроль ультразвукового исследования и компьютерной томографии в динамике, что привело к несвоевременной диагностике межкишечных абсцессов абсцедирующего перитонита, выявленных лишь при повторной операции, предпринятой для ликвидации тонкокишечного свища. При ретроспективной оценке действий хирургов следует отметить, что при резекции левых отделов тонкой кишки следовало наложить плоскую колостому, что позволило бы осуществить контроль за кровоснабжением для поддержания ее жизнеспособности, предотвратить некроз дистального отдела и проваливание ее в брюшную полость. Ненадежность ушивания прямой кишки требовала проведения трансректального дренирования малого таза, а не введения тампонов и дренажей через переднюю брюшную стенку. Это могло бы предотвратить прогрессирующие изменения в тонкой и толстой кишке. В ходе оказания хирургической помощи пациентке в Городской клинической больнице № 7 имели место тактические и технические недостатки, оказавшие влияние на исход. Не использовался весь арсенал инструментальной диагностики, не проводился динамический контроль при помощи инструментальных средств, не вполне обоснован ход



Леонид ПЕЧАТНИКОВ: «Можно сказать, что больной не повезло, так как ситуация усугубилась высокой индивидуальной чувствительностью к лучевой терапии. Но если в клинике не хватает какого-то оборудования для того, чтобы минимизировать возможность развития таких осложнений, то его нужно закупить»

произведенных оперативных вмешательств. Кроме того, хотелось бы в очередной раз выразить недоумение по факту госпитализации пациентки не в стационар, который ей и оказывал первичную медицинскую помощь по поводу онкологического заболевания, а в совершенно другую больницу, не лицензированную для оказания помощи при онкологической патологии. У меня складывается впечатление о каком-то негласном распоряжении скорой помощи города Москвы о нежелательности повторной госпитализации больных в те стационары, где им уже проводилось лечение, операция и оказывалась первичная помощь. Я думаю, что в связи с этим и не был диагностирован лучевой энтероколит, развитие тех осложнений, которые пришлось наблюдать. Ну и в какой-то мере обусловлен фатальный исход патологии.

— Обобщая выступления специалистов, Леонид Печников сформулировал ключевые выводы из анализа ситуации по ведению пациентки:

— Главное, с чем мы сегодня столкнулись и с чем, к счастью, сталкиваемся нечасто, — это постлучевые осложнения. Некоторые мы и вовсе не диагностируем. Они, вероятно, проходят сами, без каких-то видимых клинических проявлений. И онкологи, и радиологи хорошо знают, что пострадиационные проблемы в легких, например, возникают довольно часто, но постлучевой энтероколит с такими осложнениями — случай крайне редкий. Можно сказать, что больной не повезло, так как ситуация усугубилась высокой индивидуальной чувствительностью к лучевой терапии, и это при адекватных дозах облучения. И все-таки, если

в ГКБ № 40 не хватает какого-то оборудования для того, чтобы минимизировать возможность развития таких вот осложнений, то нужно это оборудование закупить. Эта больница — один из нескольких, по сути, профильных онкологических стационаров. У них должно быть все, что им нужно, чтобы обезопасить пациента. Однако есть и еще один момент, на который бы хотелось обратить внимание, — время пребывания пациентки в ГКБ № 56. Я обязательно попрошу специалистов МГФОМС поднять документацию по этому страховому случаю и выяснить, обратила ли страховая компания внимание на то, что пациентка пролежала в клинике 10 дней? Хотел обратить внимание всех присутствующих на то, что сейчас совместно с МГФОМС проводится серьезная работа со страховыми компаниями с целью переориентации их на проведение экспертизы именно качества оказываемой помощи, особенностей ведения пациента и прежде всего обоснованности и своевременности госпитализаций. За экстренную, когда этого можно было избежать, или, наоборот, за необоснованную госпитализацию клиники будут наказаны рублем.

**10
ДНЕЙ**

**провела пациентка в
ГКБ № 56 по направ-
лению на диагностиче-
ское выскабливание**

ГОРОДСКАЯ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

31 ИЮЛЯ 2014 Г.

Для обсуждения на июльской клинико-анатомической конференции была выбрана история болезни молодой, 1986 года рождения, женщины, причиной смерти которой специалистами была признана экламписия после родов.

Изложение истории болезни пациентки начала главный врач ООО «Институт здоровья» в Люберцах Ольга Ландыховская, куда женщина обратилась для продолжения ведения беременности на сроке 14—15 недель:

— До обращения по поводу настоящей беременности пациентка наблюдалась в городе Киеве, где встала на учет на сроке 9 недель. На основе данных ультразвукового исследования брюшной полости, проведенного в нашей клинике, было сделано заключение: дискинезия желчевыводящих путей. В общих анализах крови было выявлено снижение уровня гемоглобина до 102 г/л. Биохимия: повышенные уровни АЛТ и АСТ. Диагноз при переводе: беременность 14—15 недель; дискинезия желчевыводящих путей; вегетососудистая дистония по гипотоническому типу (артериальное давление 100/60 мм рт. ст.) и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. По данным анамнеза, менструация у пациентки с 13 лет, без особенностей. Половая жизнь с 17 лет.

Последняя менструация пришла в срок. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа и грипп. Из гинекологических заболеваний: эрозия шейки матки (не лечила). Беременность, с которой обратилась в Институт здоровья, — вторая. Исход предыдущей беременности — самопроизвольный выкидыш на сроке 5 недель в 2012 году. Состояние мужа, со слов пациентки, удовлетворительное. Проживала в городе Москве и за пределы города не выезжала.

— За период наблюдения в нашем медицинском центре с 14 по 31 неделю было выполнено 6 посещений акушера-гинеколога, — продолжила Ольга Павловна. — Пациентка была осмотрена терапевтом и гастроэнтерологом. Произведен второй биохимический скрининг в 17 недель, без патологий. Ультразвуковые скрининги плода в 22 и 31 недели тоже не выявили никаких особенностей. Кардиотокография плода была произведена в 31—32 недели.



За период наблюдения пациентка жалоб не предъявляла. Указывала в целом на хорошее самочувствие, отсутствие неблагоприятных факторов для течения беременности. Общая прибавка в весе с 9 недель при постановке на учет в Киеве до 31 недели при переводе в женскую консультацию составила 9 кг. Динамика показателей артериального давления: от 110/65 до 117/65 мм рт. ст. Отеков выявлено не было.

На результатах проводимых лабораторных исследований главный врач центра остановилась подробнее:

— В связи с изменениями в биохимическом анализе крови (повышенные уровни АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы) пациентка дополнительно консультирована врачом-гастроэнтерологом в

17—18 недель. Был поставлен диагноз: дисфункция желчного пузыря. Рекомендованы УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ крови в динамике, диета № 5, гепатопротекторы. Однако рекомендации па-

циентка выполняла лишь частично: отказалась от повторного проведения УЗИ, диету не соблюдала. Препарат, который назначил врач, принимала также нерегулярно. Затягивал процесс нормализации лабораторных показателей гемоглобина длительный отказ пациентки от применения антианемических препаратов со ссылкой на достаточно, по ее мнению, полноценное питание.

Обменная карта беременной была выдана на последнем приеме у гинеколога в 31—32 неделю. Тогда же



ПАЦИЕНТКА С САМОГО НАЧАЛА ПРИ НАЛИЧИИ ВЫКИДЫШЕЙ, ФАКТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЗАСЛУЖИВАЛА БОЛЕЕ ВНИМАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ.

Алексей БОЙКО

пациентка была проконсультирована терапевтом с заключением: беременность 31—32 недели, анемия беременных первой степени, дискинезия желчевыводящих путей, холестаз беременных под вопросом, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Женщине были рекомендованы контроль биохимических показателей крови, УЗИ органов брюшной полости, неукоснительное соблюдение диеты и явка на очередной прием через 3 дня. На назначенный прием пациентка не явилась, рекомендации не выполняла и через 2 недели при личном обращении к лечащему акушеру-гинекологу сообщила, что она встала на учет в женскую консультацию по месту жительства в городе Москве.

С 30 мая наблюдение за ходом беременности женщины проходило в женской консультации филиала ГКБ № 52.

— При первом посещении женщина жалоб не предъявляет, — рассказала врач-методист филиала ГКБ № 52 Ольга Демина. — После обследования

был выставлен диагноз: беременность 34 недели, головное предлежание, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, эктопия шейки матки, вегетодистония по гипотоническому типу, дисфункция желчного пузыря.

Рекомендовано пройти полное обследование, для чего выписано направление, и принести в следующее посещение обменную карту с результатами всех анализов и обследований наблюдения до 34 недель беременности. Посещение назначено на 6 июня.

Рассказывая о результатах следующего посещения пациенткой женской консультации, Ольга Демина отметила: — При анализе результатов лабораторных исследований в коммерческом центре обращали на себя внимание повышение уровней трансаминаз АЛТ и АСТ в 1,5—2 раза выше референсных значений, гипопропротеинемия со снижением альбуминовой фракции и повышение показателей щелочной фосфатазы. При осмотре 6 июня пациентка жалоб не предъявляла. По органам без особенностей. Высота дна матки составила 35 см. Окружность живота — 89 см. Положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное. Отеков нет. В клиническом анализе крови от 2 июня никаких изменений не выявлено. Гемоглобин в рамках нормальных показателей, содержание тромбоцитов составило 212 тысяч. В коагулограмме изменений

нет. Гормоны щитовидной железы в пределах нормы. В биохимических анализах вновь обращает на себя внимание изменение печеночных проб. Хотя в динамике течения беременности повышенный до этого уровень АЛТ оставался в пределах нормы, сохранялось небольшое повышение АСТ, щелочной фосфатазы, имелась гипопропротеинемия и было повышено содержание холестерина. Общий анализ мочи без патологии. Проведена повторная кардиотокография плода. Плод здоров. Диа-

гноз: беременность 35 недель, головное предлежание, холестатический гепатоз, дискинезия желчного пузыря, остается диагноз гастроэнтеролога, эктопия шейки матки.

Учитывая лабораторные данные из обменной карты, а также данные исследований в женской консультации, с целью дообследования пациентке была предложена госпитализация, от которой она отказалась. На плановый осмотр 10 июня не пришла, и 16 июня со схватками поступила в родильный

дом № 1 ГКБ № 67.

Исходя из доклада заместителя главного врача ГКБ № 67, заведующего филиалом родильный дом № 1 Николая Иванникова, пациентка поступила в родильный дом 16 июня в 5 часов 9 минут самообращением, с указанием на тянущие боли внизу живота. Акушерский статус: матка овоидной формы, увеличена за счет беременности, соответствует 36 неделям беременности. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды не подтекают. Диагноз при поступлении: беременность 36—37 недель. Головное предлежание, угроза преждевременных родов. — С 11 часов 17 июня у женщины началась регулярная родовая деятельность. Течение родов физиологическое, — продолжил Николай Иванников. — В 20:10 родилась живая недоношенная девочка, массой 2750, ростом 49 см, с оценкой состояния по шкале Апгар 8—9 баллов, а в 22:10, через два часа после родов, пациентка в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.

Послеродовой период, по словам докладчика, протекал гладко, и на 4-е сутки после родов женщина была выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии. Рекомендации по послеродовому периоду даны. Передана телефонограмма в детскую поликлинику № 74.



**ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ
АЛЕКСАНДР КОНОПЛЯННИКОВ ОТМЕТИЛ РЯД
НАРУШЕНИЙ ПОЛОЖЕНИЙ НОРМАТИВНЫХ
АКТОВ ДЕПАРТАМЕНТА, ДОПУЩЕННЫХ
В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ.**



Марк КУРЦЕР: «Встает вопрос: что такого произошло в родильном отделении, что пациентка, пришедшая своими ногами, заболела всем?»

Однако через 4 дня после выписки женщина была бригадой скорой медицинской помощи доставлена в ГКБ № 68. О пребывании пациентки в стационаре рассказал заведующий 2-м неврологическим отделением клиники Евгений Новиков:

— При поступлении она была осмотрена акушером-гинекологом, и проведено лечение по поводу физиологического лактостаза. Выполнено ручное расцеживание, после которого пациентка сразу отметила значительное субъективное улучшение своего состояния. Далее пациентка была осмотрена неврологом. В неврологическом статусе никакой менингеальной, общемозговой, очаговой патологии выявлено не было. Диагноз: состояние после впервые развившегося судорожного приступа.

— Под каким кодом у вас прошел этот диагноз? — уточнил председательствующий.

— Закодировали, видимо, как эпилепсия.

— Странно, но допустим. А что вы предприняли в плане обследования по поводу ее судорожных припадков, тем более, если вы закодировали это как эпилепсию?

— Пациентка была неоднократно осмотрена неврологом в динамике. И основываясь на общем удовлетворительном состоянии, нормальном неврологическом статусе, была выписана через 4 часа, — последовал ответ.

— Итак, из больницы пациентка в хорошем состоянии после эпизода, впервые возникшего в 28 лет, ушла спокойно домой. Даже без объяснения того, что

собственно с ней было, — констатировал Леонид Печатников.

Неудивительно, что в тот же день к пациентке во второй раз была вызвана бригада скорой помощи с поводом: приступ судорог. 22 июня в 12:40 женщина была госпитализирована в ГКБ № 67 с диагнозом: состояние после эпилептического приступа, 6-е сутки после родов.

— При поступлении пациентка была в ясном сознании. Речь не нарушена. Менингеальные симптомы отрицательные. Зрачки ровные. Давление 110/70 мм рт. ст. Дыхание самостоятельное, везикулярное, — отметил заместитель

главного врача по хирургической помощи ГКБ № 67 Михаил Негребов. — В приемном отделении была осмотрена неврологом-гинекологом. Из приемного отделения пациентка с диагнозом «эписиндром, состояние после эпилептического приступа, 6-е сутки после самопроизвольных родов» была госпитализирована в неврологическое отделение. 23 июня в 9:40 у пациентки развились тоникоклонические судороги, которые были купированы внутривенным введением феназема. После этого она была переведена в реанимационное отделение. Лабораторный контроль выявил: лейкоцитоз, относительно абсолютный нейтрофилез, относительно абсолютная лимфопения, повышенные уровни трансаминаз, щелочной фосфатазы, ЛДГ, КФК.

— Проводилась противоотечная, инфузионная противосудорожная терапия. 24 июня состояние с положительной динамикой, в сознании, — продолжил Михаил Негребов. — Очагово-неврологической менингеальной симптоматики нет. Судорожные припадки не повторялись. После выполнения магнитно-резонансной томографии выявлены признаки лейкоэнцефалита. В связи с изменением на МРТ пациентке произведена люмбальная пункция. Консультирована выездной бригадой инфекционистов. Рекомендована противовирусная терапия в связи с подозрением на герпетическую инфекцию.

25 июня в удовлетворительном состоянии пациентка переведена в неврологическое отделение. Однако 26 июня

в 8 часов у нее возник генерализованный судорожный припадок.

27 июня по поводу состояния пациентки проводилась консультация с главным внештатным специалистом по неврологии Департамента здравоохранения Москвы. Было высказано предположение о наличии лейкоэнцефалита и рекомендовано продолжить противосудорожную, противовирусную терапию в прежних дозировках. Помимо вышеуказанной терапии пациентке проводилась инфузионная, противоотечная, реологическая, гипотензивная, симптоматическая терапия, коррекция ввода электролитов, коррекция КЩС, профилактика тромбозомболических осложнений, стрессовых язв.

Женщина ежедневно многократно осматривалась гинекологом, неврологом, окулистом, терапевтом, оториноларингологом, инфекционистом. Выполнялись ультразвуковые исследования плевральных полостей, брюшной полости, почек, малого таза, доплерография сосудов нижних конечностей, эхокардиография, кальцетониновый тест. 29 июня отмечено появление лейкоцитоза на фоне нормальной температуры. 30 июня состояние без положительной динамики. Сохранялось угнетенное сознание. Периодическое психомоторное возбуждение. Появилась фебрильная температура. Переведена на искусственную вентиляцию легких в принудительном режиме.

В связи с неясной картиной заболевания пациентка консультирована научным сотрудником отделения острых нейроинфекций, неврологом и главным внештатным специалистом акушером-гинекологом Департамента здравоохранения Москвы. Рекомендованы: проведение контрольной магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием, плазмаферез, усиление антибактериальной терапии. 1 июля проведен обменный плазмаферез. Однако состояние пациентки без положительной динамики. В 14:50 пациентка переведена в операционную в крайне тяжелом состоянии. Диагностическая лапароскопия выявила наличие

сегментарного тромбоза мезоартериального терминального отдела подвздошной кишки, правой половины толстой кишки, что обусловило выполнение лапаротомии и гемиколэктомии с формированием илеотрансверзоанастомоза.

В 17:30 пациентка переведена в реанимационное отделение в крайне тяжелом состоянии. Продолжена искусственная вентиляция легких. Инфузия норадреналина. Но через 2 часа после перевода в реанимационное отделение у пациентки развился геморрагический синдром с острой кровопотерей, острая постгеморрагическая анемия. Начата гемостатическая инфузионная терапия, гемо- и плазмотрансфузии, терапия с эффектом. Кровотечение остановилось.

Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, нарастала полиорганная недостаточность, олигурия, метаболический ацидоз. 2 июля начата экстракорпоральная коррекция гомеостаза. Состояние без положительной динамики. На фоне увеличения инфузии вазопрессорных препаратов 2 июля в 8:50 зафиксирована остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут без эффекта. В 9:30 констатирована биологическая смерть. Результаты вскрытия пациентки докладывал врач-патологоанатом ГКБ № 31 Андрей Бирюков:

— Патологоанатомическое вскрытие умершей было проведено 3 июля, на следующие сутки после смерти. На основании осмотра был сформулирован



Леонид ПЕЧАТНИКОВ: «Меня бы вполне устроил диагноз: «системный васкулит», который необходимо было бы расшифровать»

патологоанатомический диагноз: «комбинированное основное заболевание». Первое основное заболевание: очаговые внутримозговые кровоизлияния различной степени давности на фоне мальформации мелких артериальных сосудов головного мозга, осложнившее течение послеродового периода. Второе — холестатический гепатоз с внутрипеченочным холангитом.

Заключение по акушерской части ведения пациентки давал главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы Александр Коноплянников. По его мнению, причиной смерти пациентки стала эклампсия после родов. Специалист также отметил ряд нарушений положений нормативных актов Департамента здравоохранения Москвы, допущенных в ходе лечения пациентки.

Анализируя данные анализов пациентки, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения Москвы Алексей Бойко, отметил дифференциальный характер диагноза:

— Первый вариант — вторичное поражение головного мозга на фоне системных процессов: васкулопатии с нарушением свертывающей системы, энцефалопатии с эпилептическим синдромом. Второй — следствие общей инфекции, аутоиммунный энцефалит, в том числе, возможно, первичный аутоиммунный энцефалит как вариант острого рассеянного энцефаломиелита или геморрагический энцефалит Херста. Менее вероятно текущая нейроинфекция, от чего отказались. В данном случае, при наличии эписиндрома, мне кажется, большое значение сыграли данные МРТ, которые были расценены как первичное очаговое поражение головного мозга. Хотя такие очаги могут наблюдаться и при системной красной волчанке, и при гранулематозе Вегенера, и при идиопатических заболеваниях. Если имеется очаговая неврологическая симптоматика, мы в первую очередь исключаем антифосфолипидный синдром, а потом уже думаем о том, что это первичное неврологическое заболевание, хотя по клинике и по МРТ вариантов атипичного течения таких аутоиммунных энцефалитов очень много. Уверен, что пациентка с самого начала при наличии выкидышей, факта преждевременных родов заслуживала более внимательного отношения.

Существенные замечания высказал по обсуждаемой истории болезни профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова Марк Курцер:

— Я давно работаю в акушерстве и хочу отметить два обстоятельства: молодая женщина родила сама и изначально пришла в родильное отделение на своих

ногах. Встает вопрос: что такого произошло в родильном отделении, что пациентка, пришедшая своими ногами, заболела всем? Я не знаю, что можно было еще не указать в качестве причин смерти, она погибла от всего. У меня это вызывает сомнение. Но вместе с тем есть ряд вещей, на которые я хотел бы обратить очень серьезное внимание. Первое. Почему это эклампсия? Потому что всегда эклампсия сопровождается задержкой жидкости. Как мы определяем задержку жидкости у родильниц? Лактостазом. Никакой не гнойный мастит, а лактостаз. У нее жидкость пришла во все органы. Второе. Обязательно, помимо магнезиальной терапии, всегда идет нейролептанальгезия. Мы всегда пользуемся дроперидолом. Мы начинаем вводить дроперидол, к нейролептанальгезии добавляем реланиум, иногда даже переводим на искусственную вентиляцию легких. Третье. Обязательная катетеризация центральной вены, мы должны посмотреть ЦВД. Четвертое. Врач новой школы пытается сразу лечить и предлагает инфузионную терапию. Но искусственное создание гипervолемических состояний «добывает» наших пациентов. На ранних этапах обязательно проводить ультрафильтрацию, «отжимать» этих пациентов. Обязательное условие — лечение с использованием экстракорпоральных методов. Если это все делать, есть вероятность того, что пациентка может быть спасена.

Подводя итоги обсуждения, Леонид Печатников отметил:

— Эта история очень поучительная. Прежде всего тем, что ни на одном этапе лечения не был в достаточной степени оценен и проанализирован предшествующий анамнез пациентки. Выкидыш и состояние, предшествующее роковой беременности, были не просто так. Да и сам факт преждевременных родов у опытных акушеров всегда вызывает вопрос: почему 27-летняя женщина, вроде бы здоровая, должна была родить преждевременно? И здесь мы, как мне кажется, сталкиваемся с тем, что изначально совсем здоровой она как раз и не была. Марк Аркадьевич сказал замечательную фразу: она заболела всем. А заболеть всем можно только в одном случае, когда есть системный васкулит. Не мифические мальформации в головном мозгу, а системное, полиорганное воспалительное (аутоиммунное)

4
ЧАСА

**провела пациентка
в ГКБ № 68, куда по-
ступила с впервые
возникшим эписин-
дромом**

поражение мелких артерий, как это бывает при системных заболеваниях. В конечном счете не было такого органа, где не были бы поражены сосуды. Это, конечно, диагноз синдромный, не нозологический, но, на мой взгляд, очевидный. Если бы доктора выставили этот патогенетический диагноз, то вполне могли бы прийти и до нозологического, а если бы и не дошли, то патогенетическое лечение начали бы гораздо раньше. На последнем этапе у пациентки развивается тяжелая сосудистая патология. И то, что у нее изначально имелась некая предрасположенность к коагулолопатии, а на конечном этапе болезни развилась тромботическая тромбоцитопеническая пурпура и гемалитикоуремический синдром, по клинике совершенно очевидно. Поэтому меня бы вполне устроил диагноз: «системный васкулит», который необходимо было бы расшифровать. Эта история поучительна именно с точки зрения особенностей подхода к знанию вообще и пополнению своего профессионального багажа в

частности. Хотя очевидно и то, что не может в Москве, поступившая в клинику с впервые возникшим эписиндромом молодая женщина быть выписана через 4 часа даже без попытки разобраться, в чем причины этого эписиндрома. Специалисты ГКБ №

68 были обязаны искать причину возникновения припадка. Что касается всех дальнейших осложнений, совершенно понятно, что она вошла в эпистатус. На этом фоне все ее сосудистые расстройства только усугубились. Но повторю, что для того, чтобы у 28-летней женщины за 3-е суток развились все эти осложнения, должен был быть изначально какой-то повод. И печально, что

на повышенный непрямой билирубин, который фиксировался у пациентки с самого начала, никто не обратил внимания. Еще раз обращаю ваше внимание: впервые возникшая стенокардия, впервые возникший эписиндром, особенно в молодом возрасте, это такой сигнал, не обратить внимание на который, с точки зрения врача, — преступление.



ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИЙ ЭПИСИНДРОМ, ОСОБЕННО В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ, ЭТО ТАКОЙ СИГНАЛ, НЕ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА КОТОРЫЙ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧА, — ПРЕСТУПЛЕНИЕ.

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

ПО ЕВРОПЕЙСКИМ СТАНДАРТАМ

Российские пациенты могут получать помощь уровня, неотличимого от аналогичной помощи в лучших клиниках Европы. Одним из показательных примеров того, как успешно интегрировать международные стандарты в современное российское здравоохранение, в ближайшее время станет Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы. О сложностях и «подводных камнях» процесса выстраивания в России медицины по европейскому образцу рассказал главный врач Морозовской ДГКБ Игорь КОЛТУНОВ.

Лечить с комфортом

Морозовская детская больница — один из ведущих детских стационаров города — в настоящее время переживает сложный процесс реконструкции и модернизации.

В 2014 году в рамках реорганизации в состав больницы вошли филиалы: № 1 «ДГКБ № 3 восстановительного лечения», № 2 «Измайловская больница», № 3 «Детская инфекционная клиническая больница № 5». Теперь МДГКБ активно занимается их развитием. Впрочем, не теряет актуальности и работа на исторической территории, где полным ходом идет строительство нового корпуса, по завершении которого больница обещает стать одной из лучших скорпомощных клиник в Европе.

— Перед нами поставлена задача — создать высокотехнологичное современное медицинское учреждение, в котором будут представлены все виды медицинских услуг практически всех профилей педиатрической помощи, способное применять самые передовые технологии лечения, которые только есть в современном детском здравоохранении, — рассказывает Игорь Колтунов. — Это позволит обеспечить пациентам не только качественную медицинскую

помощь в соответствии с европейскими медицинскими стандартами, но и создать соответствующий уровень комфорта. Сейчас, к сожалению, это возможно далеко не всегда, так как большинство больничных корпусов были построены по проектам середины прошлого века, когда к организации лечебного процесса предъявлялись другие требования.

Согласно плану модернизации на территории больницы, где сегодня располагаются три десятка старых инфекционных корпусов, в 2016 году появится новое семиэтажное здание общей площадью 63 тыс. кв. метра. Новый корпус будет рассчитан на 500 коек. В нем планируется разместить 15 функциональных отделений, в том числе онкологическое и онкогематологическое, отделения нейрохирургии и нейроонкологии, а также первое в городской системе здравоохранения отделение трансплантации костного мозга. Отделения будут оснащены самым современным инженерным и медицинским оборудованием: комплексными роботизированными операционными Да Винчи, интегрированными операционными OR1, магнитно-резонансными томографами, ангиографическими роботизированными комплексами.

Комплексное развитие

Впрочем, уже сегодня Морозовская больница — одна из лидеров среди детских клиник. Качественный рывок вперед позволила сделать программа модернизации здравоохранения, в рамках которой в больницу было поставлено 1605 единиц медицинского оборудования на общую сумму более 663 млн рублей.

— Появление современной техники позволило нам значительно повысить технологичность лечебного процесса, появилась возможность сократить количество коек и необоснованных госпитализаций. Такой подход позволяет нам качественно оказывать медицинскую помощь пациентам по тем же стандартам и примерно с той же скоростью, что и в Европе, а показатели средней продолжительности госпитализации пациента в стационаре в нашей клинике, в среднем 6 койко-дней, вполне сопоставимы с европейскими, — отмечает Игорь Ефимович. Поскольку в рамках выстраивания в столице трехуровневой системы медицинской помощи с переходом на двухуровневую, многие пациенты, проходившие лечение в стационаре, сейчас имеют возможность получить эту помощь амбулаторно, основной акцент в развитии стационаров сделан на совершенствовании скорой и высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Для решения данной задачи на базе Морозовской больницы было открыто несколько новых отделений — детской гинекологии, гастроэнтерологии, современной эндоскопии. Такое расширение функционала позволит применять комплексный подход к лечению пациентов без привлечения сторонних специалистов.

Развитие различных видов специализированной медицинской помощи — неотъемлемая черта современного скоромощного детского стационара. В настоящее время в Морозовской больнице функционирует клиника оториноларингологии, клиника офтальмологии и микрохирургии глаза, клиника ургентной и плановой хирургии, клиника плановой и экстренной неврологической помощи и клиника гастроэнтерологии с кабинетом эндоскопии, клиника экстренной и неотложной лучевой диагностики. На базе больницы работают несколько городских центров — Центр гематологии и онкологии, Центр детской эндокринологии, Центр детской ревматологии и Центр репродуктивного здоровья детей и подростков. В апреле 2014 года на базе отделения реанимации и хирургии больницы заработал первый в России городской Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков (Центр детского инсульта), где будут проходить лечение дети и подростки с цереброваскулярными заболеваниями.

— Прежде дети с такими патологиями были разбросаны по всем больницам города. При этом часть диагнозов ставилась неправильно, и соответственно не оказывалась квалифицированная специализированная помощь. Теперь дети любого возраста, с любыми видами нарушения мозгового кровообращения могут экстренно пройти полное обследование и лечение в рамках одного многопрофильного стационара с обеспечением преемственности стационарной помощи, наблюдения и медицинской реабилитации, — подчеркивает Игорь Колтунов.

В планах руководства клиники — освоение реконструктивной хирургии, нацеленной на помощь детям, нуждающимся в косметических операциях после серьезного лечения. Создано специализированное отделение реабилитации на базе филиала №1 в Рузском районе Московской области.

Большое внимание в клинике уделяют и квалификации кадров.

— У нас будут расти требования к квалификационным навыкам и обучению среднего медицинского персонала, — комментирует главврач. — Наши медицинские сестры должны будут научиться выполнять технологически более сложные манипуляции. Таким образом, устроена работа всех современных медицинских госпиталей в мире. Перераспределение нагрузки позволяет освободить от выполнения непрофильных обязанностей врача и таким образом повысить эффективность и его работы тоже.

Иначе нельзя

Один из основных трендов государственной политики в сфере здравоохранения последних лет — оптимизация затрат на стационарную медицинскую помощь. В качестве одного из главных механизмов для работы в этом направлении указывается интенсификация использования больничных ресурсов. Очевидно и то, что этот процесс многие медики сегодня воспринимают без энтузиазма. Однако, по словам Игоря Колтунова, работа в этом направлении неизбежна:

— В 2015 году в ОМС полностью войдут все расходы, бюджет ничего уже компенсировать не будет. Поэтому медицинское учреждение заинтересовано в том, чтобы больные выздоравливали, получали качественные медицинские услуги, долго не лежали в стационаре, чтобы лечение было эффективным, качественным, а койко-день коротким. Сейчас, согласно программе модернизации, проводимой правительством г. Москвы, во всех округах открыты КДЦ, где представлены все возможности для полноценного амбулаторного обследования и лечения пациента. Это признанная общемировая практика, позволяющая избежать сопутствующих инфекций, внутрибольничного инфицирования, развития госпитализма. Медикам сегодня важно понимать: больные не могут лежать по 15—20 дней в стационаре, это же не санаторий, не дом отдыха. Их надо лечить, а не наблюдать за ними. Основная сложность в том, что при сохранении количества пролеченных больных клиника будет работать с меньшим коечным фондом. Конечно, это потребует определенных усилий от коллектива. Однако по-другому не получится.

В качестве примера главный врач приводит опыт одной из клиник Израиля. Несколько месяцев назад группа руководителей здравоохранения Москвы посетила страну с целью практического знакомства с работой израильских клиник.

— В рамках визита в израильские клиники мы посетили Медицинский центр имени Хаима Шиба, недалеко от Тель-Авива. Меня поразил факт неукоснительного выполнения стандартов лечения больных, на которых завязано все программное обеспечение клиники. Это дает возможность учитывать буквально каждую расходующую на пациента копейку. Честно говоря, у нас пока эти процессы находятся в стадии становления, но думаю, что в ближайшее время мы должны взять на вооружение такие принципы организации процессов в здравоохранении, — делится впечатлениями Игорь Колтунов.

Впрочем, даже сегодня многие московские клиники, по его словам, вполне могут конкурировать и с израильскими, и с европейскими. По мнению главного врача Морозовской больницы, основная задача руководителя любого современного детского медицинского учреждения заключается в том, чтобы сделать пребывание в нем ребенка максимально небольшим:

— Нам нужно уйти от всего, что напоминает нам коридорную систему советских времен, когда пациент был вынужден лежать в 7-, 8-местной палате. Этому требованию должны соответствовать и интерьеры, и дизайн, и уровень общения с медицинским персоналом. Все эти изменения проводятся благодаря программе модернизации здравоохранения г. Москвы.

Подготовила
Татьяна КОЛБАСОВА

ПРИЯТНЫЕ ХЛОПОТЫ

В рамках реформы столичного здравоохранения детские стационары переживают серьезные изменения. Каким образом они изменяют качество медицинской помощи детям в системе городского здравоохранения на примере одного из крупнейших детских стационаров города – Детской городской клинической больницы №9 им. Г. Н. Сперанского Департамента здравоохранения г. Москвы – в интервью «Московской медицине» рассказал главный врач учреждения Анатолий КОРСУНСКИЙ.

Структурные улучшения

Сегодня Детская городская клиническая больница №9 – современный многопрофильный стационар на 985 коек, оказывающий широкий спектр высокотехнологичных медицинских вмешательств разного профиля, а также один из ведущих хирургических центров для детей с травмами и ожогами высокой и средней тяжести. На базе больницы открыты общегородские центры детской урологии-андрологии и патологии тазовых органов, ожоговый центр, центр артрологии и реабилитации детей с заболеваниями и травмами суставов, консультативно-диагностический центр детской иммунологии и аллергологии. В целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи детям, проживающим в Северном и Северо-Восточном административных округах, в филиалах больницы осуществляется прием специалистов по всем важнейшим специальностям, в том числе, таким как аллергология-иммунология и детская урология-андрология.

Значительно улучшить условия оказания медицинской помощи в стационаре позволила реализация Программы модернизации здравоохранения столицы, в рамках которой было закуплено современное медицинское и диагностическое оборудование для отделения новорожденных, современные аппараты ИВЛ, наркозно-дыхательная аппаратура, операционные столы и светильники, передвижные рентгеновские аппараты, рентгенноустановка и МРТ, произведено дооснащение оперблока, диагностической и рентгенологической служб и реанимационных отделений.

Еще одним серьезным шагом к реновации учреждения стало присоединение к больнице Детской инфекционной больницы №12 с поликлиникой и Городской детской больницы №21, а также запуск в октябре 2012 года нового оснащенного всем необходимым технологическим и медицинским оборудованием детского инфекционного корпуса на 200 коек, позволяющего обеспечить полную изоляцию инфекционных больных и совместное пребывание матери и ребенка.

Все вышеперечисленные факторы, по мнению руководства клиники, позволили существенно повысить качество и доступность оказания медицинской помощи детям.

— Внедрение современных методов лабораторной диагностики, в том числе экспресс-диагностики, современных методов функциональной и лучевой диагностики, новых методов лечения, стационарозамещающих технологий позволило за полтора года сократить коечный фонд для детей на 20% и простой койки, в то же время увеличив количество детей, пролеченных в стационаре, на 15%, — рассказывает Анатолий Корсунский.

Первая помощь

Работа по совершенствованию медицинской помощи пациентам, пострадавшим в результате травм и ожогов, позволило больнице стать ведущим звеном педиатрического профиля в структуре Всероссийской службы медицины катастроф.

Уникальная структура ожогового центра больницы включает подразделения острых термических поражений, реконструктивно-пластической хирургии и службы реабилитации, в том числе психологической поддержки. Разработан и внедрен новый алгоритм реабилитации детей с ожоговыми травмами, что позволяет сократить объем оперативных вмешательств, оптимизировать сроки оказания комплексной реабилитационной помощи. В центре применяются современные методы лечения ожогов, включающие определение глубины поражения кожного покрова с помощью доплеровской флуометрии, кровосберегающие технологии, радио- и гидрохирургические некрэктомии, раневые покрытия, снижающие травматизацию раневой поверхности и ускоряющие процессы регенерации, — с гордостью констатирует Анатолий Александрович.

По-настоящему уникальными, по его мнению, являются технологии, применяемые в клинике для выхаживания детей после тяжелых ожогов.

— Нашими специалистами используются объективные методы идентификации типа рубцовой ткани с целью проведения дифференцированной консервативной терапии, обоснования сроков конструктивно-восстановительных операций. При этом фактически все инновационные технологии, применяемые сегодня в комбустиологии детского возраста (культивированные ауто- и аллоклетки, современные раневые покрытия, вакуумная терапия ран и т.д.) были разработаны и внедрены при непосредственном участии сотрудников подразделений, — отмечает главный врач больницы.

Скрытые возможности

В ноябре 2014 года на базе филиала больницы открывается отделение реабилитации. Первая очередь рассчитана на 25 коек круглосуточного и 10 коек дневного



УНИКАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА БОЛЬНИЦЫ ВКЛЮЧАЕТ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОСТРЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ, РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ.

пребывания. В новом отделении смогут проходить реабилитацию пациенты с последствиями инфекционного поражения ЦНС, спинномозговых травм, пациенты с поражениями нервов, нервных корешков и сплетений в результате ожогов, сочетанной травмы и переломов. В отдельных палатах с высоким уровнем комфортности детям будет оказываться реабилитационная помощь, включающая консультации высококвалифицированных специалистов и полный комплекс диагностических услуг.

— Приходится констатировать, что в нашей стране зачастую, после того как жизнь больного спасена, его дальнейшее восстановление, реабилитацию организовать очень непросто. Несколько месяцев назад в качестве участника обучающего семинара для руководителей здравоохранения, организованного Департаментом здравоохранения г. Москвы, мне довелось побывать в клинике имени Хаима Шибя, расположенной в Израиле, недалеко от Тель-Авива. Среди направлений, которые особо привлекли мое внимание, хотелось бы отметить организацию процесса реабилитации пациента, которая, как правило, начинается еще в стенах стационара. Весь процесс реабилитации четко выстроен, поставлен на поток. Это то, к чему мы тоже сейчас поэтапно подходим, — рассказывает Анатолий Корсунский.

Еще одно важное направление, которое планирует сейчас активно развивать Детская больница имени Сперанского, — паллиативная медицина. В рамках второй очереди капитального ремонта филиала №2 планируется открытие отделения паллиативной помощи. В штатном расписании предусмотрены все необходимые специалисты, включая психологов и выездную бригаду для оказания паллиативной помощи на дому.

И здесь Анатолий Александрович снова вспоминает про зарубежный опыт. В Израиле, по его словам, медучреждения в целом гораздо более открыты для родственников пациентов, а в палатах есть дополнительные места на тот случай, если кто-то из близких будет необходим персоналу в качестве помощника.

— В отделении паллиативной помощи клиники имени Хаима Шибя родителям созданы условия для пребывания рядом с ребенком, в каком бы состоянии он ни был. Вообще уровень медицинской этики и деонтологии мне показался очень высоким, и тут нам есть чему поучиться у израильских коллег, — говорит он. — Поэтому в проекте отделения паллиативной помощи нашей больницы, поддержанном Департаментом здравоохранения города Москвы, предусмотрена возможность совместного пребывания родителей с детьми в отдельных палатах.

В целом же, отмечает наш собеседник, у больницы большой потенциал. Как в отношении профессионального роста сотрудников, так и в части выстраивания более эффективной системы управления качеством. В числе приоритетов клиники на ближайшие годы значится выстраивание эффективной системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи, информатизация отделений и совершенствование алгоритма внедрения в лечебный процесс инновационных технологий.

— Хотелось бы отметить открытость, с которой израильские коллеги рассказывали о различных проблемах клиники и поиске путей их решения, — говорит Анатолий Корсунский. — В ходе командировки мы увидели, как поэтапно решались и решаются вопросы качества, оптимизации кадровой политики, внедрения медицинских технологий на уровне конкретной больницы. А ведь это очень важно, поскольку каждый пациент судит о развитии здравоохранения прежде всего по собственному опыту получения медицинской помощи.

МОДЕЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Проведенная руководством города и столичным Департаментом здравоохранения реформа принципиально изменила качество медицинской помощи в Москве, считает главный врач городской клинической больницы им. С.П. Боткина Алексей ШАБУНИН. О том, как эти изменения отразились на работе врачей и что принесли они пациентам, он рассказал нашему корреспонденту.

Курс на оптимизацию

Одним из важнейших результатов реформ стала созданная в Москве первая в России трехуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению, считает Алексей Шабунин. Первый уровень — поликлинический, на котором осуществляется организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний, формированию здорового образа жизни. На втором уровне амбулаторными центрами проводится диагностика и лечение заболеваний, требующих применения специальных методов исследования. Третий уровень представляют консультативно-диагностические центры, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

Другим не менее важным шагом стала реорганизация системы оказания стационарной помощи.

— Количество стационарных коек в Москве значительно превышает необходимое. На сегодняшний день это более 100 тыс. коек, которые интенсивно «работают» зимой и мало загружены в летнее время. В среднем 20—30% коечного фонда простаивает, содержать их неправильно и нелогично, — отмечает Алексей Шабунин.

— Поэтому был взят курс на оптимизацию коечного фонда. Требовалось сохранить то, что востребовано, и сократить то, что не работает. С этим связано создание крупных объединений лечебных учреждений.

Сколько нужно коек?

Объединение коснулось и Боткинской больницы. Она и прежде считалась самой крупной в Москве, располагая фондом в 2000 коек, из которых более 1000 — хирургического профиля. В ходе реформ к Боткинской больнице были присоединены и стали ее филиалами офтальмологическая клиническая больница, родильный дом №32, ГКБ №19. В результате количество коек выросло до 2700.

— Если подходить к процессам оптимизации формально и схематично, встает логичный вопрос: нужно ли городу большое число коек офтальмологического профиля? — рассуждает Алексей Шабунин. — Учитывая опыт европейских стран, где офтальмологических больниц нет, помощь оказывается амбулаторно, а в случаях тяжелых патологий вмешательство проводят в многопрофильном стационаре, их число вроде бы следует сокращать. Однако после объединения руководство больницы, изучив статистические данные, пришло к выводу, что востребованность офтальмологической клиники огромна, койки данного профиля стабильно загружены, очередь на госпитализацию составляет 2,5—3 месяца. Кроме того, среди больных данного профиля многие страдают сопутствующими тяжелыми соматическими патологиями и требуется мультидисциплинарный подход к их лечению, который легче осуществить именно в условиях многопрофильной больницы. Таким образом, рациональный под-

ход к оптимизации коечного фонда в данной ситуации показал, что правильнее будет сократить пустующие терапевтические койки, а офтальмологическую клинику сохранить. Алексей Шабунин заверяет, что так и будет сделано: офтальмологическую клинику приведут в порядок, оптимизируют организацию труда, создадут «правильную» логистику, наладят полноценную работу операционных блоков. После чего при сохранении имеющегося коечного фонда она будет работать еще эффективнее.

Попадут под сокращение в процессе реорганизации около 700 коек терапевтического профиля. Но, по словам главного врача Боткинской больницы, это будут именно те койки, которые работают недостаточно интенсивно, и потребности в их сохранении нет.

— Конечно, подобные сокращения коечного фонда — непростой путь, — признается Алексей Шабунин. — Но это единственная возможность сохранить достаточное финансирование востребованных коек, прежде всего для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкологическими заболеваниями.

Главврач поделился информацией, что на базе Боткинской больницы уже организован региональный сосудистый центр, который принимает больных с заболеваниями сосудов головного мозга и коронарных сосудов, инфарктами и инсультами.

Поможет робот

За период модернизации в ГКБ имени С.П. Боткина было поставлено более 3 тыс. единиц медицинской техники.

— Мы получили КТ и МРТ, эндоскопическую, ультразвуковую технику. Мы даже получили гастроскоп с ультразвуковым датчиком, — делится Алексей Шабунин. — Все это в сочетании с обучением врачей современным технологиям позволит нам реально улучшить показатели здоровья населения Москвы.

Особо главврач выделяет принятую руководством города и Департамента здравоохранения беспрецедентную программу оснащения медучреждений Москвы робот-ассистированной хирургической системой Да Винчи. В конце прошлого года



**СОЗДАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ХОЛДИНГОВ
ПОЗВОЛЯЕТ КОНЦЕНТРИРОВАТЬ НЕ ТОЛЬКО
СИЛЫ И СРЕДСТВА, НО И ФИНАНСОВУЮ
ПОДДЕРЖКУ, И РЕАЛЬНО УЛУЧШИТЬ
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ.**

столичным здравоохранением было приобретено сразу четыре комплекта оборудования робота Да Винчи, стоимостью около 2 млн долларов каждый. Один из них достался Боткинской больнице. Параллельно с закупкой роботов шло обучение врачей работе с ними. Используя новое оборудование, хирурги могут предложить минимально инвазивный метод при самых сложных операциях.

— Еще недавно при проведении хирургического вмешательства традиционным методом пациенту делалась полостная операция, с большим разрезом, — поясняет Алексей Шабунин. — Лапароскопическая методика Да Винчи позволяет через тончайший 7-миллиметровый троакар ввести четыре «руки» робота в организм пациента. При этом специалист контролирует каждый аспект хирургического вмешательства. Хирург находится за специальной консолью, смотрит на трехмерное изображение монитора, к его пальцам прикреплены манипуляторы, и все действия хирурга «руки» робота повторяют внутри пациента. Но если рука хирурга может повернуться лишь на 180 градусов, то мобильная рука робота — на 540, а 3D камеры высокого разрешения дают максимально полное изображение места операции. Все это в разы повышает возможности хирурга.

Благодаря своевременному обучению сегодня в Боткинской больнице на аппарате Да Винчи работают несколько бригад хирургов, за полгода с использованием этой уникальной технологии ими выполнено около 100 хирургических операций. Более того, в больнице вплотную подошли к тому, чтобы при помощи робототехники выполнять аортокоронарное шунтирование. Как пояснил наш собеседник, до последнего времени для выполнения подобной операции по традиционной технологии приходилось делать стернотомию — огромный разрез через всю грудину. Робототехника позволяет ограничиться при проведении шунтирования несколькими проколами, что значительно уменьшает травматичность вмешательства.

И это справедливо

До недавнего времени складывалась ситуация, когда небольшие больницы, в которых отсутствовало современное оборудование, зарабатывали по ОМС гораздо больше денег, чем крупные ЛПУ, обладающие высокотехнологичными диагностическими подразделениями, круглосуточной ангиографией, компьютерной и магнитно-резонансной томографией, рассказывает Алексей Шабунин. Излишне говорить при этом, что в крупном стационаре больной, например с инфарктом, получал более квалифицированную и серьезную помощь.

В конце 2013 года руководством здравоохранения города была определена дифференцированная оплата за лечение таких пациентов.

— Если подобному пациенту в реанимационном отделении поставили капельницу, за это полагается определенная сумма, — объясняет Алексей Шабунин. — Но если поступившему больному оперативно проведена коронарография, установлен коронарный стент, в этом случае оплата увеличивается в 3—4 раза.

И это, по мнению главврача, справедливо. Тем более что подобное финансовое нововведение уже приводит к значительному снижению летальности у больных с инфарктом миокарда, что подтверждают результаты работы в том числе и Боткинской больницы.

Берем только лучшее

Последние годы Департамент здравоохранения Москвы реализует программу обучения медицинского персонала в лучших зарубежных клиниках.

— Раньше врачи выезжали на стажировку за границу и после этого долгое время находились в депрессии, так как тех технологий и оборудования, на которых они стажировались, в нашей стране не было, — подчеркивает Алексей Шабунин.

— Зарубежные стажировки медперсонала сегодня позволяют не просто расширить кругозор, а привносить новые технологии и методики в нашу повседневную практику. Причем мы не настолько богаты, чтобы использовать не самые передовые технологии, берем только лучшее.

Только в Боткинской больнице за последний год свыше 20 специалистов побывали в ведущих клиниках Германии, Швейцарии, Израиля, Франции, где прошли стажировки по 10 специальностям. И прошли обучение не только врачи, но и медицинские сестры.

— Что нам это дает? Прежде всего мы перенимаем новые технологии, — объясняет Алексей Шабунин. — Вот пример: наши специалисты по эндокринной хирургии, вернувшись из Южной Кореи, уже в течение первого месяца выполнили лапароскопическую резекцию щитовидной железы по новой технологии. При этом для доступа к органу производились не привычные разрезы на шее, а выполнялись проколы в подмышечной области. Так как заболеваниями щитовидной железы страдают преимущественно женщины, то применение данной методики позволяет избежать косметического дефекта. Еще следует поучиться у зарубежных медиков правильной организации труда в клиниках. Например, у коллег из Государственной больницы им. Хаима Шибя — самой крупной в Израиле, где в течение двух недель стажировались врачи Боткинской больницы. — В этой клинике продумано все, — делится впечатлениями главврач. — Очень большая научная составляющая. Клиника оказывает помощь пострадавшим во время военных действий. Мы очень многое взяли у этой организации.



**СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА ГЛАВНОГО ВРАЧА
— СЛЕДОВАТЬ МОДЕЛИ РАЦИОНАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ, ГРАМОТНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
СИЛЫ И СРЕДСТВА, СОКРАЩАТЬ РАСХОДЫ,
УВЕЛИЧИВАТЬ ДОХОДЫ, ВНЕДРЯТЬ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ, УНИКАЛЬНЫЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, БЫСТРО И ЭФФЕКТИВНО
ПОМОГАТЬ ПАЦИЕНТАМ.**

Мы очень многое взяли у этой организации.

После ряда террористических актов в Москве подобный опыт накоплен и у Боткинской больницы. Ее близость к центру города, многопрофильность и наличие большого числа реанимационных коек, естественно, ведут к тому, что коллектив больницы принимает самое активное участие в оказании медицинской помощи людям, пострадавшим во время чрезвычайных ситуаций.

А еще наших врачей в Израиле поразил тот факт, что томография там работает круглосуточно, больному, например, могут назначить исследование на 2 часа ночи, и пациенты приезжают на такие процедуры в любое время суток. Это позволяет снизить очередь на МРТ, увеличить доступность обследования.

— Это тоже разумно, — комментирует Алексей Шабунин. — Правда, у нас назначение на 2 часа ночи пациенты вряд ли поймут. Но сделать работу томографии не круглосуточной, а хотя бы продлить до 10—11 вечера, организовать работу не в две, а в три смены, мне представляется вполне реальным.

Первые шаги в этом направлении уже делаются. В Боткинской больнице есть большое подразделение гемодиализа для больных с почечной недостаточностью, раньше оно работало в две смены. Когда подсчитали затраты, поняли, что гораздо правильнее и для учреждения, и для пациентов работать в три смены. Изменили график работы, и теперь последние пациенты приезжают сюда в 9 часов вечера. Кто-то во время многочасовой процедуры гемодиализа смотрит телевизор, кто-то спит, а утром пациенты отправляются домой или на работу, продолжая вести полноценный образ жизни.

— Правильная логистика, рациональная маршрутизация, работа медицинского персонала с максимальной эффективностью, продуманный, правильный подход ко всему, четкое распределение обязанностей — все то, что мы видим в европейских клиниках и собираемся внедрять у себя, позволит нам сделать шаги к дальнейшему развитию, — убежден Алексей Шабунин.

— Правильная логистика, рациональная маршрутизация, работа медицинского персонала с максимальной эффективностью, продуманный, правильный подход ко всему, четкое распределение обязанностей — все то, что мы видим в европейских клиниках и собираемся внедрять у себя, позволит нам сделать шаги к дальнейшему развитию, — убежден Алексей Шабунин.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

«Обращаясь за медицинской помощью в больницу имени Л.А. Ворохобова, вы можете быть уверены, что доверяете свое здоровье высочайшим профессионалам своего дела и вам будет оказана высокотехнологичная и эффективная медицинская помощь на самом современном уровне». Эта цитата с сайта больницы перестает читаться как рекламный слоган, напротив воспринимается объективной реальностью после знакомства с учреждением и его руководителем. В клинике за последние 2–3 года произошли серьезные, большие изменения, и связаны они с реформами, которые проведены в системе московского здравоохранения, и кропотливой работой внутри клиники, рассказывает главный врач Городской клинической больницы № 67 имени Л.А. Ворохобова Андрей ШКОДА.

Половина дела

Рассказ об изменениях, произошедших в руководимом им ЛПУ, главврач начал с материальной части:

— За последние 3 года оборудование нашей больницы не просто обновилось, а значительно расширилось: появились аппараты МРТ, ангиограф, оборудование для отделения переливания крови. По программе модернизации только в нашу больницу поставлено свыше 300 единиц медицинской техники. Но само по себе оборудование – это половина дела. Глупо почивать на лаврах, если техника есть, но некому с ней работать. В нашей больнице подобной проблемы нет. К моменту установки в больнице новой медтехники, у нас уже были специалисты,

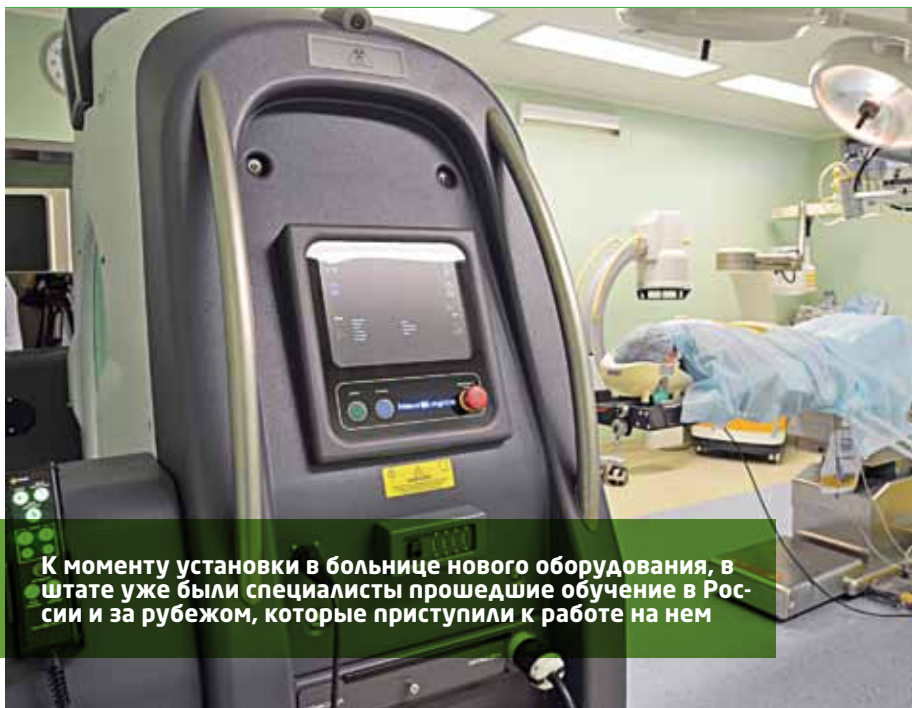
прошедшие обучение и в России, и за рубежом, и которые сразу после тестирования оборудования приступили к работе на нем, стали проводить вмешательства в новых высокотехнологичных операционных.

Обучение врачей проходило в Германии, Швейцарии, Израиле. Благодаря инициированной Департаментом здравоохранения и Правительством Москвы программе обучения московские специалисты получили возможность стажироваться в ведущих клиниках этих стран. Например, руководитель ортопедического отделения больницы Алексей Сорокин проходил стажировку в Швейцарии. Как рассказывает о специалисте главврач, несмотря на молодость, он не только проводит высокотехнологичные операции, но уже имеет своих учеников, которых обучает работе с новыми технологиями. В поездке Алексей Сорокин изучал не только то, как работать на новом оборудовании, а досконально знакомился с новинками в организации всего лечебного процесса, и впоследствии ему удалось воплотить это в своем отделении. А нейрохирурги из ГКБ имени Л.А.Ворохобова наладили тесное плодотворное сотрудничество со специалистами из Германии, и теперь каждый может изучить и перенять опыт немецких врачей. Общение происходит не только в формате обучающих визитов в немецкие и израильские клиники, но и посредством видеосвязи, в т.ч. с использованием телемедицинских технологий.

Примечательно, что программа обучения рассчитана не только на врачей, но и на средний медперсонал. Часть медсестер прошли стажировку в Государственной больнице им. Хаима Шибя в Тель-Авиве, результатом которой стало рождение так называемого сестринского проекта в больнице.

— Мы уже внедрили «сестринский проект», который позволяет поднять качество медицинского обслуживания наших пациентов, — рассказывает Андрей Шкода. — Суть его в том, что за каждой медсестрой закрепляется всего 2—3 палаты, а не отделение целиком. Она полностью занимается обслуживанием «своих» пациентов, и каждый больной теперь знает «свою» медсестру.

Это значительно увеличивает контакт сестры непосредственно с пациентом, уход становится индивидуальным, ведь у каждого пациента свои потребности и свои возможности. Именно изменение подхода к сестринскому процессу позволило добиться лучшего эффекта для закрепления результатов проведенных медицинских вмешательств и сократить реабилитационный период. Несмотря на скепсис, которым был встречен наш «сестринский проект», система, применяемая не один год за



К моменту установки в больнице нового оборудования, в штате уже были специалисты прошедшие обучение в России и за рубежом, которые приступили к работе на нем

рубежом, работает и у нас. Мы продолжим развивать у себя эту организационную модель, основная задача – перевести все отделения больницы на работу по данной модели.

Впервые в Москве, впервые в России

Благодаря программе модернизации в больнице заработали общегородские центры: спинальной хирургии, диабетической ретинопатии, готовится открытие регионального сосудистого центра.

Одно из приоритетных направлений ГКБ имени Л.А.Ворохобова — комплексное обследование и лечение больных с травмами и патологиями позвоночника, повреждениями опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы. Неудивительно поэтому, что именно здесь весной заработал первый городской Центр спинальной хирургии, который оказывает помощь больным с дегенеративными поражениями позвоночника и острыми травмами спины. Возглавил центр известный врач-нейрохирург, врач высшей квалификации Дмитрий Дзукаев.

Предмет гордости центра — высокотехнологичная роботизированная интегрированная операционная, оснащенная самым современным оборудованием. Уникальность операционной определяется в том числе и программным обеспечением, с помощью которого оборудование операционной интегрировано между собой.

— Мы ждали эту технику долго, сегодня она работает, мы оказываем помощь тем пациентам, которым прежде невозможно было помочь, — говорит главный врач. — И, кроме того, значительно влияет на успешность исхода операции и дальнейшей реабилитации больного.

Говоря об инновационных «механизмах» сокращения сроков госпитализации, Андрей Шкода приводит в пример применение при проведении операций в



ГКБ ИМЕНИ Л.А. ВОРОХОБОВА ОКАЗЫВАЕТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫМ, НОВОРОЖДЕННЫМ И ГРУДНЫМ ДЕТАМ, БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ И ПАТОЛОГИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. В СОСТАВ БОЛЬНИЦЫ ВХОДЯТ 43 ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО, КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО, ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО, АКУШЕРСКОГО, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО, НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ, КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР И РАЗЛИЧНЫЕ ВОСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ. СТАЦИОНАР НА 1701 КОЙКУ ПОЗВОЛЯЕТ ЕЖЕГОДНО ОКАЗЫВАТЬ КАЧЕСТВЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ БОЛЕЕ 86 000 ПАЦИЕНТОВ. СЕГОДНЯ В БОЛЬНИЦЕ РАБОТАЮТ БОЛЕЕ 500 ВРАЧЕЙ.



Кроме потребностей больницы мощность Центра лабораторной диагностики позволяет выполнять заказы окружающих поликлиник

больнице израильской технологии «Мишень». Ее использование позволяет сделать оперативные вмешательства, связанные с опухолями и дегенеративными изменениями позвоночника, максимально прицельными. «Мишень» представляет собой симбиоз информационного, навигационного и операционного оборудования, с помощью которого через небольшие разрезы можно получить доступ непосредственно к участку поражения. Благодаря применению этой технологии здоровые ткани, окружающие проблемную зону, практически не страдают, что значительно сокращает период реабилитации пациента, через 2—4 дня после операции его выписывают на реабилитационное лечение.

Ранее пациенты, нуждающиеся в высокоточном оперативном спинальном вмешательстве, могли получить помощь лишь в медицинских центрах других стран, но это было сопряжено с трудностями транспортировки и высокой стоимостью лечения, что не могло не сказываться на доступности данного вида лечения.

— Почему мы стали первыми? У нас крупнейшая в Москве спинальная служба, — объясняет Андрей Шкода. — 90 коек только для хирургии позвоночника. Такой службы нет даже в Европе. По факту мы давно уже выполняли функции общегородского центра спинальной хирургии, а в этом году центр, наконец, обрел официальный статус. наших кадровых сил, квалификации, мощностей оборудования хватает, чтобы оказывать помощь всем нуждающимся. И мне хотелось бы подчеркнуть, что все лечение проводится в обычной городской больнице.

Сегодня главный врач больницы имени Л.А.Ворохобова с гордостью говорит, что операционные вмешательства, проводимые в Центре спинальной хирургии, способны удивить даже самых опытных зарубежных специалистов. Коллеги из

Израиля, Германии, Венгрии, работающие по направлению спинальной нейрохирургии, побывав в Центре, соглашаются, что опыт и умения российских врачей теперь подкреплены соответствующими технологиями, и операции проводятся на европейском уровне.

Благодаря развитию информатизации в больнице стал функционировать свой Центр телемедицины.

— Наша цель – создать команду докторов, которые не только хорошо оперируют, но и владеют IT-составляющей своей работы, — говорит Андрей Шкода. — У нас хороший информационный отдел, есть мощное программное обеспечение, открывающее новые возможности для применения высокотехнологичного оборудования. Мир не стоит на месте, он постоянно развивается, и мы должны развиваться вместе с ним.

Центр телемедицины главный врач относит к элементам управления, ведь система позволяет быть на связи с коллегами из других регионов России и зарубежных стран, проводить дистанционное обучение врачей и оказывать консультативную помощь больным. Применение телемедицинских технологий позволяет специалистам оказывать консультативную помощь пациентам удаленно. Кто-то из коллег обращается в ГКБ имени Л.А.Ворохобова эпизодически, с кем-то подобные теле-встречи проводятся на постоянной основе, например, совместные консультации с врачами Амбулаторного центра №180 в Митино стали регулярной практикой. В ближайшей перспективе — использование телемедицинской площадки для дистанционного специализированного обучения врачей и медицинских сестер и проведения курсов повышения квалификации. Такая возможность обсуждалась с возглавившим недавно созданное Московское объединение врачей Шамилем Гайнулиным.

— Не могу еще раз не отметить, что все это происходит в условиях городской системы здравоохранения, — акцентирует наше внимание Андрей Шкода. — У нас не федеральный медицинский центр, не частная клиника, а обычная городская больница. Но поставленное оборудование делает наше ЛПУ современным.

Лабораторная роботизация

Особый предмет гордости — Центр лабораторной диагностики. Эта уникальная, полностью роботизированная лаборатория способна выполнять весь спектр лабораторных исследований, в том числе бактериологических. Если раньше в лаборатории больницы с потоком анализируемого материала не всегда могли справиться 15—20 сотрудников, то теперь основная работа ложится на технику, которую при сохранении того же объема исследований обслуживают всего 3 специалиста.

Кроме потребностей больницы мощность Центра лабораторной диагностики позволяет выполнять заказы окружающих поликлиник. Прежде маломощные лаборатории поликлиник могли выполнять ограниченный спектр исследований, а результатов некоторых из них приходилось ожидать неделю и более. Теперь же в результате реорганизации городского здравоохранения и включения амбулаторных учреждений



ЛЮБОЕ ВНЕДРЯЕМОЕ НАМИ НОВШЕСТВО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАПРАВЛЕНО НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. КАЖДЫЙ ДЕНЬ К НАМ В БОЛЬНИЦУ ПОСТУПАЮТ ДО 300 ПАЦИЕНТОВ, ЭТО ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ ЦИФРА, И МЫ СПРАВЛЯЕМСЯ С ЭТИМИ ОБЪЕМАМИ. И ТРАВМАТОЛОГИЯ, И НЕЙРОХИРУРГИЯ РАБОТАЮТ ОЧЕНЬ ЭФФЕКТИВНО. ОЧЕРЕДЕЙ В ГКБ ИМЕНИ Л.А. ВОРОХОБОВА НЕТ НИ НА ОПЕРАЦИЮ, НИ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ.

в единую медицинскую информационную систему (ЕМИАС) стало возможным наладить продуктивный контакт с городскими больницами по использованию мощностей стационаров. В результате анализы пациенты могут сдать в поликлинике по месту жительства, материал отправляется в централизованную лабораторию, где проводятся необходимые исследования, а готовые результаты, поступают на рабочий стол врача в поликлинике уже через 40 минут после поступления материала в лабораторию. Пациенту также не придется возиться с бумажками или тратить свое время на дополнительный визит за получением бланков с результатами. Он может получить их у своего участкового врача.

— Такая лаборатория уникальна для государственной структуры, — гордится Андрей Шкода. — Центр лабораторной диагностики значительно расширяет возможности поликлиник и увеличивает в разы доступность медицинской помощи для населения. И это лишь один пример из тех возможностей, которые нам дала программа модернизации.

Критерий профессионализма

В процессе структурных изменений в Московском здравоохранении в состав больницы имени Л.А. Ворохобова влились родильный дом №1 и медико-санитарная часть № 60, обслуживающая ОАО ММП им. В.В. Чернышева.

— Эти медицинские учреждения очень органично вписались в структуру больницы. На базе медсанчасти № 60 мы проводим реабилитационно-восстановительное лечение, — объясняет Андрей Шкода. — Изменение принципа оказываемых услуг в той же медсанчасти сократило ее простой и увеличило рентабельность.

Главврач уверен, что работа больницы с филиалами позволит улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи, а наблюдение и лечение пациентов в профильном отделении сократит сроки пребывания в больнице.

— Это плюс и для пациентов — мало кто любит проводить свое время на госпитальной койке. Гармоничный баланс малоинвазивных инновационных методик лечения и грамотно



Предмет гордости Центра спинальной хирургии — высокотехнологичная роботизированная интегрированная операционная, оснащенная самым современным оборудованием



**ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ ГКБ № 67 —
КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ
И ПАТОЛОГИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ИМЕННО ЗДЕСЬ ВЕСНОЙ ЗАРАБОТАЛ ПЕРВЫЙ
ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.**

организованной реабилитации – это уже давно критерий профессионализма клиники и гарантия скорейшего восстановления качества жизни пациентов. В этом направлении у нас немало поводов для гордости, - поясняет он.

В тесном контакте

Организация новой системы амбулаторной помощи в московском здравоохранении вызвала необходимость наладить тесное взаимодействие с городскими поликлиниками и, поскольку больница имени Л.А.Ворохобова относится к клиникам скорой помощи, также со службой станции скорой медицинской помощи г. Москвы. Одной из эффективных форм совместной работы показали себя расширенные больничные советы. С регулярностью раз в месяц в ГКБ №67 приглашаются руководители амбулаторных центров, которые делятся с коллегами из стационара своими проблемами и совместно с ними намечают пути их решения. К примеру, недавно прошел больничный совет по преемственности в работе с окружной амбулаторной сетью, а до этого проводился совет по преемственности в работе со скорой медицинской помощью. Выявляемые в ходе таких мероприятий проблемы в работе стационаров и амбулаторий оперативно решаются.

Больница работает в тесном контакте с Дирекцией по обеспечению деятельности учреждений здравоохранения СЗАО г. Москвы, которую возглавляет доктор медицинских наук Марьяна Анатольевна Лысенко. Следствием такого взаимодействия стало налаживание преемственности в работе разных звеньев медицинской помощи, взаимопонимание и отсутствие очередей.

— В заключение хотелось бы сказать слова благодарности правительству Москвы за чуткое и внимательное руководство столичным здравоохранением. Именно с приходом нового мэра сбылось то, о чем мы прежде могли только мечтать. Эти конкретные дела видны в нашей больнице, это же касается и других учреждений здравоохранения города. Никогда не было обучения за рубежом, никто не предполагал, что специалисты бесплатно поедут в другие страны и будут там приобретать знания. Никто не думал, что мы получим такое количество суперсовременного медицинского оборудования. И вот сегодня оно уже функционирует в полную мощность, а система московского здравоохранения достигла международных стандартов.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

ХИРУРГИЯ ВЖИВУЮ

Международная школа практической хирургии (International School of Practical Surgery) — образовательный проект, призванный знакомить российских хирургов с прогрессивными методиками и инновационными решениями во всех областях хирургии. Школа будет регулярно организовывать классы live surgery (живая хирургия), чтобы демонстрировать и передавать опыт проведения операций ведущих хирургов мира. Все грани хирургического искусства будут подробно освещаться на подобных мероприятиях.

По словам руководителя проекта Бадмы Башанкаева, школа — уникальная возможность овладеть признанными во всем мире хирургическими методиками «из первых рук» в любой точке России и мира. Поэтому проект будет интересен любому специалисту, желающему совершенствовать профессиональные навыки. Самому Бадме Башанкаеву довелось почти 4 года работать бок о бок с американскими молодыми хирургами и наблюдать, как те получают высококлассную подготовку по общей хирургии.

— Мы решили создать Международную школу практической хирургии, чтобы в формате live surgery показывать и рассказывать о хирургии, идти от простого к сложному, смотреть, как работают хирурги в разных частях света, делиться наработками и технологиями, — говорит он.

Несмотря на недолгий срок существования, школа уже успела громко заявить о себе — 5 июня в Москве провели первую конференцию, темой которой стал передовой опыт в герниологии. Соорганизаторами мероприятия выступили EMC Medical school,

Европейский медицинский центр (European Medical Centre, EMC). Для проведения операций и модерации были приглашены профессора из Израиля, Германии, США, России и Украины. Трансляция проводимых операций велась в конференц-зал и на интернет-аудиторию. Были продемонстрированы редкие, ранее мало представленные в России операции по устранению грыж брюшной полости современными лапароскопическими методами. Модераторы в конференц-зале, работу которых возглавлял Бадма Башанкаев, комментировали происходящее в операционных и делились своим опытом проведения подобных операций. Слушателям объясняли, как и когда могут применяться методики, в чем их особенности и преимущества, отвечали на возникающие вопросы. Помимо этого участники мероприятия имели возможность отработать практические навыки лапароскопической герниопластики на тренажерах. Итогом работы школы стали пять успешно проведенных операций по устранению грыж брюшной полости современными лапароскопическими методами. Но

не только. Создано уникальное учебное пособие для посетителей школы — брошюра для записей и справочный материал по анатомии и эмбриологии грыж. И, как мы сказали выше, каждый участник мог отработать навыки на тренажерах.

Особую важность такой формы обучения и ознакомления хирургов с новыми методами в хирургии отметили открывавшие конференцию профессора А.И. Хрипун и И.Е. Хатьков.

— Когда сидишь в зале создается впечатление, что ты за спиной у оперирующего хирурга, — делится впечатлениями клинический ординатор ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва) Павел Стоцко. — В этот день мы «посетили» пять совершенно разных операций. Для начинающего хирурга такой курс по хирургии грыж — хорошая возможность послушать теорию, посмотреть на ход операции (операционное поле прямо перед глазами), задать вопрос в любой момент и, что интересно, тут же попрактиковаться на лапароскопических тренажерах. Самый полный курс обучения, какой можно себе представить.

Положительно оценивает формат и его украинский коллега.

— Участие в этом мероприятии в качестве модератора для меня прекрасная возможность обсудить насущные вопросы хирургической практики, — говорит главный хирург клиники ЛІСОД (Украина) Сергей Байдо. — Свои операции представили поистине «гуру герниологии» — в клиниках, где они оперируют, эти операции поставлены на поток. Отрадно, что к мероприятию проявлен большой интерес со стороны московских и региональных хирургов, пять операций прошли на фоне активной дискуссии с залом.

Успешно подготовить и провести стартовое мероприятие позволила поддержка партнеров и спонсоров. Местом проведения мероприятия стал актовый зал главного учебного корпуса Московского государственного университета путей сообщения, расположенный

в непосредственной близости от Многофункционального госпиталя ЕМС на улице Щепкина, откуда велась прямая трансляция операций. Структурное подразделение университета — Академия транспортной медицины, которая является партнером хирургической клиники Европейского медицинского центра.

Поддержку мероприятию оказали и государственные структуры. В частности, Департамент здравоохранения Москвы распространил письмо об участии хирургов лечебных учреждений города в образовательном мероприятии Международной школы практической хирургии. Информация о мероприятии была опубликована на сайте департамента и Российского общества хирургов.

Всем партнерам и спонсорам Международная школа практической хирургии выражает искреннюю бла-

годарность за содействие в проведении учебного курса «Передовой опыт в герниологии». Организаторы уверены, что положительный опыт сотрудничества является залогом успешных и взаимовыгодных отношений в будущем. Успешный старт позволяет говорить о перспективах проекта. В настоящее время обсуждается возможность включения мероприятий школы в городскую программу Департамента

здравоохранения Москвы «Формула жизни». С июня 2014 года по приглашению министерств здравоохранения и руководства республик проведены 2 выездные сессии Школы в Республику Коми и Калмыкия, где специалисты Школы выполнили лапароскопические операции по поводу рака прямой кишки, простаты и сложные перкутанные литотрипсии коралловидных камней почек. В ноябре планируется выездная сессия Школы в Кабардино-Балкарию. В 2015 году запланированы два крупных мероприятия по безопасному применению различных форм энергии в хирургии и передовому опыту в герниологии.



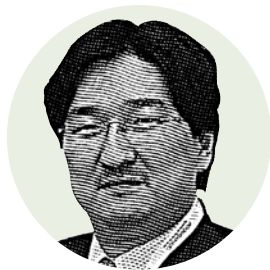
МЫ РЕШИЛИ СОЗДАТЬ МЕЖДУНАРОДНУЮ ШКОЛУ ПРАКТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, ЧТОБЫ В ФОРМАТЕ LIVE SURGERY ПОКАЗЫВАТЬ И РАССКАЗЫВАТЬ О ХИРУРГИИ.

Бадма БАШАНКАЕВ

Подготовила **Римма ШЕВЧЕНКО**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ ГРЫЖ

Рубрику, в которой редакция планирует публиковать материалы специалистов, рассказывающих о передовых медицинских технологиях, открывает текст руководителя отделения колопроктологии ЕМС, действительного члена Американского общества колоректальных хирургов (American Society of Colon and Rectal Surgeons) Бадмы БАШАНКАЕВА.



Бадма БАШАНКАЕВ,
руководитель
отделения
колопроктологии ЕМС

История взлетов и падений

Идиомы «великие умы мыслят одинаково» может звучать как клише, но в эпоху лапароскопической хирургии она получила подтверждение на все 100%. Инновационные идеи и технические приемы многих пионеров этого вида хирургии появились независимо в аналогичные периоды времени.

Примерно в то же время, когда немецкий гинеколог Курт Земм пытался популяризировать спектр лапароскопических операций для лечения гинекологических заболеваний, Ральф Гер впервые выполнил устранение паховой грыжи лапароскопическим методом. Однако в отличие от лапароскопической аппендэктомии или холецистэктомии методы лапароскопического устранения грыж совершенствовались десятилетиями.

В конце 1970-х доктор Гер, руководитель хирургического отделения и профессор хирургии Университета штата Нью-Йорк в Стони Брук, провел хирургическое лечение группы из 13 пациентов с паховыми грыжами, 12-ти из них были выполнены традиционные открытые грыжесечения. Для 13-го же пациента доктор Гер решил попробовать что-то иное: он провел лапароскопическую оптику через маленький прокол, выполненный над пупком, и перекрыл шейку грыжевого мешка, использованием металлических клипс, тем самым выполнив первую лапароскопическую операцию по устранению паховой грыжи (Ann R Coll Surg Engl 1982; 64: 342—344). Впоследствии доктор Гер продолжил эксперименты с лапароскопическими методами по устранению паховых грыж, успешно выполнив

лапароскопическое ушивание грыжевого мешка у 14 гончих собак (Am J Surg 1990; 159: 370—373).

В 1989 году гинеколог Сергей Богоявленский впервые использовал лапароскопический метод «затычки и заплатки» (plug-and-patch technique), закупоривая дефект (грыжевые ворота) скрученным в рулон отрезком полипропиленовой сетки при устранении паховых и бедренных грыж. В том же году Леонард Шульц, хирург из Миннеаполиса, усовершенствовал метод plug-and-patch. Хирург сообщил о серии проведенных им лапароскопических герниопластик, при выполнении которых фрагменты полипропиленовой сетки проводились через троакар, а затем часть из них набивалась в отверстия грыжи, а часть размещалась над дефектом (J Laparoendosc Surg 1990; 1: 41—45).

Следует отметить, что метод plug-and-patch, впервые представленный в 1968 году Лихтенштейном для устранения бедренных грыж и небольших рецидивных прямых паховых грыж, а в 1985 году адаптированный доктором Артуром Гилбертом для устранения косых паховых грыж, был в то время уже достаточно популярен при проведении открытых грыжесечений.

Хотя изначально результаты лапароскопических герниопластик казались надежными, длительные наблюдения выявили частоту рецидивов от 15 до 20%. Доктор Шульц обнаружил, что сетка часто мигрировала и у пациентов развивались рецидивы, при которых грыжевым мешком оказывался сетчатый имплантат. В результате от этого метода (Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 23—25) вскоре отказались.

«В связи с тем, что большинство хирургов не могло шить (эндоскопически) и не было никаких вспомогательных сшивающих устройств, хирурги скручивали полипропиленовую сетку в рулон (в форму сигары) и заталкивали ее в грыжевой дефект, рассчитывая, что он зарубцется, — говорил Роберт Сьюэлл, общий хирург из Центра малоинвазивной хирургии в Техасе. — Это не сработало и заставило большинство хирургов рассматривать лапароскопическое устранение грыж как баловство. Даже когда начали развиваться лучшие методы, мы всегда пытались преодолеть первое негативное впечатление, вызванное методом «заглушки».

В 1990 году Роберт Фитцгиббонс и Чарльз Филиппи, профессора хирургии в Омахе, искали способы повторить успех лапароскопической холецистэктомии в герниологии и начали экспериментировать в лаборатории, используя свиней. Дуэт разработал новый метод пластики – лапароскопический трансперитонеальный предбрюшинный (Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) способ устранения грыжи.



«Мы искали способ прикрыть все важные анатомические структуры сеткой и закрепить ее на месте», — вспоминает доктор Фитцгиббонс.

Примерно в то же время руководитель Центра дополнительного постдипломного образования в гастроинтестинальной хирургии, лапароскопии, эндоскопии и УЗ в Индианаполисе Маурис Арреги также начал работать над лапароскопическими вариантами устранения паховой грыжи.

«Я вспомнил открытый способ по Rives-Stoppa и подумал, что быть может это лучший подход, поэтому попытался воспроизвести эту технику с помощью лапароскопических инструментов», — говорил доктор Арреги.

В 1992 году доктор Арреги сообщил о результатах серии процедур по методике TAPP, выполнив 61 лапароскопическую герниопластику, используя сетки Prolene (Ethicon) и MARLEX (Davol / Bard) у 52 больных с октября 1990 по декабрь 1991 года (SURG Laparosc Endosc 1992; 2: 53—58).

В том же году Ив-Мари Дион и Жак Морин из Квебека независимо опубликовали результаты 10 паховых герниопластик, выполняемых по методике TAPP с использованием сетки Prolene (Ethicon) (Can J Surg 1992; 35: 209—212). В обоих исследованиях авторы выявили, что пациенты быстрее поправлялись после проведения лапароскопической операции (по сравнению с открытой методикой), испытывали гораздо меньше боли, отсутствовали рецидивы. Результаты последующих исследований, оценивающих эффективность TAPP, показали частоту рецидивов менее 1% (Surg Endosc 1995; 9: 16—21).

Несмотря на то, что метод TAPP показал свою эффективность, доктора Фитцгиббонс и Филипи задавались вопросом, почему они должны были мобилизовывать предбрюшинное пространство и делать обширную диссекцию через абдоминальный доступ, а не просто поместить сетку на один слой выше, прямо над брюшиной. Размышляя над этим, они разработали методику интраперитонеальной герниопластики IPOM (intraperitoneal onlay patch), которая позволила предотвратить необходимость значительного рассечения тканей путем размещения сетки над дефектом брюшины, закрепляя ее с помощью скоб.

Хирурги Фрелерик Той и Рой Смут Мл. также исследовали эффективность методики IPOM. Они доложили о положительных краткосрочных результатах использования в ходе операций, выполненных десяти пациентам, политетрафторэтиленовой сетки, закрепленной с помощью скоб (Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 151—155). В более поздних сериях исследований 75 пациентов методика IPOM зарекомендовала себя низкой частотой рецидивов (2,4%), минимальным уровнем боли в послеоперационном периоде и скорой реабилитацией в течение 20-месячного наблюдения (J Laparoendosc Surg 1992; 2: 197—205).

Вскоре стало понятно, что метод IPOM позволял хорошо устранять небольшие косые паховые грыжи, но не является идеальным для устранения прямых грыж или грыж больших размеров. Кроме того, внутрибрюшное расположение сетки было чревато риском ее вовлечения в инфекционный процесс, например, при остром аппендиците.

«В результате многие хирурги решили, что данная техника не является идеальным способом для устранения грыж», — говорит Джеффри Понски, руководитель отделения хирургии в Кливленде.

Несмотря на то, что техника IPOM не привилась для лечения паховых грыж, метод и по сей день используется при устранении вентральных грыж.

TAPP против TEP: лапароскопический стандарт лечения

Несмотря на успех методики TAPP, многие хирурги считали, что проникновение в брюшную полость ради лечения паховых грыж было слишком инвазивным

методом. При полностью экстраперитонеальной герниопластике (TEP – totally extraperitoneal prosthetic repair) хирурги мобилизовывали непосредственно предбрюшинное пространство, не доходя до брюшной полости. То есть ключ этого метода в создании внебрюшинного пространства (площадки для сетки) между непосредственно брюшиной и брюшной стенкой. При этом размещение сетчатого трансплантата в забрюшинном пространстве выполняется так же, как при TAPP. Остается неясным происхождение подхода TEP, хотя есть вероятность, что он мог возникнуть при отработывании техники лапароскопической холецистэктомии на лабораторных животных. «Многие хирурги пропадали в лаборатории, экспериментируя над новыми методами, — рассказывал доктор Фитцгиббонс. — Во время одной из таких сессий общему хирургу Барри Маккернану удалось создать полость в предбрюшинном пространстве, вообще не заходя в брюшную полость, так зародился TEP».

Один из пионеров метода TEP, французский хирург-лапароскопист Жан-Луи Дюлюк, провел с 1990 по 1995 годы серию из 864 операций по устранению паховых грыж. Однако эта большая серия практически осталась незамеченной в США и была описана лишь позже в книге Retroperitoneoscopy, опубликованной в 1996 году.

Доктор Маккернан и хирург Джордж Керли помогли популяризировать TEP. В одном из ранних докладов, доктор Маккернан опубликовал материал о серии из 51 успешной операции по устранению прямых и косых паховых грыж с использованием данного доступа. Все вмешательства прошли без каких-либо необычных осложнений, а пациенты были выписаны домой на второй день и смогли вернуться к работе в течение недели после операции (Surg Endosc 1993; 7: 26—28).

Надувной баллон

Изначально хирурги выполняли операции по методике TEP без использования специального баллона. «В то время мы вручную выполняли диссекцию тканей для доступа в предбрюшинное пространство, что многие находили утомительным и сложным, хотя выполнимым», — сказал Гай Воллер, профессор хирургии Научного медицинского центра при Университете Теннесси в Мемфисе, добавив, что, с появлением «баллонной» технологии, метод TEP стал более осуществимым для значительного числа хирургов.

В 1989 году бизнесмен и дизайнер Джей Уоткинс обратился к доктору Альберту Чину, который вместе с доктором Томом Фогарти в середине 1970-х разработал катетер для баллонной ангиопластики, и доктору Фреду Моллу, который разработал и запатентовал первый безопасный троакар для лапароскопии с целью организации совместной компании, сфокусированной на разработке и производстве лапароскопических технологий. Трои основало компанию Origin Medsystems, где доктор Чин и доктор Молл начали создавать устройства для упрощения лапароскопических процедур, в частности, структурные воздушные баллоны, применение которых могло бы заменить инфляцию газом. К 1991 году доктор Чин разработал прототип простого эластичного баллона с внутренним эндоскопом, способного создать большую полость в предбрюшинном пространстве. Этот баллон для предбрюшинной диссекции, размещенный в предбрюшинном пространстве, позволил хирургам контролировать состояние критически важных анатомических структур через его прозрачную стенку.

В течение того же времени Макеж Китуракис, хирург из Редвуд-Сити, Калифорния, использовал стандартный пищеводный зонд Блекмора для достижения доступа в предбрюшинное пространство. Он выполнил первую операцию по методу TEP с помощью воздушного баллона, применив катетер с воздушным баллоном

на конце для расширения (раздувания) предбрюшинного пространства. Позже доктор Китуракис опубликовал серию операций TEP, выполненных с помощью баллонного доступа (Am J Surg 1994; 168: 603—604).

Доктор Молл и директор Origin по маркетингу доктор Милт Макколл, узнав, что доктор Китуракис выполнил лапароскопическую операцию по устранению грыжи предбрюшинным доступом с помощью воздушного баллона, договорились с ним о встрече. «На этой встрече доктор Китуракис поделился информацией о том, как он раздувал дистальный баллон зонда Блекмора в предбрюшинном пространстве с целью создания полости для хирургических манипуляций по устранению паховой грыжи», — рассказывал доктор Чин.

При последующей встрече доктор Молл и доктор Макколл рассказали доктору Китуракису об их прототипе PDB и предложили ему гонорар за объединение усилий с компанией Origin. Однако доктор Китуракис отказал им и, объединившись с доктором Фогарти, сформировал отдельную компанию под названием General Surgical Innovations (GSI). Обе компании Origin Medsystems и GSI коммерциализировали свои устройства.



В ХОДЕ РАДОМИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ НАНАПРЯЖЕННЫХ МЕТОДОВ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ТАКЖЕ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД СОПРОВОЖДАЕТСЯ МЕНЬШИМ ЧИСЛОМ РЕЦИДИВОВ (3% ПРОТИВ 6%), НИЗКИМ УРОВНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЕЙ И СКОРЕЙШИМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ.

Баллонная технология помогла довести метод TEP до уровня стандарта при лапароскопическом устранении паховой грыжи. Доктор Воллер обучал технологиям баллонного доступа хирургов на базе его лаборатории в Мемфисе и за рубежом.

«Баллоны позволили хирургам достичь предбрюшинного пространства быстро и с минимальным кровотечением, — говорил доктор Воллер. — Несмотря на то, что операции по методу TEP можно выполнять и без баллона, его использование делает процедуру быстрее и легче, и сегодня большинство TEP-герниопластик выполняется с помощью баллонов». Несколько других технологий, включая применение лапароскопических иглодержателей и одноразовых степлеров, помогли лапароскопической герниопластике закрепиться в арсенале хирургического сообщества.

«Ethicon Endo-Surgery и U.S. Surgical Corporation разработали степлеры, которые коренным образом изменили способ устранения грыж, — сказал доктор Сьюэлл. — Хирургам не нужно было шить; они могли закрыть дефект сеткой без всякого натяжения».

TAPP или TEP: что лучше?

Появились результаты оценки методов TAPP и TEP. Доктор Эдвард Феликс и его коллеги из Фресно, штат Калифорния, опубликовали исследование, в котором они сравнили 733 TAPP и 382 TEP-операций (Surg Endosc 1995; 9: 984—989). Авторы выявили 11 серьезных осложнений в группе TAPP, при отсутствии осложнений и одном рецидиве в TEP-группе.

В том же году несколько хирургов, включая доктора Арреги, Фитцгиббонс и доктора Маккернан, собрали результаты 3229 лапароскопических герниопластик, проведенных 2559 пациентам с использованием различных методов, в том числе TAPP (60% пациентов), TEP (18%), лапароскопической plug-and-patch (9%) и IPOM (11%) (Surg Endosc 1995; 9: 16—21). TAPP и TEP имели самые низкие показатели развития рецидивов (1 и 0% соответственно) и осложнений (7 и 10% соответственно).

В 1998 году доктора Феликс, Маккернан, Сьюэлл и их коллеги провели ретроспективный обзор для подтверждения эффективности методов TAPP и TEP. Они сравнили результаты вмешательств у 7661 пациента, которым было выполнено 10 053 герниопластических операций (Surg Endosc 1998, 12: 226—231). Результаты показали, что только 35 операций по методам TAPP и TEP оказались неудачными (0,4%), что свидетельствует о крайне низких показателях вероятности развития рецидивов.

«Результаты были образцовыми, — напомнил доктор Феликс. — Тут мы показали, что разные хирурги, использующие различные лапароскопические методы, могли получить одинаковые результаты. Эта работа стала важной вехой в развитии лапароскопической герниопластики».

Сегодня большинство лапароскопических устраниений паховых грыж выполняются по методикам TAPP и TEP с использованием полипропиленовых сетчатых протезов. Выбор метода зависит в основном от предпочтений хирурга.

«TAPP, пожалуй, мой любимый способ лапароскопической герниопластики, потому что он безопасный и прост в изучении», — сказал доктор Понски. Доктор Сьюэлл и доктор Фитцгibbonс также преимущественно используют способ TAPP, так как считают, что он более легок в выполнении.

После просмотра видеооперации TEP в исполнении хирурга Эдуарда Филлипса, доктор Арреги сменил точку зрения. «Я думал TEP будет лучше, чем TAPP, потому что больше подходит на открытую пластику и ограничен по возможностям для осложнений», — говорил доктор Арреги, который в настоящее время выполняет исключительно методику TEP.

Доктор Феликс также предпочитает метод TEP, выполняя его в 95% случаев, и лишь в 5% использует метод TAPP, так же как и доктор Воллер, который располагает опытом 3500 операций по методу TEP. Но тем не менее оба считают эти два метода по существу эквивалентными.



НЕСМОТРЯ НА УСПЕХ МЕТОДИКИ TAPP, МНОГИЕ ХИРУРГИ СЧИТАЛИ, ЧТО ПРОНИКНОВЕНИЕ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ РАДИ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ БЫЛО СЛИШКОМ ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ.

«Грыжевые войны»

Хотя хирурги попытались повторить успех лапароскопической холецистэктомии в герниологии, реальные преимущества лапароскопической герниопластики оставались под вопросом. В результате, в мае 1993 года доктор Арреги и его коллега Роберт Наган, организовали в Индианаполисе конференцию «Грыжи '93, достижения или противоречия», на которую были приглашены главные эксперты по грыжам со всего мира. Целью встречи было продвижение в оперативную практику лапароскопического доступа и обсуждение эффективности различных открытых и лапароскопических методов.

Артур Гилберт, доктор медицинских наук, профессор хирургии в Медицинской школе Университета Майами, первый президент Американского общества герниологов, вспоминает о напряженности, которая буквально витала на конференции. Конференц-зал, по его воспоминаниям, был разделен между одетыми с иголки молодыми хирургами-лапароскопистами и толпой безвкусно одетых адептов открытой хирургии старшего поколения. «Вы могли видеть, как одна сторона говорит о другой, будто они готовы развязать войну, — рассказывает он. — Это был самый противоречивый конгресс, на котором я был за всю мою 50-летнюю хирургическую карьеру».

Доктор Гилберт и доктор Воллер согласились, что лапароскопическое устранение паховых грыж еще не стало преобладающей методикой к 1993 году ввиду развития ятрогенных осложнений, таких как повреждение кишечника и кровеносных сосудов, которые встречались крайне редко при открытой герниопластике.

«Осложнения, возникавшие при лапароскопии, были ужасны, поэтому старшее поколение хирургов в своих презентациях старалось подчеркнуть минусы и осложнения лапароскопических операций, — рассказывал доктор Гилберт. — А когда лапароскопические хирурги делали свои презентации, они расставляли акценты лишь на осложнениях открытой хирургии. Это стало своеобразным конкурсом по «поливанию грязью» на тот момент».

Доктор Воллер считает, что одна из причин столь выраженного протеста против лапароскопической герниопластики со стороны приверженцев открытой хирургии заключалась в том, что они чувствовали себя уязвимыми. Вспоминая девяностые годы прошлого века, доктор Гилберт рассказал, что его предупредили: если он не переключится на лапароскопическую хирургию грыж, то рискует потерять пациентов и даже выйти из бизнеса.

Несмотря на большое количество конфликтов во время конференции, вскоре волнения улеглись. «Я чувствовал, что мы осознали: лапароскопическая хирургия грыж имеет место быть, и те, кто считали ее лучше, посвятят себя ей, а те, которые придерживались методов открытой хирургии, продолжают свою практику».

Доктор Арреги также отметил, что «несмотря на изначальную поляризацию взглядов, конференция в конечном счете создала отношения, которые переросли в дружбу и объединили усилия по развитию искусства герниологии».

Несколько лет спустя, доктор Сьюэлл председательствовал на сессии, посвященной паховым грыжам, которую организовало в Торонто Американское общество общих хирургов. Эксперты из всех уголков страны делились своим опытом, демонстрируя различные методики грыжесечения как с применением открытого доступа (пластика по Лихтенштейн или Кюгель), так и лапароскопические (TAPP и TEP).

«Я назвал эту сессию «грыжевые войны», потому что там было огромное количество споров о том, какой же метод был лучшим», — рассказал доктор Сьюэлл.

Во вступительной речи на том мероприятии доктор Сьюэлл наглядно представил разные типы операций: один — в качестве бульдозера, а другой — как архитектора за чертежной доской. «Есть операции типа «бульдозер», такие как холецистэктомия или аппендэктомия, при которых хирурги пытаются удалить что-либо, — объяснил он. — А есть реконструктивно-восстановительные операции, такие как герниопластика, где хирурги пытаются что-либо восстановить».

Хирурга, выполняющего грыжесечение, доктор Сьюэлл изобразил на слайде как мультипликационного персонажа Линуса, держащего свое любимое одеяльце, с которым ему комфортно и безопасно. Так и хирурги, по его мнению, склонны придерживаться наиболее комфортного для себя метода. Такого, как любимое одеяльце. Доктор Сьюэлл задал вопрос группе экспертов: «Какой метод устранения паховой грыжи, кроме вашего, вы бы предпочли, если бы вам самим предстояло оперироваться?» Эксперт из клиники Лихтенштейна отказался отвечать на этот вопрос, а все остальные ответили, что они выбрали бы лапароскопический метод. «Каждый хирург признает достоинства ненапряжной лапароскопической пластики», — резюмирует доктор Сьюэлл.

Доктор Воллер, описывая дух дебатов «открытые операции против лапароскопических», рассказал, что он неоднократно излагал свои аргументы хирургу Джорджу Вантц, убежденному стороннику открытой предбрюшинной пластики. И по мере того, как метод TEP получал все большее распространение, доктор Вантц однажды признался доктору Воллер: «Парень, не говори никому, но если бы у меня была грыжа, я бы хотел, чтобы ты устранил ее лапароскопически».

Спустя годы стало возможным более предметно говорить о числе рецидивов, развившихся после открытых герниопластических операций. В частности, по данным одного исследования, в ходе которого анализировались последствия операций, при

которых пациентам проводилась ненапряжная открытая пластика по Лихтенштейну с использованием полипропиленовой сетки, количество рецидивов отмечалось в 0,1% случаев (Eur J Surg 1996; 162: 447—453). Другое исследование в аналогичной ситуации выявило частоту рецидивов в пределах от 5 — 15% (Am J Surg 1996; 172: 315—319). Исследования, направленные на сравнения болевых ощущений после открытых и лапароскопических ТЕР-операций, выявило гораздо более высокие показатели уровня боли и нетрудоспособности у больных, перенесших открытые операции, нежели ТЕР (Br J Surg 2002; 89: 1476—1479; Энн Surg 1996; 224: 598—602). В ходе рандомизированного контролируемого исследования по сравнению лапароскопических и открытых ненапряженных методов проведения операций также было выявлено, что лапароскопический метод сопровождается меньшим числом рецидивов (3% против 6%), низким уровнем послеоперационных болей и скорейшим восстановлением (N Engl J Med 1997; 336: 1541-1547).

В противовес этому следующее рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивали лапароскопические и открытые ненапряженные методы устранения паховых грыж, у 2164 пациентов в 14 медицинских центрах показало более высокую частоту рецидивов и осложнений в группе лапароскопических операций (10,1 и 39% соответственно) по сравнению с открытыми (4,9 и 33,4% соответственно) (N Engl J Med 2004; 350: 1819—1827). Данное исследование подверглось критике со стороны лапароскопических хирургов, которые считали, что хирурги, участвующие в испытании, были неопытны, рассказал доктор Воллер.

«Большинство операций по методу ТЕР были выполнены ординаторами, не являющимися экспертами по методам TAPP или ТЕР», — заявил он, добавив, что, когда проводились исследования по сравнению частоты рецидивов, возникающих после открытых и лапароскопических операций, проведенных опытными хирургами, значительной разницы в показателях выявлено не было (5,1% для лапароскопического против 4,1% для открытого доступа).

Поскольку частота рецидивов после лапароскопических и открытых операций, выполненных опытными руками, практически идентична, доктор Понски отдает предпочтение лапароскопии, если у пациента нет к этому противопоказаний. «Я выполняю лапароскопическую герниопластику у 60% пациентов и открытую примерно у 40%, но какой доступ выбрать для конкретного пациента, сильно зависит от состояния сердечно-сосудистой системы больного, предыдущих заболеваний органов брюшной полости и перенесенных операций, а также стремления пациента быстрее вернуться к работе. То есть, как правило, выбор метода операции я основываю на состоянии и потребностях пациента, а также на моих личных предпочтениях».

Герниопластика сегодня

В настоящее время из 900 000 операций по ликвидации паховых грыж, производимых ежегодно в США, от 20 до 30% выполняются лапароскопически. Также, по данным National Surgical Quality Improvement Project, лапароскопически устраняются около 30% рецидивных паховых грыж.

«Так или иначе, эти процентные показатели широко варьируют от города к городу и от госпиталя к госпиталю, в зависимости от специалистов на местах», — говорит доктор Феликс.

Размышляя об эволюции лапароскопической герниопластики, доктор Феликс отмечает: «Лапароскопическая герниопластика имела свои взлеты и падения в течение последних 20 лет. Технике лапароскопической герниопластики гораздо труднее научиться, поэтому она никогда не займет то же положение, что и лапароскопическая холецистэктомия, не потому что она хуже, а потому, что она не лучше в исполнении обычного хирурга».

ОТ ДОКТОРА ВАТСОНА ДО ДОКТОРА ХАУСА

Читая литературные произведения прошлого века, многие из которых уже стали классикой, нередко встречаешь, хотя, может, и не на первых ролях, врача — доктора с саквояжем. Внимательный, неторопливый, доброжелательный, он никуда не спешит и зачастую ставит диагноз за чашкой чая. Но в случае надобности может и руку ампутировать. Классический образ — доктор Уатсон. Сегодня такого врача-универсала, пожалуй, уже не встретишь даже в книгах. XXI век — век узких специалистов, опирающихся на высокие технологии. Хорошо это или плохо? Каким должен быть врач? Где место семейного врача, терапевта в современном здравоохранении? На эти и многие другие вопросы в беседе с дерматовенерологом, кандидатом медицинских наук, доцентом Евой Василевской отвечает главный врач Городской клинической больницы № 71 Александр МЯСНИКОВ.

— Скажите, Александр Леонидович, имя какого доктора первым приходит вам на ум, если мы вспоминаем литературу XX века...

— Доктор Уатсон, конечно!

— А если перенестись в сегодняшний день?

— Доктор Хаус, наверное...

— Мне кажется, эти персонажи не случайно всплыли в самом начале нашей беседы. Их разделяет столетие, за которое наше представление о семейном враче, терапевте, как теперь его называют, изменилось полностью. Как изменились и сами подходы к организации медицинской помощи.

— Соглашусь, хотя по-настоящему коренные перемены произошли за последние лет 20—30. При этом в России мы во многом продолжаем жить еще в 70—80 годах XX века, когда медицина была больше сострадательной, то есть врачи относились к пациенту «по-отечески» — было важно подойти, поговорить,

подержать за руку и прочее. В западном мире сегодня царит доказательная медицина, и представления о роли врача в корне меняются. На первое место выходит юридическая ответственность и контроль. В России же пока врачи имеют возможность «не ограничивать себя» рамками доказательной медицины. Например, очень модное направление — стимулировать иммунитет. Появляются десятки препаратов, которых нет нигде в мире. Или любимый отечественный миф о гепатопротекторах — у нас все свято убеждены, что, если они выпьют водки и потом таблетку, «очищающую» или «защищающую» печень, то все будет хорошо. А врачи могут безнаказанно эксплуатировать веру своих пациентов в чудеса. Западная же медицина из такой вот сострадательно-созерцательной, с шаманскими обрядами и сушеными жабами, превратилась сегодня в четкую систему. Мой сын, который учится в Сорбонне на 2-м курсе медицинского факультета, на первом курсе не изучал ни анатомию, ни гистологию, а весь учебный год сидел над статистикой, генетикой, математикой и прочими точными науками, чтобы научиться считать, сопоставлять, анализировать. Это многое объясняет...

Доктор Хаус — только в нашем российском представлении «чудо-доктор». Те, кто работал в США, знают, что это собирательный образ среднего американского врача. Там доктор работает не по инстинктам, не по наитию, а по четко существующим алгоритмам. Он это делает быстро, не размениваясь на улыбки и сантименты больному, потому что сегодня в западном мире отношения врача и пациента четко регламентированы. Не так, как было у доктора Ватсона, когда он мог позволить себе долгие душевные беседы, почти личные разговоры... Сегодня отношения более прагматичны, это скорей взаимоотношения автомеханика и его клиента: ты приходишь, тебе меняют сцепление и дают четкие гарантии на оговоренное время. В медучреждении, по сути, то же самое: в мире, где врач имеет персональную ответственность, где он «ходит под юристом», пациент заключает своего рода контракт на лечение на оговоренный срок. И он хорошо знает, что, если что-то не так, он может призвать доктора к ответу. В США за неправильно поставленный диагноз или неверное лечение можно запросто загреметь по статье «за непредумышленное убийство».

— К доктору Хаусу мы еще вернемся, а прежде чем я задам следующий вопрос, откроем знакомые с детства страницы «Этюда в багровых тонах» сэра Артура Конан Дойля: «Из воспоминаний доктора Джона Г. Уотсона, отставного офицера военно-медицинской службы:

В 1878 году я окончил Лондонский университет, получив звание врача, и сразу же отправился в Нетли, где прошел специальный курс для военных хирургов. После окончания занятий я был назначен ассистентом хирурга в Пятый Нортумберлендский стрелковый полк. В то время полк стоял в Индии, и не успел я до него добраться, как вспыхнула вторая война с Афганистаном. Высадившись в Бомбее, я узнал, что мой полк форсировал перевал и продвинулся далеко в глубь неприятельской территории. Вместе с другими офицерами, попавшими в такое же положение, я пустился вдогонку своему полку; мне удалось благополучно добраться до Кандагара, где я наконец нашел его и тотчас же приступил к своим новым обязанностям.

Многим эта кампания принесла почести и повышения, мне же не досталось ничего, кроме неудач и несчастья. Я был переведен в Беркширский полк, с которым я участвовал в роковом сражении при Майванде. Ружейная пуля угодила мне в плечо, разбила кость и задела подключичную артерию. Вероятнее всего, я попал бы в руки беспощадных гази, если бы не преданность и мужество моего ординарца Мюррея, который перекинул меня через спину вьючной лошади и



В России мы во многом продолжаем жить еще в 70–80 годах XX века, когда медицина была больше сострадательной, то есть врачи относились к пациенту «по-отечески»

Александр МЯСНИКОВ



ухитрился благополучно доставить в распоряжение английских частей. Измученный раной и ослабевший от длительных лишений, я вместе с множеством других раненых страдальцев был отправлен поездом в главный госпиталь в Пешавер. Там я стал постепенно поправляться и уже настолько окреп, что мог передвигаться по палате и даже выходить на веранду, чтобы немножко погреться на солнце, как вдруг меня свалил брюшной тиф, бич наших индийских колоний. Несколько месяцев меня считали почти безнадежным, а вернувшись наконец к жизни, я еле держался на ногах от слабости и истощения, и врачи решили, что меня необходимо немедленно отправить в Англию. Я отплыл на военном транспорте «Оронтес» и месяц спустя сошел на пристань в Плимуте с непоправимо подорванным здоровьем, зато с разрешением отечески-заботливого правительства восстановить его в течение девяти месяцев.

В Англии у меня не было ни близких друзей, ни родни, и я был свободен, как ветер, вернее, как человек, которому положено жить на одиннадцать шиллингов и шесть пенсов в день. При таких обстоятельствах я, естественно, стремился в Лондон, в этот огромный мусорный ящик, куда неизбежно попадают бездельники и лентяи со всей империи. В Лондоне я некоторое время жил в гостинице на Стрэнде и влачил неуютное и бессмысленное существование, тратя свои гроши гораздо более привольно, чем следовало бы. Наконец мое финансовое положение стало настолько угрожающим, что вскоре я понял: необходимо либо бежать из столицы и прозябать где-нибудь в деревне, либо решительно изменить образ жизни. Выбрав последнее, я для начала решил покинуть гостиницу и найти себе какое-нибудь более непритязательное и менее дорогостоящее жилье. ...и начать частную врачебную практику.



Вам не кажется, что в сегодняшнем российском здравоохранении доктор Ватсон скорее считался бы хирургом... Как вы думаете — не стало ли современное состояние нашей медицины следствием некоего принципиального разделения на хирургию и терапию? Ведь в наших лечебных заведениях врачи, за редким исключением, делятся на тех, кто разговаривают, и тех, которые режут.

— В западном мире абсолютно невозможно представить себе гинеколога и уролога, которые не оперируют, или кардиолога, который не делает коронарографию. Но есть врач семейной или общей практики — я как раз оканчивал в США резидентуру по этой специальности. Нас учили всему «по чуть-чуть», и я даже делал операцию по поводу аппендицита. Единственную, правда, в своей жизни, но такую операцию я сделать в состоянии.

Наша проблема не только в разделении на терапевтические и хирургические специальности. Беда в делении на тысячу разных специальностей. Еще мой дедушка, академик (Александр Леонидович Мясников, терапевт, академик АМН СССР, с 1948 года директор Института терапии АМН СССР с 1966 — Институт кардиологии имени А. Л. Мясникова АМН СССР) и одновременно (1948—65) заведующий кафедрой госпитальной терапии 1-го Московского медицинского института. — *Прим. Ред.*), говорил, что человек не состоит отдельно из печени, почек, желудка и прочего. Человеческий организм — единое целое. Врач не может лечить больного исходя из патологии одного органа. Каждый специалист должен быть прежде всего «общим» врачом, а уже потом «узким» специалистом. В свою очередь терапевт должен понимать, что он хочет от специалиста, к которому направляет пациента. А что происходит сегодня? Первичный пациент сегодня может попасть к специалисту только по направлению терапевта, и получается: сидит в поликлинике участковый терапевт: злобный, замотанный, ничего не понимающий. К нему приходят, и первое, что он спрашивает: к какому вам доктору? А потом выписывает талончик — идите, куда вы хотите. Участковый превратился в диспетчера, он не разбирается в проблеме пациента, ему неинтересно, да и некогда, он просто раздает направления к специалистам. В итоге, если спросить, кто лечил конкретного человека, то, как у Райкина в миниатюре про пиджак, могут отозваться сразу несколько: «Я пуговицы пришивал. К пуговицам претензии есть?». Так быть не должно. За пациента должен нести ответственность один человек. Я когда-то уволил так своего друга, терапевта, который послал пациента к невропатологу, после чего в карте появилась запись: «новокаин внутривенно». Глупость написал специалист, но за больного отвечает его лечащий врач — терапевт. Мой друг был уволен, и благодаря этому стал прекрасным врачом, потому что он обиделся, уехал в Америку, там учился, защитил диплом, а потом вернулся уже хорошо подготовленным доктором.

— Вы сказали «участковому терапевту неинтересно». Получается, он пытается избавиться от пациента, снять с себя ответственность за него? Колет в сердце — идите к кардиологу, режет в животе — к гастроэнтерологу и так далее. Почему же это происходит? Почему неинтересно? Ведь все эти вещи входят в базовое понятие «терапия».



**НАША ПРОБЛЕМА НЕ ТОЛЬКО В РАЗДЕЛЕНИИ
НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ. БЕДА В ДЕЛЕНИИ НА
ТЫСЯЧУ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.**

— Проблема в недостаточной грамотности терапевтов. Они не уверены в себе и часто не хотят ни в чем разбираться. Они могут что? Выписать аспирин, поставить градусник, и привыкли ставить диагнозы: остеохондроз, грипп, вегетососудистая дистония. Больше они ничего не знают и знать не хотят. Они замотаны писаниной. Пациент, когда заходит к участковому, чувствует себя лишним. Такая атмосфера в кабинете. Врач сидит, не поднимая глаз от компьютера, и пишет, пишет...

— То есть виновата система, а не конкретный врач?

— Виновата система, которая его не обучила, и эта проблема существует уже давно и продолжает существовать. При том, что узких специалистов выпускается ежегодно очень много, терапевтов катастрофически не хватает. Их практически нет, а уж хороших терапевтов в Москве сегодня по пальцам можно пересчитать. И любой участковый врач знает, что в условиях сегодняшнего дефицита он устроится в любой поликлинике и ему будут платить незаработанную им зарплату благодаря указу президента. И его главная задача — раскидать очередь, чтобы не было претензий лично к нему. У него 15 минут на пациента и куча писанины, и он не будет тратить эти 15 минут на выяснение симптомов и долгие объяснения с пациентом.

— Казалось бы, человечество прошло большой путь, чтобы уйти от «доктора с саквояжем». Разработаны протоколы лечения, стандарты, есть четкий регламент диагностических мероприятий, катamnестического наблюдения, график необходимых прививок, план диспансеризации в конце концов. Однако в последнее время все чаще звучат слова о необходимости создания «института семейного врача» с возвращением к индивидуальному подходу как в диагностике, так и в лечении и профилактике. Ваше мнение — это необходимо?

— Я только что говорил, что самый редкий специалист сегодня — терапевт, и простое переименование его во врача семейной практики ничего не поменяет. У нас действительно много, скажем так, методических наработок, но что они представляют в реальности? Стандарты, которые мы сейчас имеем, — это не стандарты лечения, это медико-экономические стандарты: мы говорим, что при такой-то клинической ситуации надо сделать такой-то диагностический минимум. Дальше врач абсолютно свободен, у него есть некие рекомендации, но четкого алгоритма нет. А во всем цивилизованном мире врач обязан действовать по алгоритму не только в диагностике, но и в лечении, там каждый шаг, каждая таблетка, каждая инъекция четко прописаны. Нам же еще только предстоит пройти этот путь. Мы ошибочно заменяем диагностическо-лечебный алгоритм словом «стандарты». Но даже имеющиеся стандарты многие врачи не знают и не соблюдают. Или вы сказали про календарь прививок, а я могу назвать навскидку с десятков врачей, которые отговаривают своих пациентов делать прививки. Это абсурд! Это преступление! На мой взгляд, таких врачей надо сразу лишать диплома. Я считаю, что белый халат врача — это как военная форма офицера. Ты не можешь переметнуться к врагу, ты дал присягу — клятву Гиппократу.

— Люди же любят верить в чудеса. Поэтому с удовольствием покупаются на мифы о полезных иммуностимуляторах, способных победить все хвори. Им не хочется видеть слезы своих детей во время прививки, пить горькие микстуры, делать болезненные уколы. И это в конце концов их право — если это за свой счет и на свой страх и риск. Но есть государственное здравоохранение, которое должно предлагать протокол, алгоритм, стандарт — назовите это как хотите — тот необходимый набор процедур,

который на основании медицинской статистики доказал свою целесообразность, эффективность и главное — безопасность.

— Проблема в том, что практически никто из наших врачей не знает стандартов обследования и лечения. Да их, собственно, и нет. Каждый действует по своему усмотрению. Почему у нас диспансеризация наносит порой больше вреда, чем пользы? Потому что назначают ненужные исследования в тех областях, где мы не можем ничего изменить. В результате врачи наносят непоправимый ущерб психическому состоянию человека, вгоняя его в тревожное состояние. В дальнейшем страдает и кошелек, так как за этим следуют дорогостоящие анализы, КТ, МРТ, пункции, операции. Хотя это все было не нужно. Проводя диспансеризацию, мы также должны четко следовать алгоритму, должны понимать, что мы делаем и почему, тогда будет польза.

Несмотря на все разговоры, на создание специальной кафедры семейной медицины — настоящего врача общей практики в России пока не существует. Потому что это должен быть не просто грамотный терапевт. У него должна быть другая психология, идеология его работы, если хотите — идеология полной ответственности за больного, за всю семью. Таких специалистов надо специально готовить, учить всему: лечить детей, взрослых, беременных, принимать роды, делать хирургические манипуляции и так далее — а главное — нести полную ответственность за состояние своих пациентов, даже привлекая дополнительных специалистов. Я всегда говорил, что модернизация здравоохранения начнется только тогда, когда мы начнем учить врачей по-новому. Мы можем купить всю самую современную технику, и это ничего не даст. Посмотрите, сегодня в Москве томографов больше, чем в Швейцарии. И что же? Мы лишь высвечиваем отсутствие одежды на короле. Для наших врачей наличие головы у больного — это уже повод послать его на МРТ просто так, чтобы проверить, что там может быть? Болит голова — иди на МРТ. Болит спина — на КТ. Это безобразие! Если мы так будем разбрасываться дорогостоящими исследованиями — ничего хорошего не будет ни с какой стороны. Должен быть алгоритм для их назначения, и врачи должны ему следовать. У меня в больнице за полтора года вышел из строя новый компьютерный томограф, потому что полностью выработала свой ресурс трубка. Я посмотрел, сколько мы нашли патологии у пациентов, которым проводилось то или иное КТ-исследование, оказалось, что всего в 5% случаев. Мы получили ужасающе низкий КПД. Все в очередной раз упирается в грамотность специалистов, назначающих исследование.

— Конечно, нельзя не сказать о том, что семейный доктор — это еще и домашний психолог. Чтобы отвлечься немного от нашей грустной действительности, полистает английский детектив знаменитой Агаты Кристи:

Доктор был близким другом мисс Марпл. Он уже почти удалился от дел, но временами продолжал навещать некоторых своих прежних пациентов.

— Я слышал, вы на днях упали, — заметил он, осушив бокал хереса. — В вашем возрасте, знаете ли, этого не стоит делать. Еще раз напоминаю вам об этом! И потом, говорят, вы даже не захотели посылать за Сэндфордом.

Сэндфорд был компаньоном Хейдока.

— Эта ваша мисс Найт все равно ведь послала за ним и была совершенно не права. Я только слегка ушиблась. Так сказал доктор Сэндфорд. Я вполне могла бы дожидаться вашего возвращения.

— Послушайте, моя дорогая. Я же не могу практиковать вечно. А у Сэндфорда, позвольте вам заметить, более высокая квалификация, чем у меня. Он перво-классный специалист.



— Все молодые врачи одинаковые, — заметила мисс Марпл. — Измеряют кровяное давление и, чем бы вы ни были больны, прописывают какие-нибудь новые пилюли массового производства. Розовые пилюли, желтые пилюли, коричневые пилюли. Аптеки теперь стали очень похожи на универсамы, там тоже все продают в пакетиках.

— А вы считаете, что было бы лучше, если бы я прописывал вам пиявки, слабительное и растирание камфорой?

— Я сама это делаю, когда кашляю, — с воодушевлением произнесла мисс Марпл, — и поверьте, мне это очень нравится.

— Нам просто не хочется стареть, вот в чем причина, — мягко заметил Хейдок.

— Я сам это ненавижу.

— Вы еще слишком молоды по сравнению со мной, — сказала мисс Марпл. — А вот я решительно не возражаю против старения как такового. Гораздо хуже связанные с этим унижения.

— Мне кажется, я понимаю, что вы имеете в виду.

— У меня почти нет возможности остаться наедине хотя бы на несколько минут. И даже мое вязание... Вы знаете, как хорошо я раньше могла вязать! А теперь я постоянно спускаю петли, часто даже не замечая этого.

Хейдок задумчиво посмотрел на нее, и вдруг в его глазах вспыхнул веселый огонек.

— Однако всегда существует и обратный процесс.

— Что вы имеете в виду?

— Если вы уже не в состоянии вязать, то почему бы вам для разнообразия не заняться распутыванием? Подобно тому, как это делала Пенелопа.

— Ну, я вряд ли в ее положении.

— Но ведь распутывание — ваше призвание, не так ли? — Он поднялся.

— Мне пора. Я прописал бы вам какое-нибудь хитроумное и запутанное убийство.

— Что за возмутительные вещи вы говорите!

— Неужели? Вы ведь всегда можете дойти до сути дела. И я постоянно завидую этой вашей способности. Добрый старый Холмс... Сколько лет уже прошло, но он не забыт и не будет забыт.

Когда за доктором Хейдоком закрылась дверь, торопливо вошла мисс Найт.

— Ну! — воскликнула она, — мы выглядим гораздо лучше. Доктор, наверное, прописал вам какое-нибудь тонизирующее средство?

— Он порекомендовал мне заинтересоваться убийством.



Несмотря на все разговоры, на создание специальной кафедры семейной медицины — настоящего врача общей практики в России пока не существует.

Александр МЯСНИКОВ

— В детективном романе?

— Нет, — возразила мисс Марпл, — в реальной жизни.

Семейный доктор прописывает мисс Марпл «хорошенькое убийство» для укрепления здоровья. Несомненно, хорошо зная психологический тип своей постоянной пациентки, опытный врач понял, что таблетки ей не нужны, чтобы излечиться от ипохондрии, нужно просто «хорошенько встряхнуться». И уж, конечно, такой доктор не назначил бы ненужных дорогостоящих и неоправданных исследований. Но XX век закончился, и канул в лету пожилой симпатяга-доктор с саквояжем, неторопливо навещающий своих пациентов и за чашечкой ароматного чая дающий им советы не только медицинского, но и житейского свойства. Наступило XXI столетие — эпоха доктора Хауса. Пришло время компьютерного томографа, за полчаса способного дать ответ о состоянии конкретного органа. По крайней мере, человечество стремится именно к этому. Зачем врачу полтора часа расспрашивать с участливым видом пожилую даму о том, где конкретно у нее кольнуло, и при каких обстоятельствах, и что было потом, и прочее, и прочее. За это время можно 10 человек «прогнать» через УЗИ или половину из них через томограф, и диагноз, казалось бы, в кармане.

Когда сериал про доктора Хауса только вышел на экраны, меня очень веселило, что практически в каждом эпизоде при первой же возможности пациента направляли на КТ или МРТ, брали у него все возможные анализы, на меловой доске ординаторы писали все мыслимые и немыслимые диагнозы, среди которых обязательно фигурировала красная волчанка, и наконец к концу серии приходило понимание, что дело-то было в банальной инфекции или почечной колике. Я не говорю, что не надо использовать необходимое оборудование, но для этого же и врач, чтобы определить направление диагностического поиска. Особенно меня поразила серия, когда маленькой девочке провели умопомрачительное количество диагностических манипуляций, чтобы поставить синдром Кушинга. Хотя любому мало-мальски образованному врачу это было бы очевидно при первом взгляде на ее лицо. Как говорили наши преподаватели — «студенческий случай»... Но это взгляд врача, а по реакции своих пациентов я могу сказать, что людям, далеким от медицины, такой подход очень нравится! Ко мне на прием приходили взрослые образованные мужчины и, как дети малые, просили: а можно так, как в «докторе Хаусе»? И больших трудов стоило убедить их, что нет ни малейшей необходимости, что и так диагноз не вызывает ни малейшего сомнения. Пациенты часто уходили жутко разочарованные, хотя я сэкономила не только их деньги и время, но и в какой-то мере сохранила здоровье. Все-таки в КТ какая-никакая, но доза рентгеновских лучей.

А как эту увлеченность диагностическими процедурами можно оценить с точки зрения положений современных американских и европейских протоколов лечения?

— Там бьют тревогу. В Америке, где медицина, казалось бы, регламентирована, как устав морской пехоты, по статистике, назначаются 30% необоснованных



анализов и исследований. Их протокол говорит, что не сделать при какой-то ситуации необходимое исследование — плохо. Но сделать лишнее — еще хуже. Например: при впервые зарегистрированной боли в спине врачам запрещено делать не только КТ, но и банальный рентген при отсутствии определенных дополнительных жалоб. На лечение первых 6 недель это никак не влияет, а проблем может принести очень много. И доза облучения достаточно высокая. Исследованиями показано, что у молодых людей одна из частых причин развития лимфом — повторные рентгеновские исследования. Но главная беда — случайные находки — грыжи, кисты, «кажущиеся» опухоли и прочее. Находят, начинают делать пункции, операции и больного инвалидизируют в конечном итоге, а изначально показаний к исследованию не было. Непродуманные исследования ведут за собой каскад других исследований, а это стоит дорого и пациенту, и страховой компании, и государству в конечном итоге. Поэтому сейчас в США и Европе за этим очень тщательно следят.

— Получается, что финансовый и юридический контроль за действиями врача позволяет поддерживать на определенном уровне его профессиональную пригодность, заставляет врача поддерживать свой образовательный уровень. В нашей же, российской, действительности меня, например, пугает мысль о том, чтобы полностью довериться индивидуальному мнению врача. Приведу пример: зимой этого года в центре Москвы произошел вопиющий случай — женщина 45 лет скончалась от осложнений гриппа. При том, что врач из районной поликлиники был у нее с визитом утром последнего дня ее жизни. Причиной смерти стал пневмококковый септический шок. Я лично впоследствии держала в руках рецепт, который оставил врач. Что поразило меня больше всего: рецепт был из 4 позиций: 3 вида отечественных иммуностимуляторов, одно жаропонижающее средство и ни слова об антибиотиках...



Врач должен нести юридическую ответственность за каждое свое действие и слово.

Александр МЯСНИКОВ

Налицо результат нашего отечественного стремления избежать «вредных антибиотиков» и «поднять иммунитет». У нас нет сегодня механизмов проконтролировать врача в таких ситуациях, и самоконтроль часто отсутствует...

— Пока не будет личного лицензирования и строгой сертификации врачей, так и будет. Врач должен нести юридическую ответственность за каждое свое действие и слово. Пока наши доктора не отвечают ни деньгами, ни своей свободой — ничего не получится. Каждый врач должен получать свою персональную личную лицензию. Надо при этом понимать, что если взамен сегодняшней липовой сертификации ввести жесткую переаттестацию врачей — две трети наших специалистов окажутся профессионально непригодными. И две трети — это мягко сказано. Это суровая наша реальность. Поэтому мы на это и не идем, видимо. Но я считаю, что, несмотря на это, надо уже сейчас проводить очень тщательную переаттестацию. Тем, кто ее пройдет — пусть их будет меньше половины, — давать лицензию и оплачивать по полной ставке. Остальным можно предложить пониженную врачебную ставку, должность помощника врача и дать 5 лет на переобучение. Если и через 5 лет они этот барьер не преодолеют — значит, им нужно уходить из профессии. Это единственный путь. Нам не нужна армия профессионально непригодных, безграмотных врачей. Это бессмысленно. Очень важно в настоящий момент провести черту, где мы находимся, как в фильме «Покаяние». Мы должны начать движение с какой-то точки. Не все это понимают. Я однажды директору сосудистого центра в Новосибирске сказал: твой центр, до которого всем расти, как до луны, где врачи европейского уровня, прекрасно оснащенный, современный, красивый и прочее приносит больше вреда, чем пользы. Он меня не понял, но я объяснил свою позицию. Такие центры — острова, висящие в воздухе, как в фильме «Аватар». Они абсолютно оторваны от реальной жизни, так как существуют без базовой основы первичных звеньев здравоохранения. Такие центры создают иллюзию и у правительства, и у народа, что у нас есть прекрасная медицина. А у нас ее нет. Нельзя построить сразу 5-й этаж в доме, не построив первых четыре.

При этом на такие институты, медицинские центры тратятся колоссальные государственные средства. В них реально нужно решать менее 10% медицинских ситуаций, и проще и дешевле эти единичные случаи было бы отправлять за границу, а деньги пустить на развитие базовых «этажей». Кстати, тогда и сложных запущенных случаев, требующих дорогостоящего высокотехнологического лечения, было бы меньше.

Календарь мероприятий EMC Medical School на 2014 год

Октябрь

24.10-
25.10

МСР. КТ и МРТ локтевого сустава и кисти

25.10

Патоморфология. Интерпретация биопсий молочной железы, иммуногистохимическая диагностика, подходы в формулировании диагноза

30.10

Дерматология. Аллергические заболевания

Ноябрь

13.11-
14.11

Лучевая диагностика в онкологии

21.11-
22.11

Сестринское дело в лечении боли

22.11

Дерматология.
Детская дерматология: особенности диагностики и лечения

28.11-
29.11

МСР. КТ и МРТ тазобедренного сустава

29.11

Патоморфология

Декабрь

11.12-
13.12

Психиатрия. Использование подходов психосоматической психиатрии с заболеваниями, угрожающими жизни

12.12-
13.12

МСР. КТ и МРТ при онкологии

20.12

Дерматология. Фототерапия и антицитокиновая терапия хронических дерматозов
Патоморфология

Для врачей медучреждений Департамента здравоохранения Москвы обучение проводится *бесплатно*. Более подробную информацию можно получить по телефону: 8 (495) 933-67-53 или на сайте: www.mirto.org



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**