

## ТЕМА НОМЕРА

# ПОЛИКЛИНИКА

### 1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Потребуется время, чтобы изменить содержание работы поликлиник»

О реформе поликлинического звена — в интервью **Алексея ПОГОНИНА**

### 2 ИДЕАЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Изменения в работе поликлиник глазами москвичей и специалистов

### 3 ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

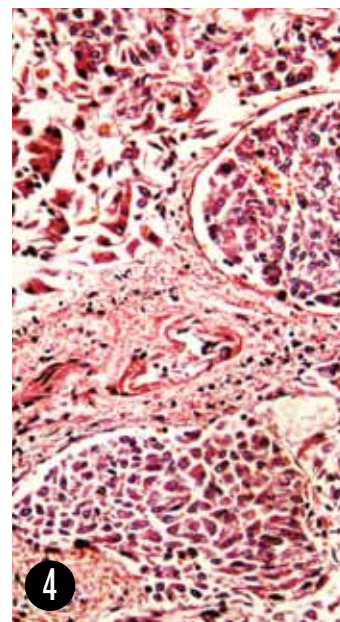
Предварительные итоги работы принципа подушевого финансирования подводит **Герман ТУРИНСКИЙ**

### 4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

В рубрике представлены материалы сентябрьской и октябрьской клинико-анатомических конференций

### 5 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

О паллиативной помощи в Москве рассказывают **Анна ФЕДЕРМЕССЕР** и **Михаил ЛАСКОВ**



# Журнал «Московская медицина»

## Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

## Редакционный совет

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

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

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

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

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

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

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

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы

**Жиляев Евгений Валерьевич**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

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

**Зеленский Владимир Анатольевич**, директор МГФОМС

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

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

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

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

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

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

**Мухтасарова Татьяна Радиковна**, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

**Назарова Ирина Александровна**, председатель совета главных врачей Москвы

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

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

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Альфия Анваровна Саитгареева**

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

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

**Учредитель:** Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

**Издательство:** ООО «Бионика Медиа» 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
Выпуск № 4(7) 2015 журнала «Московская медицина» отпечатан 12 декабря 2015 года  
ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, д.21  
Тел.: 8 (903)511-04-26, E-mail: [rostest-iv@inbox.ru](mailto:rostest-iv@inbox.ru)  
Тираж 10000 экз.  
Бесплатно

Не секрет, что амбулаторно-поликлиническое звено — основа системы оказания медицинской помощи. Именно на этом этапе происходит первый контакт пациента с врачом, и в идеале до 70% объемов медицинской помощи должно оказываться в ЛПУ первичного звена.

С реструктуризации поликлинического звена, собственно, и начата была в свое время работа по созданию в Москве компактной и эффективно работающей системы оказания медицинской помощи. В рамках программы модернизации значительное число поликлинических учреждений города смогло принципиально повысить уровень материально-технического оснащения, без чего говорить о возможности возложить на них значительную часть нагрузки по предоставлению населению города медпомощи не приходилось. Сегодня московские поликлиники укомплектованы всем необходимым оборудованием для проведения полного комплекса диагностических исследований и оказания качественной медпомощи. Достаточно сказать, что ожидание пациентом необходимых обследований при помощи КТ или МРТ сократилось с 2010 года с трех—шести месяцев до семи—десяти дней.

Последовательно проводилась и проводится работа с кадрами в первичном звене: повышается уровень оплаты труда, предоставляются условия для переподготовки специалистов и повышения профессионального уровня медиков.

Структурные изменения в сети клиник позволили сформировать единую общегородскую поликлиническую сеть. Сегодня она представляет собой 46 поликлиник, каждая из которых объединяет три—пять лечебных учреждений с общим количеством прикрепленного населения порядка 200 – 250 тысяч человек.

Важным инструментом в работе первичного звена стала ЕМИАС. Благодаря запуску ряда сервисов информационной системы врач может больше времени уделять пациенту, а сам пациент меньше времени тратить на ожидание приема, появилась возможность отслеживать отдельные параметры работы сети клиники в режиме реального времени. И все это лишь на начальном этапе внедрения единой информационной системы. Останавливаться на достигнутом мы не собираемся. Сегодня идет работа по выработке городского стандарта работы поликлиники, в которой активно участвуют сами москвичи. Их предложения были собраны в рамках краудсорсингового проекта «Московская поликлиника» и легли в основу тех изменений, которые претерпевает работа московских клиник. Пациент на деле, а не на словах становится центром городской системы здравоохранения.



**Алексей ХРИПУН,**  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения  
Москвы Алексея ХРИПУНА

**02****ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Алексей ПОГОНИН: в центре внимания работы  
поликлиник сегодня находятся пациент и его интересы**

**1****05****ИДЕАЛЬНАЯ ПОЛИКЛИНИКА**

**На взгляд москвичей**

Итоги проекта «Московская поликлиника»

**2****10**

**Качественное лечение и комфорт**

**14**

**Главная ценность – люди**

**16****ПРОФИЛАКТИКА**

**Единая система**

**18****ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

**С ориентацией на пациента**

**21****ПЕДИАТРИЯ**

**Роль врача-педиатра в оказании первичной  
медико-санитарной помощи детскому населению**

**26****ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Герман ТУРИНСКИЙ: принцип подушевого  
финансирования стал эффективным инструментом**

**3****30**

**Плюсов – больше**

О подшефовом финансировании рассказывают главные врачи московских поликлиник

**35****СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

**Николай ПЛАВУНОВ: служба неотложной медицинской помощи охватывает всю территорию Москвы**

**40**

**Виктор ФОМИН: пришло время менять имидж врача общей практики**

**42****КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

На обсуждение в рамках сентябрьской клинической-анатомической конференции была представлена история болезни 73-летнего пациента, умершего по причине атипично протекавшей хронической ишемической болезни кишечника

**45**

В октябре на клинической-анатомической конференции специалисты обсуждали историю болезни пациента, умершего от рака печени IV стадии

**4****60****ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА**

**Отказать, не нарушая**

**73**

**Новые критерии оценки качества**

**78****ИНФОРМАТИЗАЦИЯ**

**Владимир МАКАРОВ: ЕМИАС стала рабочим инструментом врача**

**82****ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

**Выстраивание системы**

О том, как должна быть организована система паллиативной помощи, рассказывают президент Фонда помощи хосписам «Вера» Анна ФЕДЕРМЕССЕР и онколог Михаил ЛАСКОВ

**5****86**

# АЛЕКСЕЙ ПОГОНИН: В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СЕГОДНЯ НАХОДИТСЯ ПАЦИЕНТ И ЕГО ИНТЕРЕСЫ

Преобразования в московском здравоохранении были начаты на уровне поликлинического звена, и сегодня это уже принесло свои плоды. О том, что было сделано за последние несколько лет, и перспективах совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей ПОГОНИН.

**— Алексей Владимирович, что сегодня представляет собой поликлиническое звено московского здравоохранения? Каковы отличия в его организации и структуре от того, что было, скажем, четыре-пять лет назад?**

— Главное — были созданы поликлинические центры. Вместо разрозненных, не связанных между собой логически и функционально лечебных учреждений удалось сформировать единую общегородскую поликлиническую сеть. Это 46 поликлиник, каждая из которых объединяет три-пять лечебных учреждений с общим количеством прикрепленного населения порядка 200–250 тысяч человек.

**— Что это дало пациентам?**

— У москвичей появились новые возможности в получении медицинской помощи. Например, еще пять лет назад пациенту давали направление на консультацию ревматолога или на КТ и говорили: «А теперь идите и сами думайте, где вы это пройдете». Сегодня пациент получает конкретное направление с указанием даты и времени приема специалиста или проведения процедуры.

Во многом это стало возможным, потому что в период реализации программы модернизации поликлиники были хорошо оснащены, закуплено значительное количество компьютерных и магнитно-резонансных томографов. Сейчас практически каждое учреждение оснащено самым современным оборудованием. Это позволило сделать широкий спектр современных высокотехнологичных диагностических исследований



**Алексей ПОГОНИН,**  
заместитель руководи-  
теля Департамента  
здравоохранения  
Москвы

доступным для москвичей. Например, в 2010 году пациентам, которым требовалось пройти обследование при помощи КТ или МРТ, приходилось ждать своей очереди по три-шесть месяцев. Сегодня, согласно территориальной программе государственных гарантий, пациент должен пройти обследование в течение 20 дней с момента выписки назначения врачом, а по факту средний срок ожидания составляет семь-десять дней по разным округам.

**— Как удалось добиться позитивных изменений с обеспечением доступности медпомощи?**

— Принципиальным шагом в этом направлении можно назвать внедрение в деятельность лечебных учреждений Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Вспомните недавнее прошлое. Пациенты записывались на прием в тетрадке, лежащей в регистратуре, и следующий человек мог запросто вычеркнуть предыдущего и вписать себя. В результате возле кабинета врача нередко собирались очереди. Сегодня можно записаться к врачу не выходя из дома и попасть к тому же терапевту буквально в день записи. Благодаря внедрению ЕМИАС мы имеем возможность оценить доступность не только по отдельному лечебному учреждению, но и по каждому врачу. Отслеживается даже время, которое пациент проводит в ожидании возле кабинета врача: когда пациент приходит на прием, в регистратуре ему дают талон, в котором отмечается время прихода, а когда он попадает к врачу, тот нажимает на кнопку «начать прием», и мы смотрим, сколько времени человек ожидал своей очереди.

Сегодня 97% москвичей могут записаться на прием к врачу в сроки, определенные территориальной программой госгарантий.

Особенно я хотел бы отметить, что все изменения стали возможными благодаря координирующей роли мэра Москвы Сергея Семеновича Собянина, заместителя мэра Москвы Леонида Михайловича Печатникова и нашего руководителя Алексея Ивановича Хрипуна, которые являются драйверами позитивных преобразований. Они нас учат и вдохновляют, с ними очень интересно работать. Многого у нас получается, но мы еще многое придумаем и сделаем.

**— Сегодня проводится большая работа по повышению эффективности работы поликлиник и удовлетворенности пациентов. На каких принципах должна быть построена идеальная поликлиника?**

— В феврале на интерактивной онлайн-площадке правительства Москвы был проведен краудсорсинговый проект «Московская поликлиника», поучаствовать в котором мог любой желающий. На специальном портале зарегистрировались свыше 58 тысяч человек, которые в течение нескольких дней обсуждали спорные вопросы: имеющиеся недостатки при посещении поликлиники, что сейчас плохо, а можно сделать хорошо, вносили предложения. Таких уникальных предложений мы получили более 500 и по результатам экспертной проработки реализацию наиболее удачных из них разбили на этапы до 2018 года.

По блоку вопросов, которые сейчас очевидно лежат на поверхности, мы подготовили ряд мероприятий по повышению качества, доступности и эффективности оказываемой помощи и назвали его «Московский стандарт поликлиник». Кстати, уже разработан бренд и логотип московского стандарта поликлиники — сердце, внутри которого находится буква М.

**— И что на сегодня уже сделано?**

— Во-первых, была модернизирована регистратура, где всегда скапливались очереди и терялись карты. Карты перенесли в специальное хранилище, откуда они заблаговременно доставляются на прием к врачу. Освободившееся пространство в регистратуре превратилось в зоны комфортного пребывания для пациентов: здесь

**97%**

**москвичей могут записаться на прием к врачу в сроки, определенные территориальной программой госгарантий**

поставили телевизоры, кулеры, диваны, цветы, чтобы пациенты могли отдохнуть после приема врача либо в комфортных условиях дождаться своей очереди, если пришли в поликлинику раньше.

Во-вторых, на первом этаже организовали работу дежурного врача и информационного бюро, где пациент может получить ответы на вопросы по маршрутизации и многие другие. Возле инфоматов теперь тоже дежурит сотрудник, готовый помочь в записи на прием и ответить на текущие вопросы.

Еще одна проблема, беспокоившая москвичей да и самих врачей: участковые терапевты значительную часть своего времени тратили на обслуживание вызовов на дому. Они обходили пациентов пешком, и зачастую пациент мог вызвать врача, но, не дождавись его, сам уходил в поликлинику. Очевидно, что маршрут врача был нерациональным. Мы создали call-центр, который централизованно со всех филиалов поликлиники принимает вызовы на дом. Прежде чем отправить бригаду на очередной вызов, специалист call-центра проводит беседу с обратившимся пациентом по специально разработанному алгоритму. Исходя из симптомов и жалоб, медработник может передать этот вызов на неотложку либо предложить пациенту прийти в поликлинику для прохождения более углубленного осмотра. В то же время стоит отметить, если раньше врач ходил на дом только с фонендоскопом и ограниченным набором лекарств, сегодня за эти вызовы отвечает специально выделенный врач из отделения «вызова на дом», он передвигается на автомобиле поликлиники, имеет при себе расширенную укладку лекарственных препаратов, аппарат ЭКГ. Это совершенно другой уровень качества оказания помощи и отношения к пациенту.

### **— Удалось ли помочь тем пациентам, кому необходимо получить направление на анализы или оформить типовые медицинские документы?**

— Для этого в поликлиниках созданы медицинские посты. Они размещены на тех же этажах, что и терапевтические отделения. Пациент может обратиться туда, чтобы измерить артериальное давление, либо по направлению врача оформить санаторно-курортную карту, получить направление на анализы. Словом, все то, на что раньше приходилось тратить время на приеме у врача, сегодня делается за рамками этого приема на медицинском посту. Чтобы лучше узнать обо всех нововведениях, во всех поликлиниках имеются информационные брошюры и специальные плакаты, которые помогают пациентам, разъясняют порядок их действий и порядок получения тех или иных медуслуг. Замечу, что речь идет о поликлиниках для взрослого населения. Также мы создали единый стандарт навигации в поликлиниках — стандарт оформления указателей, табличек, информационных плакатов, в едином стиле будут оформлены все медицинские посты и информационные бюро на входе. Безусловно, на этом преобразование не закончатся. Нам потребуется время, чтобы изменить как внешний облик, так и само содержание работы поликлиник.

### **— Удалось ли наладить обратную связь с пациентом?**

— Действительно, эта задача была названа одной из значимых в ходе краудсорсинг-проекта «Московская поликлиника». На основе предложений от москвичей мы решили каждому пациенту старше 18 лет, зарегистрированному на портале госуслуг с указанием электронного адреса, после посещения врача направлять электронное письмо с предложением ответить на три вопроса: удовлетворен ли он качеством приема врача, отношением других сотрудников поликлиники, чистотой и порядком в мучреждении? Все отзывы обрабатываются в ежедневном режиме. В настоящее время почти 90% ответов пациентов — положительные. Это очень высокая цифра, но мы серьезно относимся и к негативным отзывам, которые тоже присутствуют. Ежедневно эти отзывы направляются главным врачам поликлиник. В случае

7-10

дней  
составляет время  
ожидания пациентом  
проведения  
необходимого ему  
КТ или МРТ

обоснованных претензий со стороны пациентов главным врачам необходимо принять адекватные меры по устранению выявленных жителями недостатков работы поликлиники и недопущению их повторного возникновения.

Одновременно с этим в учреждениях внедрено анкетирование пациентов, по итогам которого будут строиться рейтинги поликлиник в зависимости от степени удовлетворенности пациентов от их посещения. Изменится и служба внутреннего контроля. Она будет в большей степени ориентирована на решение конкретной проблемы пациента в текущий момент при посещении поликлиники.

### **— Каковы ключевые направления модернизации первичного звена оказания медицинской помощи в Москве в ближайшей перспективе?**

— С 2016 года начнется поэтапное внедрение электронной медицинской карты. Сейчас реализуется пилотный проект с участием 12 поликлиник, как детских, так и взрослых. Электронная карта уже апробирована, показала высокую эффективность, позволяет нам хранить все данные пациентов: результаты обследований и анализов, диагнозы и назначения врачей. Этот сервис будет помогать врачам: например, предупредит о неправильном решении в отношении конкретного пациента. Таким образом, по мере внедрения ЭМК, мы выйдем на другой уровень качества работы. Да и карта никогда не потеряется, все данные будут попадать в нее фактически в режиме онлайн.

Также продолжим развивать сервисы ЕМИАС, чтобы пациентам было еще удобнее получать медицинские услуги, а мы могли в динамике следить за состоянием здоровья москвичей, находящихся под врачебным наблюдением. Будет легче работать с хроническими пациентами, которые заслуживают особого внимания. Наша цель — максимально эффективно оказывать им медпомощь и обеспечивать полную преемственность в лечении, динамическом наблюдении за ними. Задача сделать так, чтобы качественное лечение такие пациенты могли получить на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Конечно, следует подумать над новыми возможностями для наших маленьких пациентов и их родителей. Скорее всего, мы вновь обратимся к самим москвичам, чтобы в рамках краудсорсингового проекта обсудить, как видится им «идеальная» детская поликлиника, какие существуют проблемы и их решения, что можно сделать нового. У нас тоже есть идеи, которые много обсуждаются среди врачей-педиатров. Уверен, что доктора поликлиник станут активными и заинтересованными участниками предстоящего обсуждения. Детская поликлиника — это особая среда, и важно, чтобы, уже переступая порог лечебного учреждения, маленький москвич и его близкие чувствовали — здесь вам рады и здесь вам обязательно помогут: максимально оперативно и с высоким качеством.

### **— Оправдывает ли себя ставка на централизацию лабораторной службы?**

— Я думаю, ни для кого не секрет, что современное лабораторное оборудование — эффективное, мощное, обладает высокой производительностью и позволяет проводить несколько десятков тысяч исследований за короткое время. Мы не можем позволить себе использовать его лишь на 10–20%, оно должно работать в полную силу. На мой взгляд, централизация лабораторной службы — абсолютно оправданная мера, которая позволяет рационально расходовать бюджетные средства, ускорить сроки получения результатов лабораторных исследований. Кстати, сейчас в ЕМИАС мы пилотируем лабораторный сервис, с помощью которого мы учитываем большинство проводимых в ГП анализов.

### **— Ощутим ли уже какой-то экономический эффект от преобразований лабораторной службы?**

— Безусловно, ощущается определенная экономия средств, в частности, на приобретении расходных материалов для лабораторных исследований. В целом

мы можем говорить о более эффективном использовании оборудования. Перед тем, как принять решение о централизации лабораторной службы, в течение нескольких месяцев мы проводили большую проверку, которая показала, что в поликлиниках имеется вообще не используемое или используемое раз в неделю лабораторное оборудование.

**— Расскажите, как будет организован «мониторинг смертности»? Действительно ли его планируется возложить на плечи участковых терапевтов?**

— По поручению министра здравоохранения России Вероники Игоревны Скворцовой все регионы обязаны осуществлять подобный мониторинг. Мы чрезвычайно ответственно относимся к этому поручению.

В частности, разработан и утвержден приказ Департамента здравоохранения Москвы о необходимых мероприятиях по снижению смертности от предотвратимых причин, предусмотрены масштабные профилактические мероприятия, главные профильные специалисты также включены в эту работу. Фактически это ежедневная работа, которая еженедельно контролируется руководством департамента.

В случаях повышения показателей вызовов скорой помощи, госпитализации или летальности пациентов проводится работа с лечащими врачами, руководителями поликлиник. Современные технологии помогают провести детальный анализ ситуации на каждом участке, у отдельного врача и в случае возникновения каких-либо проблем эффективно наладить работу по сложным случаям, помочь экспертным мнением.

**— Удалось ли перераспределить нагрузку со стационаров на поликлиническое звено для того, чтобы нивелировать известную общероссийскую диспропорцию, когда до 70% медицинской помощи оказывается именно в стационарах?**

— Это одна из целей нашей работы. И перечисленные мной мероприятия во многом связаны и с ее достижением. В частности, мы ищем новые подходы к работе с хроническими пациентами, чтобы не дожидаться обострений, оказывать им качественную помощь в первичном звене. Развивается система дневных стационаров.

Очевидно, что проведенные организационные преобразования в системе столичного здравоохранения уже продемонстрировали готовность амбулаторно-поликлинической сети к качественно новым вызовам. Наша задача — наладить комплексное сопровождение определенных групп пациентов на уровне поликлиник, в частности, мы рассматриваем такие действия и по паллиативным больным.

**— В целом к чему стремится прийти Департамент здравоохранения в ходе проводимых преобразований? Есть ли какие-то количественные параметры или качественные характеристики, на которые вы ориентируетесь?**

— Качественные характеристики утверждены городской целевой программой развития «Столичное здравоохранение» на 2012–2020 годы. Она содержит набор показателей эффективности, которые мы отслеживаем. Кроме того, во многом вектор нашей работе задают указы Президента РФ № 597 и 598. Конечно, мы хотим создать такую технологическую и экономически эффективную модель столичного здравоохранения, которая была бы удобна и понятна пациентам, чтобы они знали, куда им обращаться, где окажут медпомощь, где получают диагностическую услугу в необходимые, порой очень сжатые, сроки. К такой модели мы идем и очень хотим добиться новых положительных результатов.

# НА ВЗГЛЯД МОСКВИЧЕЙ

Что такое идеальная поликлиника? За ответом на этот вопрос власти города и руководство Департамента здравоохранения Москвы обратились к москвичам.

Краудсорсинг-проект «Московская поликлиника» стартовал 2 марта и завершился 16 марта 2015 года. Проект стал рекордным в России по количеству зарегистрировавшихся участников — 58 тыс. человек (при том, что предыдущие проекты собирали около 6–7 тыс. участников).

## Задачи проекта

*Получить предложения от жителей на темы:*

- как сократить очереди в поликлиниках;
- как сделать запись к врачу более доступной;
- как уменьшить число ненужных пациенту посещений поликлиники;
- как улучшить комфортность пребывания в поликлинике.

*Обсудить с жителями:*

- сложности, возникающие при посещении поликлиник;
- транспортную доступность поликлиник;
- возможности оценки работы поликлиник и врачей;
- какую информацию о поликлиниках необходимо раскрывать и где.

По словам руководителя Московского центра «Открытое правительство» Натальи Климовой, около двух недель в круглосуточном режиме люди комментировали



**Работа городских поликлиник будет строиться с учетом пожеланий москвичей**

все, что происходило на площадке. Жители столицы обсуждали, как повысить доступность медицинской помощи и устранить огромные очереди на прием к врачу, предотвратить потерю медкарт, сделать городские поликлиники более комфортными и многое другое.

В итоге москвичи, активно участвовавшие в опросе, высказали много интересных предложений.

#### *Как сделать запись к врачу более доступной:*

- улучшить систему напоминаний о приеме врача с использованием различных каналов связи (смс-рассылки, уведомления на электронную почту, телефонная связь);
- улучшить систему уведомлений о невозможности приема врача в ранее назначенное время;
- сделать максимально удобным и необременительным для пациента отказ от сделанной записи или перезапись к врачу на другой день или время;
- создать систему записи на повторный прием к врачу непосредственно из дома пациента в случае вызова врача на дом;
- по желанию пациента высылать результаты анализов на его e-mail;
- повысить качество работы электронных инструментов самозаписи к врачу.

**Более**

**27 000**

**предложений было  
подано участниками  
проекта**



Поликлиника начинается с регистратуры

**1157**

**предложений  
пациентов  
признано  
уникальными**

*Как уменьшить очереди:*

- увеличить время работы поликлиник, обеспечить работу поликлиник в выходные дни;
- разделить потоки пациентов, выделив «дежурного врача» для срочного приема пациентов;
- создать отдельные кабинеты «здорового пациента» для выдачи справок и других документов, оформление которых не требует врачебного осмотра;
- установить в поликлиниках электронные табло с информацией о движении электронной очереди;
- создать электронные амбулаторные карты, расширить применение электронных рецептов и др. электронных сервисов;
- разработать единый стандарт работы регистратуры, включая обязательную заблаговременную раскладку амбулаторных карт пациентов по кабинетам врачей.

*Как уменьшить необходимость посещения поликлиники:*

- увеличить доступность терминалов самозаписи к врачу;
- использовать врачебные консультации по телефону;
- создать возможность электронного заказа ряда медицинских документов (справок и тому подобное);
- выдавать рецепты на лекарства (при хронических заболеваниях) и молочную кухню на более длительный срок;
- распределить прием пациентов диагностическими службами так, чтобы пациент проходил большее количество обследований за минимальное время.

### Как повысить комфортность пребывания в поликлинике:

- сделать удобную навигацию, разработать маршрутные листы пациентов, выдавать информационные брошюры;
- оборудовать поликлиники достаточным количеством кулеров с водой, пеленальных столиков и пр.;
- обеспечить туалеты предметами личной гигиены;
- обеспечить работу регистратуры и других вспомогательных служб в соответствии с графиком приема пациентов.

### Как оценить работу поликлиники и врачей:

- обеспечить систему оценки пациентами качества работы поликлиник и отдельных врачей:
  - создать электронный сервис, позволяющий оценить работу врача после приема;
  - создать электронный рейтинг врачей и поликлиник;
  - открыть проблемные темы на портале «Наш город» для обеспечения контроля.

Помимо этого пациенты высказались за то, чтобы:

- освободить участковых врачей от визитов на дом к пациентам, создав для этой работы специальные выездные бригады;
- освободить врачей в часы приема от участия в различного рода совещаниях и других мероприятиях, отвлекающих от приема пациентов;
- проводить информационную кампанию «Не можешь прийти на прием к врачу — не забудь отменить запись», направленную на сокращение потерь времени амбулаторного приема врачей.

Самым комментируемым оказался вопрос, связанный со сложностями, возникающими при посещении поликлиники. К нему оставлено 9 364 комментария. Москвичей расстраивают двойные очереди — по записи и «живая», несоблюдение пациентами времени записи, огромное количество желающих (и работающих, и не работающих) попасть на прием в утреннее время, несвоевременный подбор медкарт и доставка их в кабинет врача, неготовность поликлиники принимать «обратную связь» от пациентов и др.

В ходе тематических обсуждений транспортной доступности поликлиник участники проекта назвали 45 маршрутов общественного транспорта, продление которых повысит транспортную доступность поликлиник, а также 26 новых остановок по требованию в существующих маршрутах транспорта.

Отрадно, что участники краудсорсинг-проекта не забыли отметить и то хорошее, что есть в столичном здравоохранении. На вопрос «Что вам нравится в работе наших поликлиник, что бы вы хотели сохранить?» — один из участников ответил: «Однозначно, хорошее есть! И много. Неотложка и «03». Поликлиники в шаговой доступности с широким спектром специалистов и вызов врача на дом по системе ОМС. Врач-педиатр, который сто лет работает на твоем участке, лечил меня, а теперь моих детей».

Говорить о завершении проекта «Московская поликлиника» вряд ли правильно. На сегодняшний день имеется промежуточный результат трудного процесса — движения к идеальной поликлинике. Движения вместе с пациентами. Один из которых написал: «Со мной переписывалась женщина, которая участвовала в таком же проекте по МФЦ, и сказала, что сначала не верилось, что получится, так как многое надо было сделать, но сейчас все работает. Поэтому здесь если дадут изменить, то все получится».

# 482

**меры по улучшению работы поликлиник были сформулированы и вынесены на голосование**

# КАЧЕСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КОМФОРТ

Современные пациенты оценивают медицинское учреждение не только по качеству оказываемой в нем помощи, немаловажный критерий — уровень комфорта, предоставляемый клиникой. Особенно значим он для амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых помощь оказывается детям.

## Согласно стандарту

С июля 2015 года наша поликлиника была выбрана Департаментом здравоохранения Москвы в качестве пилотного проекта по внедрению стандарта «Детской поликлиники» в московской сети. Смысл проекта заключается в организации удобной инфраструктуры, позволяющей обеспечить пациентам доступность медицинской помощи, высокое качество обслуживания, отсутствие очередей и комфорт в течение всего периода пребывания в медицинском учреждении.

Одним из главных шагов к достижению данной цели стала ликвидация привычной многим регистратуры, расположенной на первом этаже. Вместо нее появилась стойка-рецепшн и информационные терминалы для самостоятельной записи к специалистам. Посетителей встречают администраторы, в распоряжении которых находятся компьютеры подключенные к ЕМИАС. Все медицинские карты перемещены в хранилище на втором этаже, откуда их разносят к врачам, так что к моменту прихода пациента они уже находятся в кабинете. Так как подавляющее большинство пациентов приходит по предварительной записи, никаких проблем здесь не возникает.

Теперь на первом этаже в поликлинике большой холл, где организована просторная зона отдыха: дети могут поиграть, покататься на машинках, посмотреть телевизор.



**Любовь БУХАРИНА,**  
главный врач Детской  
городской  
поликлиники № 94  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

## В электронном виде

Важной новацией в организации работы поликлиники стало электронное расписание работы подразделений ДПУ.

Вместо большого плаката с расписанием в фойе первого этажа теперь расположены три электронных табло, на которых отображается информация о графике работы врачей, расписании лабораторий, осуществляющих функциональную диагностику, лабораторные исследования. Таким образом, практически все сервисы учреждения, за исключением электронной

медицинской карты пациента (работа над внедрением которой еще ведется), функционируют в электронном виде.

## **Помощь на дому**

Преобразования в рамках введения московского стандарта затронули и организацию круглосуточной медицинской помощи детям на дому. В учреждении организован единый call-центр, в котором прием звонков от населения ведется в круглосуточном режиме. Операторы call-центра располагают полной информацией о том, где находится машина со специалистом поликлиники, когда был обслужен вызов. В свою очередь все врачи, выезжающие на вызов, имеют с собой коммуникаторы и передают эту информацию в систему. Учитывая, что зона обслуживания поликлиники занимает восемь районов, а общее количество прикрепленного населения составляет 140 тысяч человек, данные меры позволили существенно улучшить организацию помощи пациентам на дому. И если ранее средний срок ожидания врача пациентом с момента поступления вызова составлял 2–2,5 часа, то сейчас это 15–30 минут, не более.

## **Отдельный вход**

Еще одним важным направлением нашей деятельности стал проект функционала отделения «Здоровое детство», который был запущен в августе 2014 года. Фактически мы стали первыми, кто открыл такое подразделение в Москве. Смысл нововведения — в разделении потоков пациентов, которые больны и обращаются в поликлинику за лечением, и здоровых детей, которым нужно получить справку для бассейна, секции, кружков, закрыть больничный лист. Чтобы свести контакты между больными и здоровыми детьми к минимуму, в данное отделение даже предусмотрен отдельный вход. Помимо справок в нем также выдаются направления на анализы, ведется выписка рецептов на молочно-раздаточные пункты.

## **Слушая пациента**

Важным этапом в улучшении работы поликлиники стало создание Общественного совета, в состав которого входят, и сами москвичи. Мнение родителей для нас очень ценно! Наша задача их услышать и постараться учесть их мнение в работе с маленькими пациентами. Мы приглашаем к участию в заседаниях Общественного совета родителей детей с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов, которые всегда могут посоветовать, что можно улучшить или изменить в работе учреждения.

## **Под личным контролем**

Все, что мы сделали и продолжаем делать в рамках пилотного проекта, не могло не найти положительного отклика у родителей. Согласно данным проведенного нами опроса родителей наших пациентов, 89% респондентов заявили, что оценивают произошедшие изменения положительно. Радует и то, что растет число желающих прикрепиться именно к нашему учреждению. Каждую неделю у нас прибавляется примерно по 100 новых пациентов. Это тоже показатель того, что мы на правильном пути.

В настоящее время поликлиника укомплектована кадрами на 92%, и это, безусловно, важная составляющая успешной работы клиники, однако уровень комфорта и сервиса, как я считаю, играет для пациента немаловажную роль.

Работая над совершенствованием процесса оказания медпомощи на уровне клиники, важно не забывать, что главный врач должен осуществлять личный контроль за всем происходящим, но, главное, за процессом подбора всего персонала, администраторов, которые будут работать непосредственно с пациентами. Ведь, как театр начинается с вешалки, поликлиника начинается с регистратуры, а значит, от того, насколько вежливыми и терпеливыми будут ее сотрудники, складывается впечатление обо всем медицинском учреждении в целом.

# 15–30

**минут  
составляет срок  
ожидания пациентом  
врача с момента  
поступления вызова**

Подготовила  
**Татьяна  
БЕСКАРАВАЙНАЯ**

# ГЛАВНАЯ ЦЕННОСТЬ — ЛЮДИ

Основным технологическим инструментом, который упростит процесс взаимодействия врача с пациентом, должна стать электронная медицинская карта. Каким образом отработать внедрение данного сервиса в стандартной московской поликлинике и избежать возможных трудностей переходного периода?

## Работа над критериями

В 2014 году на базе нашей поликлиники была организована пилотная зона по разработке и внедрению электронной карты пациента. Данную работу уже провели некоторые поликлиники для взрослого населения, мы же стали первыми в детской сети.

Основная задача — разработать профессиональное медицинское наполнение электронной карты пациента: медицинские протоколы по всем клиническим дисциплинам в педиатрии. Несколько слов о выборе платформы для создания электронной карты. Данный вопрос в современных, быстро меняющихся условиях, наиболее актуален. Жизнь любого программного продукта недолговечна, в среднем 8–12 лет, после чего перенести данные достаточно сложно ввиду быстрого устаревания программ и, как следствие, несовместимости с новым продуктом. Электронная карта должна была соответствовать международному стандарту openEHR, который диктует жесткие требования, а именно: данные должны храниться в течение всей жизни пациента:

- формат данных не должен зависеть от организации, разместившей эту информацию;
- размещенная информация ориентирована на человека.

При составлении протоколов перед нами стояла задача наиболее профессионально и полно сформулировать критерии осмотра пациента врачами разных специальностей, с учетом принципов пропедевтики детских болезней, а также учесть возможность написания эпикриза и других вариантов медицинских документов. При этом важно было не «утяжелить документ», а сделать его удобным для использования в условиях дефицита времени, с которым, как правило, сталкивается врач на приеме.

Разработкой протоколов занималась группа врачей, среди которых были врачи-педиатры, врачи специалисты, заведующие отделениями, заместители. Все сотрудники имели большой опыт практической работы, многие ученые степени. Разрабатывались протоколы профилактических осмотров, а также протоколы осмотров детей с острой и хронической патологией. Была предусмотрена градация по возрастным группам. В общей сложности создано 142 протокола по 19 специальностям.



**Эльмира КАШИРИНА,**  
главный врач Детской  
городской поликлиники  
№ 110 Департамента  
здравоохранения  
Москвы

Данная работа проводилась в течение года, после этого результаты были переданы на рецензию главным специалистам Департамента здравоохранения Москвы, которые высоко оценили работу наших врачей, внесенные ими поправки были минимальны. После этого в течение 2015 года сервис был доступен фокус-группе врачей, которые отрабатывали навыки работы с электронными документами с учетом хронологии ведения приема.

## На основе протокола

Один из ключевых элементов сервиса и работы с ним — «шаблон», который может создавать сам врач на основе протокола. Шаблон представляет собой частично заполненный электронный медицинский документ, применяемый для типового описания осмотра детей с похожими случаями заболеваний. При этом предусмотрена возможность создания, сохранения и дальнейшего использования специалистом собственных шаблонов осмотра. С учетом заболеваемости на участке врач имеет возможность создать несколько шаблонов и минимально менять данные при осмотре, что позволяет существенно экономить время. Особенно часто шаблоном пользуются врачи в дни здорового ребенка (грудничковый день).

Все вышеперечисленное позволяет экономить время на заполнение медицинской документации. Так, если раньше работа с медицинской документацией занимала в среднем до 50% времени приема, то теперь это время сократилось до 20%. Таким образом, врач может больше времени посвятить пациенту, что, конечно же, способствует росту качества оказываемой помощи.

## Уровень защиты максимальный

Разработчики сервиса предусмотрели и высокий уровень защиты информации, что важно для соблюдения «врачебной тайны». Все документы, хранящиеся в системе, не содержат персональных данных. Вместо них используются деперсонифицированные идентификаторы, то есть даже в случае «взлома» системы по ним будет невозможно установить реальные личности конкретных пациентов. Подлинные персональные данные физически хранятся в составе внешних защищенных систем. На определение личности пациента у злоумышленников могут уйти годы. Поэтому ситуация утечки данных крайне маловероятна.

Врач получает доступ к работе с электронной картой пациента через систему ЕМИАС при помощи индивидуальной электронной карты-ключа, что обеспечивает конфиденциальность такой работы. Уровень защиты персональных данных пациентов в системе максимальный.

## Новшества с позитивом

Главная сложность внедрения любой новой технологии — консерватизм восприятия, и это нормально для человека. Наша психология устроена таким образом, что принимать что-либо принципиально новое достаточно сложно. Поэтому, понимая, что нам нужно было создать положительный имидж нового функционала, на первых этапах к апробации системы привлекались только те врачи, которые с позитивом воспринимают любые новшества. Конечно, что вполне логично, технологические изменения быстрее освоили молодые специалисты. Однако сейчас и врачи старших возрастов тоже постепенно начинают включаться в процесс, понимая, какие плюсы несет новый функционал. Важно, что сегодня хорошая работа специалистов с электронной картой пациента учитывается в эффективном контракте при распределении стимулирующих выплат.



**ВАЖНО, ЧТО, РАБОТАЯ НАД ВНЕДРЕНИЕМ  
СЕРВИСА, РАЗРАБОТЧИКИ УЧИТЫВАЮТ ТЕКУЩИЕ  
ПОЖЕЛАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ  
ПРОДУКТА, НАХОДЯТСЯ В ТЕСНОМ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЕМ.**

**ЭЛЬМИРА КАШИРИНА**

Сейчас все данные, которые заносятся в электронную карту пациента, можно распечатать и внести в ее бумажный вариант. Со временем пациент сможет получать выписки и копии меддокументов и в электронном виде. Электронный документ гораздо удобнее для чтения, это снимает проблему пресловутого врачебного почерка.

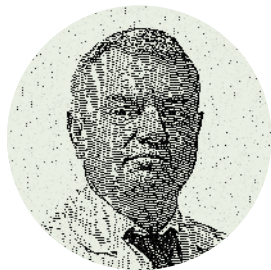
В перспективе электронная карта пациента также будет доступна и врачу стационара.

Важно, что, работая над внедрением сервиса, разработчики учитывают текущие пожелания врачей по усовершенствованию продукта, находятся в тесном взаимодействии с пользователем. Во внимание принимаются любые пожелания врача, которые дают ему больше удобства и экономят время. Можно сказать, что электронная медицинская карта — «живой» продукт, который постоянно улучшается. В настоящее время специалисты Департамента информационных технологий Москвы реализуют консолидированный пользовательский интерфейс, который сделает внешний вид электронной карты более адаптированным и интуитивным для использования.

Подготовила **Татьяна БЕСКАРАВАЙНАЯ**

# ЕДИНАЯ СИСТЕМА

Одним из базовых индикаторов успешности работы первичного звена в современном здравоохранении служит эффективность работы его профилактической составляющей. От того, насколько результативно работают медики в этом направлении, напрямую зависят все основные показатели смертности как от инфекционных, так и от неинфекционных заболеваний. О работе в области профилактики заболеваемости в столице рассказывает руководитель Московского центра профилактики Департамента здравоохранения Москвы Олег ФИЛИППОВ.



**Олег ФИЛИППОВ,**  
руководитель  
Московского центра  
профилактики  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы

## Учреждение по иммунизации

Благодаря модернизации и реформам столичного здравоохранения в настоящее время весь процесс профилактики как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний в Москве выстроен в единую и понятную систему. Самую младшую возрастную группу — новорожденных детей — прививают сразу после рождения в роддомах. Там ставятся прививки от гепатита В и туберкулеза. Последующие этапы вакцинации в рамках Национального прививочного календаря, а также регионального, московского, который, кстати, за счет повышенного внимания руководства города

к вопросам профилактики заболеваний весьма существенно его дополнил, проводятся в районной поликлинике. Взрослых вакцинируют в территориальных поликлиниках по месту жительства, прививки в рамках Национального календаря по эпидемическим показаниям также проводятся в травпунктах, травматологических отделениях и отделениях инфекционных больниц. То есть если пациент получил перелом или его укусило животное, если травма связана с повреждением кожных покровов, прививка против столбняка или бешенства может быть сделана там. В травматологических пунктах содержатся запасы противоклещевой вакцины. Кроме того, вакцинацию после укусов клещей проводит специализированное отделение городской инфекционной больницы № 2. Московский центр профилактики был создан и работает как учреждение для дополнительной иммунизации детей, которых в силу разных причин, а именно, слабого общего иммунитета, отягощенного аллергологического анамнеза, наличия хронической патологии, не могут привить в обычных поликлиниках.

Если, несмотря на все эти ограничения, вакцинация им все же показана, она может быть проведена в нашем центре, специалистами которого наработан огромный опыт работы в этом направлении.

## Координируя усилия

Вторая задача Московского центра профилактики — координация всего комплекса профилактических мероприятий, которые реализуются в Москве территориальными поликлиниками и другими учреждениями. В эту работу входит планирование, обеспечение и контроль работы, связанной с вакцинацией как детей, так и взрослых, организационно-методическая поддержка. В каждом городском округе функционирует отделение центра, осуществляющее координацию этой работы, где хранится трехмесячный запас вакцин для медицинских организаций, расположенных на территории округа. Также нами было организовано 22 кабинета, которые занимаются иммунизацией ослабленных детей на базе городских поликлиник для того, чтобы мама с маленьким ребенком могла сделать прививку в пределах своего административного округа, а не ехать через весь город. В функции врачей окружающих отделений входит сбор информации медицинских организаций, на основе которой составляется план прививок на следующий год. Опираясь на эти сообщения, мы составляем общий отчет о всей проделанной в течение года профилактической работе и формируем заявку для закупки необходимого количества вакцин для Министерства здравоохранения РФ на следующий год.

Второе основное направление нашей работы — координация работы по профилактике неинфекционных заболеваний. Данное направление в Москве реализуется в центрах здоровья, а также в отделениях профилактики, которые имеются во всех городских поликлиниках. В этих отделениях и в центрах здоровья любой житель Москвы может пройти скрининг, при необходимости получить направление на консультацию узкого специалиста.

## Люди отказываются от прививок

Главная проблема, с которой мы сталкиваемся в своей работе, — это недостаточно серьезное

отношение к своему здоровью самих москвичей. Оно иллюстрируется наличием множества нелепых мифов относительно вакцинации, а по отношению к профилактике часто распространен подход: «раз ничего не болит, значит, к врачу идти не надо». Нас, как профессионалов, такой подход, конечно же, очень коробит, так как иммунология, которая развивалась эмпирически, сама по себе как наука достаточно совершенная. Однако бывает, что человек оказывается обманутыми недостоверной информацией, нередко верит далеким от медицины людям.

В результате многие отказываются от прививок. Это одна из причин ставших частыми в последнее время вспышек высококонтагиозных заболеваний, таких как, например, корь. Москва в этом отношении особенный город, огромный мегаполис, через который ежедневно

проходит большой поток людей. И учитывая, что основной путь передачи инфекций воздушно-капельный, даже просто пребывание в одном помещении с инфицированным человеком практически 100% гарантия, что вы заболеете тоже, если до этого вы не были привиты или уже не переболели. Отказ от вакцинации особенно парадоксален,

учитывая, что иммунизация в рамках Национального календаря является бесплатной для граждан. Подобной практики нет ни в одной другой стране мира, везде, как правило, за прививки платят или сами граждане, или страховые компании.

В настоящее время мы охватываем вакцинацией детей в организованных коллективах: детских дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка. Взрослых в организованных коллективах по месту работы прививают территориальные поликлиники. Любая организация может обратиться в территориальную поликлинику, и для нее будет организован выезд врача для проведения вакцинации. За восемь месяцев этого года нами были привиты 2 млн 200 тысяч москвичей, из них 1 млн 700 тысяч — дети. В этом году планируем привить около 3 млн москвичей против гриппа. То есть со своей стороны мы делаем все, чтобы этот охват профилактическими прививками увеличить.

И совершенно такая же картина наблюдается в отношении профилактических осмотров. В отделения



## ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЫЛА И ОСТАЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СИСТЕМЫ МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Главная проблема – недостаточно серьезное отношение к своему здоровью самих москвичей**



профилактики можно прийти и сдать все виды анализов и пройти все необходимые исследования буквально за два часа. Перечень медицинских обследований просто уникальный, можно полностью проверить весь организм. Поскольку теперь во всех учреждениях города у нас введен «московский стандарт поликлиники», весь прием ведется по очереди, записаться можно через интернет, через портал госуслуг, по телефону.

Увы, население не использует эти возможности, и пока ситуация не станет действительно серьезной, пациент к врачу не идет. Между тем суть профилактики как раз в том, чтобы рано выявить заболевание и начать лечить его на начальной стадии. Только тогда можно получить действительно хороший эффект. В результате раннего скрининга выявляются и пациенты с онкологическими диагнозами, и с ранними стадиями гипертонической болезни, с проблемами органов дыхания.

Таким образом, профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний была и остается одним

из приоритетных направлений системы московского здравоохранения.

Со своей стороны мы планируем и далее активно развивать все вышеперечисленные направления медицинской помощи. Уже есть достаточно вакцин собственного производства, которые по своему качеству вполне могут конкурировать с аналогичными зарубежными и ни в чем им не уступают. Однако надо понимать, что без активности со стороны самих пациентов ситуацию не переломить. В некоторых странах граждан к этому стимулируют страховые компании, используя в качестве главного аргумента пункт контракта, по которому, если пациент вовремя не проходит контрольные профилактические осмотры, в случае наступления страхового случая его лечение не будет оплачено страховой компанией. У нас пока подобных механизмов мотивации нет. В результате население не особо стремится уделять внимание профилактике, а ведь именно она является основой для сохранения здоровья.

Подготовила **Татьяна БЕСКАРАВАЙНАЯ**

# С ОРИЕНТАЦИЕЙ НА ПАЦИЕНТА

Повышение доступности и качества лекарственных средств населению — одно из основных направлений программы развития здравоохранения. В Москве сегодня действует порядок лекарственного обеспечения льготных групп граждан. О том, как выстроена эта система, рассказывает начальник Управления фармации Департамента здравоохранения Москвы **Константин КОКУШКИН**.

**— Константин Александрович, каковы особенности организации лекарственного обеспечения в амбулаторном звене в Москве сегодня? Как в целом выстроена система лекарственного обеспечения в первичном звене?**

— В целях наиболее эффективного, ориентированного на пациента, процесса лекарственного обеспечения по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в Москве отпуск неспецифических лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения по выписанным рецептам осуществляется в 240 аптечных пунктах, расположенных непосредственно в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (по месту жительства), либо в аптечных организациях, наиболее приближенных к медицинской организации выписки.

Обеспечение специфическими лекарственными препаратами (например, для лечения онкологических заболеваний), специальными средствами при нарушениях функции выделения (для обеспечения стомированных больных), дорогостоящими препаратами по определенным профилям (например, обеспечение женщин в



**Константин КОКУШКИН,**  
начальник Управления  
фармации  
Департамента  
здравоохранения  
Москвы



**Одной из наиболее значимых задач, стоящих перед Департаментом здравоохранения Москвы, является обеспечение доступности лекарственных препаратов для жителей города**

период беременности лекарственным препаратом иммуноглобулин человека антирезус Rho (D)) осуществляется через аптечные организации (78 аптек и 21 аптечный пункт) Центра лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ»). Они расположены непосредственно в медицинской организации, осуществляющей выписку рецептов, или в непосредственной близости от медицинской организации выписки, в том числе:

- 6 аптек и 1 аптечный пункт осуществляют отпуск лекарственных препаратов для обеспечения пациентов, страдающих орфанными заболеваниями;
- в 21 аптеке производится отпуск лекарственных препаратов для обеспечения пациентов лекарственными препаратами, предназначенными для лечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

Отпуск наркотических средств, психотропных и ядовитых веществ производится в 41 аптеке ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», а также в 16 коммерческих аптеках, имеющих соответствующие лицензии. Отпуск лекарственных препаратов экстенпорального изготовления по рецептам врачей осуществляется в 51 аптеке центра, а также в 16 коммерческих аптеках.

**– Какие категории граждан и на каких условиях получают в Москве лекарственные препараты за счет бюджетных средств?**

— Обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой осуществляется за счет средств федерального бюджета при наличии у гражданина права на

получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (НСУ) в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». В состав НСУ включено в том числе обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. В этом случае перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечень медицинских изделий, перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, и порядки формирования таких перечней утверждает Правительство Российской Федерации.

В 2015 году обеспечение осуществляется:

- лекарственными препаратами для медицинского применения, в том числе лекарственными препаратами для медицинского применения, назначаемыми по решению врачебных комиссий медицинских организаций, по перечню, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 № 2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»;
- медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам на медицинские изделия при предоставлении

набора социальных услуг по перечню, утвержденному распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 № 2762-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг»;

— изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания детей-инвалидов по перечню, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 09.01.2007 №1 «Об утверждении Перечня изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи».

Одновременно в рамках реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (с изменениями) правительством Москвы установлены меры социальной поддержки для граждан, имеющих место жительства в городе Москве, за счет средств бюджета города Москвы при наличии у пациента права на получение мер социальной поддержки в соответствии с распоряжением правительства Москвы от 10.08.2005 № 1506-РП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой» (с изменениями).

Вышеназванным распоряжением утверждены перечни: — групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой;

— категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

Обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной

помощи, лекарственными препаратами осуществляется в соответствии с перечнями лекарственных препаратов в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год, утвержденной Постановлением Правительства Москвы от 23.12.2014 № 811-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Также распоряжением Правительства Москвы от 10.08.2005 № 1506-РП предусмотрен отпуск изделий медицинского назначения по утвержденному Депар-

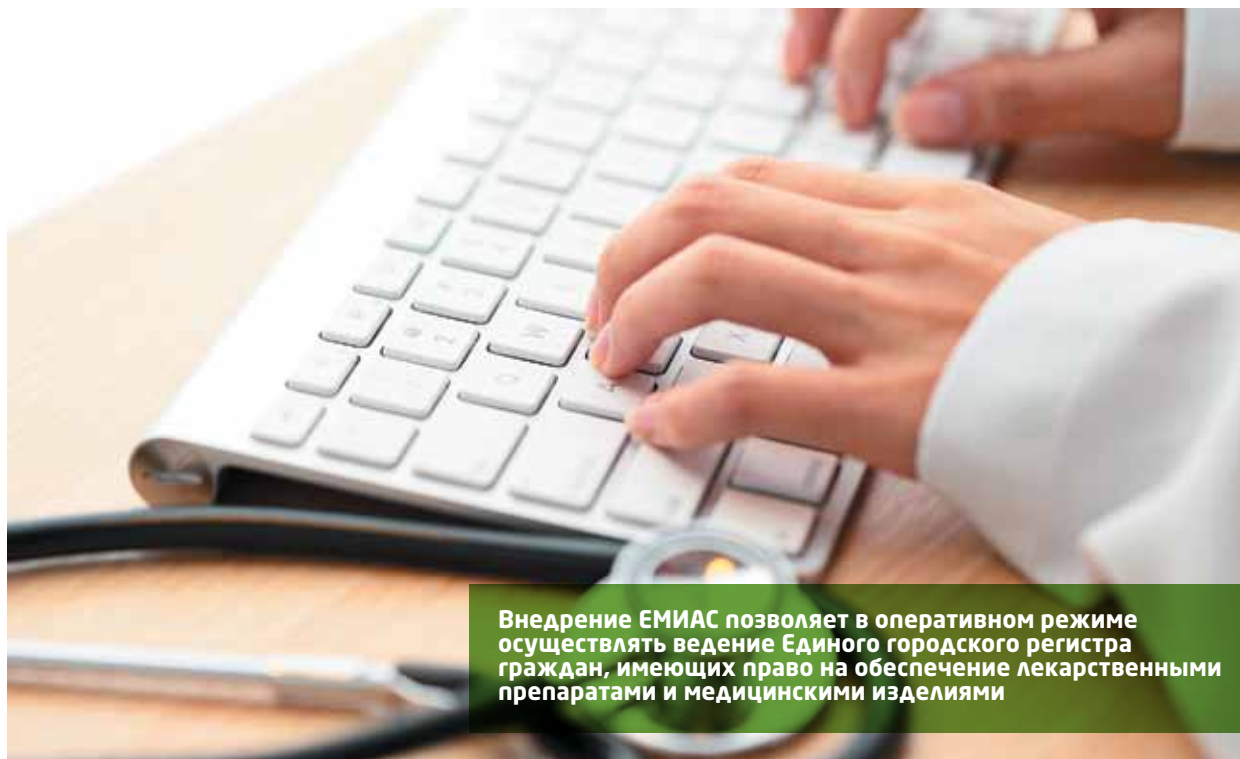


**ПО СОСТОЯНИЮ НА 16.10.2015 ГОДА ДОЛЯ  
РЕЦЕПТОВ, ПОСТАВЛЕННЫХ НА ОТСРОЧЕННОЕ  
ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ИЗ ОБЩЕГО ЧИСЛА  
ВЫПИСАННЫХ РЕЦЕПТОВ СОСТАВИЛА 0,009%.**

таментом здравоохранения города Москвы перечню. В рамках реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 обеспечение пациентов лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (программа 7 ВЗН) осуществляется лекарственными препаратами согласно перечню, утвержденному распоряжением Правительства РФ от 30.12.2014 № 2782-р (приложение 2).

Лекарственные препараты в рамках федеральной программы 7 ВЗН закупаются Минздравом России за счет средств федерального бюджета и поставляются на аптечный склад ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ».

Выписывание рецептов на лекарственные препараты производится в специализированных медицинских организациях, отпуск — через аптечные организации ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ», расположенные в шаговой доступности от медицинских организаций, осуществляющих выписку рецептов.



**Внедрение ЕМИАС позволяет в оперативном режиме осуществлять ведение Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями**

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности, с 01.01.2012 года отнесена к полномочиям субъектов Российской Федерации.

Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403, включает в себя 24 редких заболевания.

Обеспечение пациентов, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, осуществляется в порядке, утвержденном приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 21.02.2014 № 139 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи жителям города Москвы, страдающим заболеваниями, включенными в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний» (с изменениями).

Для обеспечения лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой пациенту необходимо предоставить в медицинскую организацию, в которой он наблюдается, документы, подтверждающие наличие у него права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и (или) получение мер социальной поддержки, для включения сведений о пациенте в Единый городской регистр граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве.

В случае временного отсутствия лекарственных препаратов в аптечной организации рецепт ставится на отсроченное обеспечение с внесением данных в «Журнал неудовлетворенного спроса». Сроки обеспечения, утвержденные Минздравом России: для препаратов согласно приложению № 2 распоряжения Правительства РФ от 30.12.2014 № 2782-р (за исключением препаратов, выписываемых по решению врачебной комиссии медицинской организации) — 10 рабочих дней с момента обращения пациента в аптечную организацию и 15 рабочих дней для лекарственных препаратов, выписанных по решению врачебной комиссии медицинской организации.

## **— Какие новые подходы нарабатываются в этой области в последнее время?**

— В целях создания экономически эффективной, пациентоориентированной модели здравоохранения, учитывающей специфику города Москвы как мегаполиса, а также устранения структурной и управленческой несбалансированности, низкой эффективности использования имеющихся ресурсов, в 2011 году были начаты мероприятия по укреплению материально-технической базы, переоснащению медицинских организаций, а также поэтапному реформированию государственной системы здравоохранения города Москвы.

В рамках стратегии развития первичной медико-санитарной помощи была создана трехуровневая система амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, позволяющая реализовать приоритетные принципы: территориальность и участковость, этапность оказания медицинской помощи, профилактическая направленность.

В результате были организованы амбулаторно-поликлинические объединения для взрослого и детского населения за счет присоединения к наиболее крупным и лучше оборудованным учреждениям других поликлиник, расположенных неподалеку (с зонами обслуживания 150–250 тысяч для взрослого населения; для детского населения — 35–50 тысяч). Кроме того, в рамках программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в 2014 году начата работа по переходу на выписывание рецептов в электронной форме, работа в этом направлении продолжена в текущем году.

## **— Задействована ли и каким образом ЕМИАС в системе лекарственного обеспечения?**

— ЕМИАС обеспечивает информационное взаимодействие участников программы по обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и позволяет в оперативном режиме осуществлять:

1. Ведение Единого городского регистра граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой в городе Москве; электронной базы государственных контрактов и гражданско-правовых договоров.
2. Учет товародвижения лекарственных препаратов и медицинских изделий; рецептов, выписанных

отдельным категориям граждан; лекарственных препаратов, отпущенных по выписанным рецептам.

3. Контроль остатков лекарственных препаратов и медицинских изделий, поставленных для обеспечения отдельных категорий граждан; реализации лекарственных препаратов и медицинских изделий в рамках заключенных государственных контрактов.

4. Отчетность о реализации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, а также о получении мер социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством.

## **— На чем будет сконцентрировано внимание ДЗМ в этой области в ближайшее время, в будущем году?**

— Одной из наиболее значимых задач, стоящих перед департаментом, является доступность лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для своевременного и гарантированного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи и мер социальной поддержки. Критерием оценки работы департамента в этом направлении является удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах, обеспечение которыми осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджета города Москвы.

Также следует отметить, что на рабочей группе по мониторингу организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, созданной в Департаменте здравоохранения Москвы, ежедневно обсуждаются вопросы доступности лекарственной помощи пациентам с корректировкой потребности в необходимых лекарственных препаратах.

## **— В связи с этим на что бы вы хотели обратить внимание руководителей московских клиник, врачей и среднего медперсонала первичного звена?**

— Особое внимание руководителям московских клиник, врачам и среднему медперсоналу первичного звена следует обратить как на соблюдение норм действующего законодательства в области обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, лекарственными препаратами и медицинскими изделиями по рецептам врача бесплатно или с 50-процентной скидкой, так и на проведение разъяснительной работы с прикрепленным населением по данному вопросу.

Подготовила **Римма ШЕВЧЕНКО**

# РОЛЬ ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Детский возраст — это период усиленного развития различных органов и адаптации к окружающей среде. Педиатрия изучает физиологию и патологию детского организма в различные возрастные периоды, а посещение педиатра — обязательная часть жизни каждого малыша, даже если он здоров.

**Ирина ВИТКОВСКАЯ,**  
заведующая организационно-методическим отделом по педиатрии НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

## Три периода в истории

Педиатрия, как и всякая наука, имеет свою историю. Педиатрия изучает человеческий организм от рождения, а в некоторых случаях и от последних месяцев внутриутробной жизни (недоношенные дети) до подросткового возраста включительно и является, по существу, медициной растущего организма. Как самостоятельная дисциплина педиатрия начала формироваться лишь в первой половине XIX столетия. Датой ее рождения считают 1802 г., когда в Париже была открыта первая детская больница, ставшая на долгие годы центром

подготовки педиатрических кадров для всей Европы. Однако еще выдающимися учеными древности и Средневековья, начиная с Гиппократов, который доказывал необходимость выделения педиатрии в особую дисциплину, были даны описания некоторых особенностей детского организма и обсуждались вопросы вскармливания, гигиены, клинических проявлений ряда заболеваний у детей и их лечения. В развитии отечественной педиатрии выделяют три периода: первый — до середины XIX века, второй — до 1917 г., третий — советский. Первый период характеризуется возникновением и развитием педиатрии в рамках других специальностей, преимущественно акушерства и терапии. Наиболее передовые ученые того времени уже говорили о необходимости мероприятий в области здоровья детей и снижения высокой детской смертности. Началом второго периода и толчком к выделению педиатрии в самостоятельную дисциплину послужило открытие

### **Медицина, ориентированная на детей, имеет свои специфические черты:**

- многие заболевания у детей протекают совсем иначе, нежели у взрослых, поэтому принципы лечения ребенка и профилактика детских болезней существенно отличаются от таковых у взрослых;
- ребенок — это растущий и формирующийся организм, что важно при принятии любого врачебного решения;
- маленький пациент не может рассказать о своем здоровье или точно объяснить, что у него болит, и это делает диагностику детских болезней более сложной.

первых русских детских больниц: в 1834 г. в Петербурге (третья в Европе после Парижа и Вены), а в 1842 г. в Москве.

В 1847 г. С.Ф. Хотовицким создано первое русское учебное руководство по детским болезням — «Педиятрика», в котором дано определение сущности педиатрии и цели ее как науки, до сих пор не утратившее своего значения: «Педиятрика есть наука об отличительных особенностях в строении, отправлениях и болезнях детского организма и об основанном на тех особенностях сохранении здоровья и лечении болезней у детей».

Дальнейшее развитие педиатрии связано с выделением ее в самостоятельную специальность, строительством и открытием новых больниц, а также первой самостоятельной кафедры детских болезней.

После 1917 г. (третий период) забота о матери и ребенке впервые в мире стала государственным делом.

В 20-е годы XX столетия началась планомерная борьба с распространением инфекций, организация оздоровительных мероприятий и широкое санитарное просвещение матерей. С этой целью впервые были организованы также патронажная служба и выездные женские и детские консультации. Продолжалось развитие сети детских учреждений: детских площадок при консультациях и поликлиниках, домовых, сменных, круглосуточных, сезонных (на селе) ясель. Подготавливались кадры медицинских сестер и воспитательниц, в крупных городах функционировали курсы организаторов охраны материнства и детства. В 1922 г. был организован Центральный государственный научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, затем аналогичные институты были открыты во многих других крупных городах и странах.

Развивалась и стационарная, в том числе специализированная, помощь детям. Строились как самостоятельные детские больницы, так и отделения в больницах для взрослых. Уже к 1940 г. в нашей стране сформировалась целая сеть профилактических, лечебных, оздоровительных учреждений и женских консультаций. К этому времени было около 8 тыс. детских и женских консультаций и поликлиник, около

900 тыс. стационарных детских коек, более 147 тыс. коек для беременных и рожениц, работали 19,4 тыс. педиатров. Таким образом, за годы советской власти в нашей стране сложилась стройная государственная система лечебно-профилактической помощи детям и матерям.

На заре XX века началась дифференциация и интеграция основных отраслей медицины. Внутри педиатрии на протяжении XX столетия выделялись самостоятельные дисциплины: детская хирургия, детская невропатология, детская психиатрия, детская офтальмология, неонатология, перинатология и многие другие.

### **Трехуровневая система**

В 2012 году в городе Москве для улучшения эффективности, доступности и качества оказания медицинской помощи создана трехуровневая система первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению.

Проведена реорганизация амбулаторно-поликлинических учреждений путем объединения 150 детских городских поликлиник, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь. В результате реорганизации созданы 40 амбулаторно-поликлинических объединений для оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению и 6 детских отделений во взрослых поликлиниках. Амбулаторно-поликлинические объединения являются самостоятельными юридическими лицами, имеющими в своем составе обособленные структурные подразделения (бывшие участковые поликлиники), организационно и функционально взаимосвязанные при оказании прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи. Участковые поликлиники, вошедшие в состав амбулаторно-поликлинического объединения, приобрели статус филиалов амбулаторно-поликлинических объединений.

При проведении реорганизации учтены территориальное расположение амбулаторно-поликлинических учреждений (практически шаговая доступность), оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием (обеспечение доступности населению различных видов диагностики), укомплектованность врачами (при необходимости пациент может обратиться

в любую поликлинику амбулаторно-поликлинического объединения).

Трехуровневая система первичной медико-санитарной помощи включает:

- 1) первый уровень — амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и некоторые наиболее востребованные виды первичной специализированной медико-санитарной помощи (городские поликлиники);
- 2) второй уровень — амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь и в основном первичную специализированную медико-санитарную помощь. Направление пациентов для получения первичной специали-

### Как говорили древние греки

Термин «педиатрия» имеет греческие корни: *пед.* — ребенок и *tiatras* — лечение и охватывает все аспекты жизни и развития детей, включая лечебно-профилактическую, социально-гигиеническую и образовательную, а врач-педиатр, работая с детьми, занимается предотвращением (профилактикой), распознаванием (диагностикой) и лечением (терапией) заболеваний и травм, применяя свой научно-практический опыт и клиническое мышление в ежедневной клинической практике.

зированной медико-санитарной помощи осуществляется: при необходимости уточнить диагноз или стадию заболевания, определяющие особенности тактики лечения; при необходимости проведения специальных лечебных и диагностических мероприятий; при отсутствии эффекта от проводимого лечения, необходимости коррекции терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов, наличии у пациента длительных периодов временной нетрудоспособности;

- 3) третий уровень — консультативно-диагностические отделения и центры, являющиеся структурными подразделениями стационарных лечебно-профилактических учреждений, оказывающие консультативную и лечебно-диагностическую помощь в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе и после выписки больных из стационара.

Все амбулаторно-поликлинические объединения оснащены современным медицинским оборудованием, проведены текущие и капитальные ремонты.

Укрепление материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения, приведение их в соответствие

с утвержденными порядками оказания медицинской помощи позволило:

- обеспечить внедрение утвержденных стандартов медицинской помощи;
- сократить сроки ожидания приемов врачей, инструментальных, функциональных и лабораторных исследований;
- повысить уровень диагностики, раннюю выявляемость заболеваний, проводить адекватное обследование пациентов на догоспитальном этапе.

Работа врачей-педиатров участковых организована в 3 смены, работа диагностических служб — в 2 смены. Прием пациентов в неотложных случаях осуществляется немедленно, вне очереди; сроки ожидания приемов врачей в плановом порядке не превышают 14 дней.

Введены различные формы записи на прием к врачу: по телефону, предварительная самозапись, через инфомат, через интернет. Организована запись на прием к врачам по многоканальным телефонам во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях внедрена единая общегородская информационная система. Созданы электронные регистратуры, автоматизированные рабочие места врачей. В целях обеспечения доступности записи на прием к врачу функционирует общегородской call-центр, появилась возможность записаться на прием к врачу по интернету через портал государственных услуг.

Проведено масштабное переоснащение амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения самым современным оборудованием (УЗИ — экспертного класса, цифровые рентгеноустановки, аппараты суточного мониторинга артериального давления и электрокардиографии). Впервые в поликлиниках появилась возможность проведения магнитно-резонансной и компьютерной томографии (МРТ, КТ).

Переоснащение и значительное преобразование в организации системы оказания медицинской помощи детям не только не снизили значимость главного для успешного лечения наших пациентов — высокую профессиональную образованность и неравнодушие медицинского персонала, но и способствуют улучшению качества и доступности оказания медицинской помощи и также развитию стационаросберегающих технологий.

### Задачи неизменны

Несмотря на структурные перемены, основные задачи детской городской поликлиники (амбулаторного центра) остались неизменны:

- ранняя диагностика заболеваний у лиц с повышенным риском развития соматических заболеваний;
- организация и проведение профилактических

мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, в том числе мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию и пропаганде здорового образа жизни.

По-прежнему главным исполнителем в реализации поставленных задач детской городской поликлиники (амбулаторного центра) является врач-педиатр (участковый) первичного звена здравоохранения.

Функции врача-педиатра сложны и разнообразны. Он формирует свой врачебный участок, проводит диагностическую и лечебную работу, в том числе на дому, осуществляет динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, обеспечивает подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения, а также является ключевой фигурой в организации профилактики заболеваний детского возраста и формирования здорового образа жизни среди детей и родителей.

В настоящее время в городе Москве под наблюдением педиатров находится около 1,8 млн детей в возрасте до 18 лет, в том числе детей до 14 лет — 1,6 млн чел., подростков 15–17 лет — около 240 тыс. чел.

Профилактическая работы в практике врача-педиатра поликлиники занимает примерно 60–70% рабочего времени, и начинается она с патронажа беременных, затем родильниц и новорожденных, также неотъемлемым составляющим является проведение медицинских осмотров детей в декретированные возрастные сроки.

Врач-педиатр принимает решение по вопросам развития, воспитания и охраны здоровья детей и во время патронажа проводит:

- контроль за нервно-психическим развитием детей;
- обучение родителей основным правилам воспитания детей раннего возраста (режим, питание, физическое воспитание — закаливание, массаж, гимнастика; гигиенический уход и т.д.);
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка, а также подготовки к поступлению в дошкольные учреждения;
- пропаганда здорового образа жизни в семье.

В настоящее время приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» регламентированы правила прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров: профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них. Данным приказом строго определены: вид осмотра, сроки его проведения,

перечень врачей специалистов, участвующих в осмотрах, а также лабораторные, функциональные и иные методы исследования.

На первом году жизни ребенок осматривается ежемесячно врачом-педиатром, через каждые 2 месяца проводится исследование общего анализа крови и мочи. В каждый квартал жизни ребенка его осматривают врачи специалисты и проводится расширенное ультразвуковое, инструментальное и лабораторное исследование.

В медицинских осмотрах детей участвуют все врачи специалисты, включая акушера-гинеколога, детского уролога-андролога и психиатра.



**ЖИЗНЬ КОРОТКА, ПУТЬ ИСКУССТВА ДОЛОГ,  
УДОБНЫЙ СЛУЧАЙ БЫСТРОТЕЧЕН, ОПЫТ  
НЕНАДЕЖЕН, СУЖДЕНИЕ ТРУДНО. ПОЭТОМУ  
НЕ ТОЛЬКО САМ ВРАЧ ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОТОВ  
СОВЕРШИТЬ ВСЕ, ЧТО ОТ НЕГО ТРЕБУЕТСЯ, НО  
И БОЛЬНОЙ, И ОКРУЖАЮЩИЕ, И ВСЕ ВНЕШНИЕ  
ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДОЛЖНЫ СПОСОБСТВОВАТЬ  
ВРАЧУ В ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.  
ГИППОКРАТ**

99,7% детей в Москве в 2014 году прошли профилактические медицинские осмотры.

85,2% детей имеют I и II группы здоровья, III группа здоровья составляет 13%, дети с IV и V группами здоровья 0,5 и 1,3% соответственно.

В структуре выявленных заболеваний у детей 0–17 лет, по данным медицинских осмотров: на первом месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 21,5%, на втором болезни органов дыхания — 17,8%, на третьем болезни глаза и его придаточного аппарата — 16,7%, на четвертом болезни нервной системы — 10,7% и на пятом болезни органов пищеварения — 8,2%.

На основании результатов медицинского осмотра ребенка врач-педиатр осуществляет мониторинг выявленных патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также формирует группу здоровья, в том числе физического, определяет соответствие учащегося требованиям к обучению и разрабатывает индивидуальные рекомендации по борьбе с факторами риска развития заболеваний и формированию здорового образа жизни.

# ГЕРМАН ТУРИНСКИЙ: ПРИНЦИП ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЛ ЭФФЕКТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ

С осени 2013 года московские поликлиники начали осваивать новый принцип финансирования — подушевой. Сегодня не будет преувеличением сказать, что система подушевого финансирования поликлинического звена в Москве работает в штатном режиме. О некоторых нюансах этой работы рассказывает заместитель директора — начальник Управления организации ОМС МГФОМС Герман ТУРИНСКИЙ.



**Герман ТУРИНСКИЙ,**  
начальник  
Управления  
организации ОМС  
МГФОМС

**— Герман Анатольевич, можно ли подвести какие-то предварительные итоги работы московских поликлиник в рамках подушевого финансирования?**

— Работа по принципу подушевого финансирования стартовала в октябре 2013 года. К концу 2014 года все поликлиники Москвы, участвующие в системе ОМС, перешли на эту систему расчетов. С 2015 года в равных условиях работают как городские поликлиники, так и ведомственные и частные. Пациент, написав заявление о прикреплении, «голосует» деньгами за медицинскую организацию. Настало время конкуренции. Чем больше прикрепленных граждан у поликлиники, тем выше ее доход. От того, как поликлиника заботится о своем прикрепленном населении, во многом зависит ее благосостояние. Если человек вовремя проходит диспансеризацию, делает необходимые скрининги, значит, он меньше болеет и поликлиника меньше затрачивает средств на его лечение. Принцип подушевого финансирования стал эффективным инструментом для экономии средств на двойном финансировании, которое случалось, когда одного и того же пациента

принимали несколько поликлиник сразу, например городская поликлиника по месту жительства и ведомственная по месту работы.

Таблица 1 Подушевое финансирование, млн руб.

Наименование показателя	2014 год	Оценка 2015 года
Общий объем финансирования первичной медико-санитарной помощи	50 906,8	56 978,1
Всего объем подушевого финансирования	46 120,0	55 921,6
Оплачено дополнительно к подушевому финансированию	4 786,8	1 056,5
из них за неприкрепленное население	1 076,9	1 056,5
Горизонтальные расчеты	5 833,4	3 903,6
Эритроциты	0	эр/мкл
Кетоны	0	ммоль/л
Билирубин	0	ммоль/л

Источник: МГФОМС

### — Каким образом и по каким параметрам МГФОМС сегодня отслеживает работу поликлиник?

— В первую очередь это «Народный контроль». В сентябре 2015 года МГФОМС запустил новый, единственный в России электронный сервис для застрахованных по ОМС граждан. В «Личном кабинете застрахованного» человек может посмотреть все медицинские услуги, которые ему были оказаны в поликлинике, в стационаре любой формы собственности и дать оценку этим услугам. Там же отражается стоимость медицинских услуг, это деньги, которые страховая компания перечислила медицинской организации за лечение.

На сайте МГФОМС размещена удобная форма для обращения граждан, за 2015 год уже поступило более 3000 обращений. По каждому обращению, согласно Закону об ОМС фонд или страховая компания проводит тщательную экспертизу.

### — Год назад было много вопросов по расчету подушевого тарифа финансирования, главные врачи жаловались, что он меняется в течение года, а они в связи с этим испытывают сложности при планировании расходов. Сейчас тариф зафиксирован?

— С 2016 года базовый размер подушевого норматива будет зафиксирован. При этом дифференцирование по 20 половозрастным группам сохраняется. Расчет общей суммы подушевого финансирования для поликлиники осуществляется ежемесячно с учетом регистра прикрепленного населения и коэффициентов дифференциации.

### — Какие виды медпомощи оказываются по подушевому тарифу, а что по законченному случаю? Ожидаются ли какие-то изменения при формировании структуры тарифа?

— В подушевое финансирование погружены все виды медицинской помощи, оказываемые в амбулаторно-поликлиническом звене и в условиях дневного стационара, кроме консультативно-диагностических отделений стационаров. В них оплата идет, как и раньше, за услуги.

**– Удалось ли московским городским поликлиникам навести порядок в своих реестрах прикрепленного населения?**

— Окончательный порядок установится только тогда, когда все застрахованные напишут заявления о прикреплении в выбранные ими медицинские организации. На сегодняшний день 4,5 миллиона человек уже написали заявления о прикреплении. Всего в московском регистре застрахованных лиц 12 миллионов человек.

Таблица 2. Прикрепление застрахованных граждан к поликлиникам (тыс. чел.)

Наименование показателя	01.10.2013	01.07.2014	01.10.2015	Заявленные МО возможности для прикрепления в 2016 году
Количество застрахованных граждан в Москве	12 355,4	11 925,7	11 945,3	
Неприкрепленное население	2 846,8	1 497,2	1 526,8	
Прикреплено к медицинским организациям, всего	9 508,6	10 428,5	10 418,5	12 385,0
в том числе по заявлениям	357,7	1 452,5	4 323,6	
из них к негородским медицинским организациям	-	-	158,9	510,0
Источник: МГФОМС				

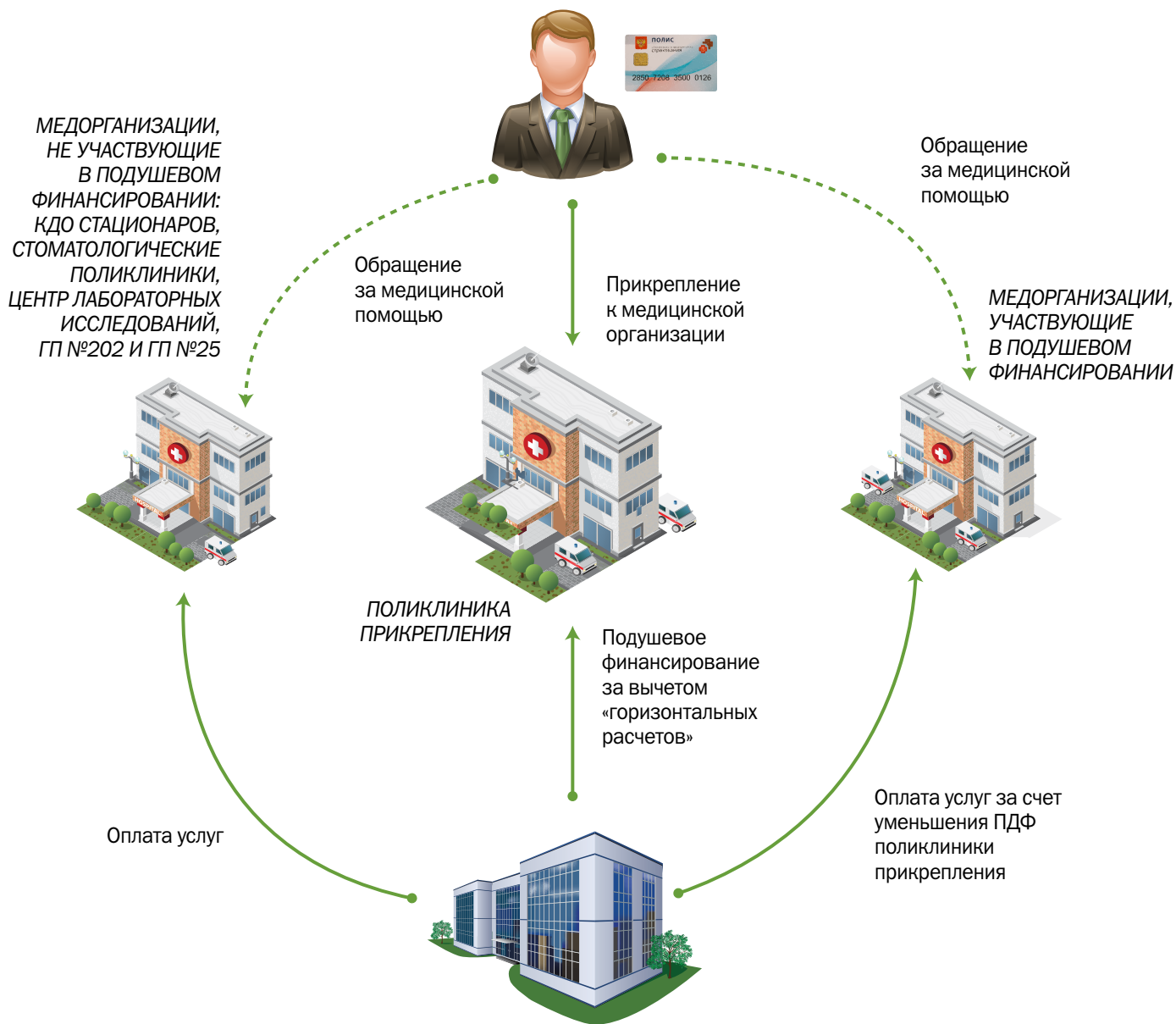
**– Каким образом сегодня выстроена система взаиморасчетов между городскими поликлиниками в случае, если они оказывают медпомощь пациенту, прикрепленному к другой поликлинике?**

— В соответствии с Порядком расчетов и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медорганизации г. Москвы медицинская помощь оказывается по направлению их поликлиники прикрепления. Также есть перечень медицинских услуг, для которых это направление не требуется, например неотложная помощь. Страховая медицинская организация оплачивает такие медицинские услуги, вычитая их стоимость из подушевого финансирования поликлиники прикрепления.

**– На что МГФОМС хотел бы обратить внимание руководителей медицинских организаций московского городского здравоохранения в связи с переходом на подушевое финансирование и дальнейшей работой с этим механизмом оплаты за оказанную клиниками медпомощь?**

— МГФОМС рекомендует обращать внимание на потребности различных групп населения с целью улучшения качества предоставления медпомощи, а также на правильное прикрепление граждан, которые должны обязательно написать заявление о прикреплении.

# Реализация принципа подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи в Москве в 2015 году



## Развитие системы подушевого финансирования в 2016 году

- Увеличение доли застрахованных, прикрепленных к поликлиникам по личному заявлению
- Установление фиксированного размера подушевого норматива на календарный год
- Переход на ведение онлайн учета прикрепленного населения, а также процесса обработки заявлений о прикреплении
- Увеличение тарифов на оплату услуг для оптимизации горизонтальных расчетов

# ПЛЮСОВ — БОЛЬШЕ

О том, как медучреждения приспосабливались к новой модели финансирования, рассказывают главные врачи московских поликлиник.



**Руслан САЙГАРЕЕВ,**  
главный врач  
ГП № 219, г. Москва

— Медицинская помощь в поликлиниках прежде, как известно, оплачивалась страховыми компаниями из расчета «за оказанные услуги». Чем больше пациентов, посещений и процедур — тем больше средств получит поликлиника. Естественно, при переходе вначале возникли трудности, так как необходимо было приспособиться к новым условиям. Они прежде всего были связаны с ограничением возможности финансового роста (подушевой норматив имеет предельную величину, которую нельзя увеличить объемом медицинской помощи). Необходимо было обеспечить сокращение расходов, повысить эффективность использования имеющихся ресурсов и вместе с тем не допустить снижения заработной платы медицинского персонала поликлиники.

В целом переход на новую форму оплаты в нашем учреждении прошел относительно благополучно.

Подушевое финансирование является на сегодняшний момент наиболее обоснованной системой финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в развитых странах.

Необходимость адаптироваться к новым правилам в наших условиях привела к изменению системы работы поликлиники. Поскольку вознаграждение фиксируется годовым подушевым фондом, у врачей появились стимулы больше времени уделять профилактике с тем, чтобы снизить количество обращений прикрепленного населения — от количества посещений сумма вознаграждения за пациента не увеличивается, зато повышение эффективности помощи позволяет больше ресурсов расходовать на собственные нужды учреждения. Стало меньше причин



Пациент голосует за качество

для назначения избыточных консультаций и процедур, а также проведения дополнительных тестов без серьезной необходимости. Также появились стимулы «не выпускать» пациента за пределы поликлиники, поскольку новая система финансирования предусматривает «горизонтальные» расчеты между учреждениями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, из того же подушевого фонда.

Имеющие место минусы являются проходящими и связаны с отладкой системы. Так, в настоящее время отсутствует действенный механизм контроля объема медицинской помощи, оказываемой ЛПУ, участвующими в «горизонтальных» расчетах. Уменьшение объема подушевого финансирования производят страховые компании на основании счетов, представляемых ЛПУ, что совершенно «не прозрачно» для учреждения, которое является плательщиком, и не имеет возможности проверить, какие и в каком объеме реально оказывались услуги, получить детализацию по видам оказанных другим учреждением услуг. Действенный механизм проверки отсутствует, поэтому учреждение лишено возможности побороться за фонды. С течением времени такие проблемы преодолеваются, есть основания полагать, что со временем они будут решены.

В условиях новой системы финансирования, когда объем средств ограничен, необходимо обеспечить рациональное использование имеющихся ресурсов. Возникает соблазн получить экономию за счет сокращения кадров. Однако в таком случае учреждению не удастся выполнить требования к обеспечению доступности медицинской помощи. Соблюдение баланса между численностью



**В ЦЕЛОМ ПЕРЕХОД НА НОВУЮ ФОРМУ  
ОПЛАТЫ В НАШЕМ УЧРЕЖДЕНИИ ПРОШЕЛ  
ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПОЛУЧНО.**

персонала учреждения и его способностью обеспечить доступность медицинской помощи для прикрепленного населения является довольно сложной задачей для управленческого персонала.

Очень важной проблемой, которая возникла при переходе на подушевое финансирование и до сих пор не решена, является отсутствие единой системы учета прикрепленного населения. Между тем учет имеет первостепенное значение для формирования объема подушевого финансирования, поскольку определяет количество средств, которыми учреждение будет располагать для осуществления своей деятельности. В настоящее время имеется несколько систем учета (ЕМИАС, ППО ОМС и др.), в которых численность населения, закрепленного за учреждением здравоохранения, существенно различается.

Основным документом, подтверждающим прикрепление пациента на медицинское обслуживание, является заявление застрахованного лица о выборе медорганизации для получения медицинской помощи. Первоначально при формировании реестра прикрепленного населения применялся принцип территориального прикрепления по месту регистрации застрахованного лица. Однако, как оказалось, во многом информация о прикрепленных лицах устарела. Кроме того, появление возможности выбирать медицинскую организацию по желанию привело к существенной миграции прикрепленных граждан.



**Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ,**  
главный врач ГП № 2,  
г. Москва

— Введенное в октябре 2013 года подушевое финансирование поставило нас перед необходимостью оптимизировать количество услуг, предоставляемых одному и тому же пациенту. Иногда их могло быть несколько за одно посещение. Однотипные анализы или исследования, назначавшиеся человеку в разных местах за короткое время, никого не смущали.

Чем это можно было объяснить? Прежде всего погоней за наполнением счета лечебного учреждения: количество услуг отражало эффективность работы врача и всего учреждения, определяя в итоге его финансовое положение. Новый формат заставлял укладываться в подушевой норматив; излишне говорить, что такая цель становилась недостижима без повышения качества лечения. Перестроились и страховые компании. Раньше они следили за тем, чтобы лечебные учреждения не заявляли слишком большого количества услуг. После введения подушевого финансирования почва для искажения статистики исчезла. Страховые компании в свою очередь перестали зарабатывать на комиссии от объемов и обратили главное внимание на качество работы врачей. Достаточно серьезную часть доходов страховщиков стали составлять штрафные санкции, а применять их можно было только в доказанных случаях некачественной работы медиков. Так в системе здравоохранения возник реальный рубеж контроля.

Каким стал следующий необходимый шаг? Это была сверка регистра застрахованных лиц и всех пациентов, прикрепленных к нашей поликлинике. Непростая, надо сказать, работа: она включала обзвоны и поквартирные обходы силами участковых врачей и медицинских сестер, а также совместные мероприятия с общественными организациями, в том числе с окружным Советом ветеранов, контакты с управами районов. Мы сверяли свой территориальный регистр с тем, который имелся у МГФОМС. Цель была простая: четко и ясно выяснить численность того контингента, который станет у нас обслуживаться, — как прикрепленного по территориальному принципу, так и изъявившего желание лечиться у нас и подавшего соответствующее заявление.

Этот этап был пройден, и сегодня мы несем ответственность в том числе и за тех людей, которые не посещают поликлинику, но прикреплены к ней. Прежде такая ответственность была косвенной: пациент не приходил в поликлинику, но и средств на его «душу» не поступало. Теперь мы их получаем и потому обязаны как минимум обеспечить всех своих пациентов, включая и до поры до времени «виртуальных», как минимум профилактическими, например противозидемическими, мероприятиями, затем попытаться включить их в сферу санпросветработы и так далее. Если «поликлинический пациент», минуя нас, будет попадать, скажем, в стационар с каким-нибудь тяжелым диагнозом, то нашу поликлинику, как это мне видится, уже в недалеком будущем могут начать штрафовать, и тогда ответственность моральная станет превращаться в прямую, то есть материальную. Такой ситуации лучше не допускать, и бороться за это надо уже сегодня.

Могу с сожалением констатировать, что подобными вопросами, как и форматами финансирования медицинских учреждений, само население сегодня не слишком озабочено. Такое впечатление, что среднестатистический гражданин не вполне осознает, что полис медицинского страхования, который он держит в руках, — это ключ в мир здоровья, это финансовый инструмент, обеспеченный государством, и есть полный смысл грамотно и ответственно этим ключом воспользоваться.

Во время перехода на подушевое финансирование пришлось пережить и еще один сложный момент: возникла необходимость расчета между учреждениями. Выяснилось, что за частью услуг, которые приписанному пациенту должна была предоставлять наша поликлиника, он обращается в другие медицинские учреждения — в силу привычки или по другим причинам. В какой-то момент эти взаиморасчеты оказались настолько сложными, что многие учреждения стали терять немалые деньги, а их пациенты продолжали расходиться по всему городу. В этой сфере царил хаос. С течением времени МГФОМС смог урегулировать данный вопрос. Был введен порядок, согласно которому оплачиваются только те случаи, когда у пациента есть реальное направление в другую медицинскую организацию.

Не могу не отметить, что Департамент здравоохранения Москвы и МГФОМС делают многое для того, чтобы эта ситуация стабилизировалась. К сегодняшнему дню появилась четкая система взаиморасчетов, и мы адресно видим, кто из пациентов и в каких сторонних учреждениях получает ту или иную помощь. Происходит выгрузка заявлений граждан в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) о прикреплении к поликлинике. Беспорядочная миграция пациентов прекратилась: их перемещения видны в режиме онлайн, и дублирования медицинской помощи, а значит, и возможных потерь поликлиники от невозмещенных расходов можно избежать.

Итак, регистры сверены, кто наши пациенты — мы знаем, а люди, выбравшие нашу поликлинику, сделали это, надо полагать, сознательно. Следовательно, у медицинской организации появляются возможности для развития и роста, поскольку в условиях конкуренции она должна оказывать своим подопечным только качественную медицинскую помощь. Пациенты со своей стороны станут отдавать предпочтение самым конкурентным из нас. Так будет функционировать модернизированная система здравоохранения.



**НОВЫЙ ФОРМАТ ЗАСТАВЛЯЛ УКЛАДЫВАТЬСЯ  
В ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ; ИЗЛИШНЕ  
ГОВОРИТЬ, ЧТО ТАКАЯ ЦЕЛЬ СТАНОВИЛАСЬ  
НЕДОСТИЖИМА БЕЗ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА  
ЛЕЧЕНИЯ. ПЕРЕСТРОИЛИСЬ И СТРАХОВЫЕ  
КОМПАНИИ.**

Что касается моего видения ближайшей перспективы, то, конечно, как и любому другому руководителю, учреждение которого получает средства, мне хотелось бы, чтобы эти средства увеличивались и подушевой норматив рос. Хочу отметить позитивные изменения в финансовом состоянии нашей поликлиники. В 2015 году наблюдается уверенный рост зарплат медицинского персонала и других сотрудников, и это радует. Наиболее значимым, однако, я считаю то обстоятельство, что врачам теперь объективно выгоднее думать о качестве предоставляемой помощи, нежели об ее объеме. На это и стоит опираться.

ЦИТАТА



**Валерий ВЕЧОРКО,**  
главный врач  
ГБУ ГП №180,  
г. Москва

— Как известно, до 2014 года медицинские учреждения финансировались из ТФОМС, федерального и регионального бюджетов. Региональный бюджет дотировал службу скорой помощи, расходы на государственные медучреждения и лечение социально значимых заболеваний, из федерального бюджета поступали средства на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, лекарственное обеспечение льготников. С июля 2014 года мы, как и все московское здравоохранение, перешли на одноканальное финансирование, при котором все средства поступают из одного источника — ТФОМС.

Мы имеем также возможность развивать платные услуги и получать дополнительные доходы от предоставления платной медицинской помощи. Наличие платных услуг в медучреждении зависит от разных причин и складывается по-разному. В нашей поликлинике № 180 все желающие могут получить медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Есть и категория пациентов, готовых получать помощь на платной основе.

Система подушевого финансирования предусматривает финансирование по количеству прикрепленного населения. На сегодняшний день к нашему учреждению прикреплено около 225 тысяч человек, и за каждого из них мы получаем определенную сумму денег в соответствии с утвержденным нормативом. Это означает, что чем больше к медицинскому учреждению прикреплено пациентов, тем больше оно получит денег от МГФОМС. Другими словами, чем лучше, качественнее медицинское учреждение будет оказывать медицинскую помощь, тем больше пациентов к нему придет. И это, на мой взгляд, реально способствует созданию здоровой конкуренции между учреждениями.

Главный врач должен понимать — чем больше к нему придет пациентов, тем больше он заработает денег. Он должен анализировать, мониторить ситуацию: сколько ему необходимо тех или иных специалистов, востребованы они или нет. К более востребованному специалисту придет больше людей. Раньше это особого значения и разницы не имело, деньги приходили, мы могли ими распоряжаться без лишних вопросов. Сейчас руководитель, даже если возьмет к себе на работу родственника, должен будет требовать от него полноценного, качественного выполнения функций, ведь иначе показатели работы учреждения будут выглядеть не лучшим образом. И это, на мой взгляд, — один из мощнейших стимулов для нашего роста и совершенствования.

Получая ежемесячно определенную сумму денег, мы реально можем оценивать свои финансовые возможности и рассчитывать расходы на лечебную, диспансерную, профилактическую работу. Раньше количество получаемых нами денег зависело от объема оказанных услуг. Ни для кого не секрет, что можно было «шалить». Запутанная схема давала шанс любому ЛПУ получить дополнительное

финансирование, порождала дополнительный документооборот, создавала предпосылки к коррупции. Сейчас этого нет, делать это просто не имеет никакого смысла.

Теперь руководитель становится менеджером. Он должен понимать, сможет вывести учреждение на новый уровень или нет, сумеет ли верно распределить финансовые потоки. Потому что львиная доля этих денег, около 70%, уходит в фонд заработной платы, только 30% идет на все остальное, и, конечно же, необходимо эти деньги правильно распределить, что мы и стараемся делать.

Из минусов подушевой системы я назвал бы один: если пациент от вас ушел, то у вас денег нет, а если нет денег, вам нечем платить зарплату. Поэтому ситуации, когда сотрудник непонятно чем занимается, а пациенты убывают, просто исключаются. Хотя ... здесь минусы и плюсы очень пересекаются — исключая такие ситуации, мы поднимаем качество оказания медицинской помощи.

Отрадно, что сейчас средний подушевой норматив финансирования увеличился, раньше сумма была меньше. Ситуация, на мой взгляд, улучшается, система совершенствуется.

Что касается сложностей — при любых новациях, они, как правило, неизбежны. Мы их почувствовали при слиянии пациентских баз, выверке пациентов. Известно, что каждый гражданин может прикрепиться к любой понравившейся поликлинике, один раз в год (за исключением случаев переезда в другой регион) написать заявление о переводе в другую поликлинику — эти перемещения приходится отслеживать. Иногда бывает сложно взять у пациента заявление на прикрепление, ведь люди разные, с разными характерами и представлениями...

Надо совершенствовать саму базу. Бывает, что пациент прикрепился к амбулаторному центру, а проживает в другом месте. Случается, что вызывает неотложку. В таких случаях происходит так называемый горизонтальный расчет между учреждениями, выверка реестров МГФОМС и тех, что находятся в ЛПУ. В целом все сейчас делается правильно, надо лишь немного отшлифовать моменты, связанные с расчетами между учреждениями. Эти вопросы ежедневно решаются. Могут сказать, что стороны данного процесса заинтересованы в правильности расчетов за медицинское обслуживание пациентов государственными учреждениями.

Хочу сказать, что аналоги нашей системы подушевого финансирования есть и за рубежом. Я недавно побывал в Праге. Поликлиник в том понимании, как мы их знаем в России, там нет. Есть кабинеты врачей, в том числе терапевтов, узких специалистов, которые в арендованных помещениях оказывают помощь пациентам. Врач «прикрепляет» к себе пациента, за которого получает оплату от государства, страховых компаний. Система там устроена таким образом, что доходы врача напрямую связаны с качеством оказываемой медицинской помощи. Мы тоже подходим к этому — надо показывать свой профессионализм, свое умение, а все остальное отходит на второй план.

Сейчас в московском здравоохранении есть все условия для того, чтобы реализовать себя, показать свои организаторские способности, зарабатывать деньги и дать возможность сотрудникам получать достойные зарплаты.



**ЧЕМ ЛУЧШЕ, КАЧЕСТВЕННЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ БУДЕТ ОКАЗЫВАТЬ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ТЕМ БОЛЬШЕ  
ПАЦИЕНТОВ К НЕМУ ПРИДЕТ. ЭТО РЕАЛЬНО  
СПОСОБСТВУЕТ СОЗДАНИЮ ЗДОРОВОЙ  
КОНКУРЕНЦИИ МЕЖДУ УЧРЕЖДЕНИЯМИ.**

# НИКОЛАЙ ПЛАВУНОВ: СЛУЖБА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОХВАТЫВАЕТ ВСЮ ТЕРРИТОРИЮ МОСКВЫ

Восстановлением службы неотложной медицинской помощи в Москве занялись относительно недавно, однако, по словам главного внештатного специалиста по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф Департамента здравоохранения Москвы, главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Николая Плавунова, система уже в целом выстроена и работает эффективно.



**Николай ПЛАВУНОВ**, главный внештатный специалист по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф Департамента здравоохранения Москвы

**— Николай Филиппович, расскажите, что сегодня представляет собой система неотложной медицинской помощи в Москве в количественном и структурном отношении?**

— Система неотложной медицинской помощи Москвы представлена врачебными бригадами отделений неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению, которые расположены на базе городских поликлиник и поликлинических отделений городских больниц. Врачебные бригады отделений неотложной помощи взрослому и детскому населению укомплектованы врачами-терапевтами, врачами скорой медицинской помощи или врачами-педиатрами соответственно и работают в круглосуточном режиме. Всего на сегодняшний день насчитывается 106 отделений и 191 бригада: 89 бригад детских «неотложек» и 102 бригады взрослых «неотложек». Отделения неотложной помощи обслуживают всю территорию Москвы. В каждом административном округе расположены call-центры отделений неотложной помощи взрослому и детскому населению по приему вызовов как от населения, так и из оперативного отдела Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. Телефоны можно узнать в интернете, в городских поликлиниках и по телефону вызова экстренных служб: «103». Бригады отделений оснащены всеми

необходимыми медикаментами и оборудованием для диагностики и оказания неотложной медицинской помощи: медицинской сумкой-укладкой, тонометром, глюкометром, электрокардиографом и другим. Наша станция ведет постоянный мониторинг за сроками исполнения вызовов бригадами отделений неотложной помощи, которые не должны превышать два часа от момента получения вызова.

**— С какими сложностями приходится сталкиваться при организации неотложной медпомощи клиникам и как они решаются на практике?**

— Безусловно, одной из основных проблем является кадровая укомплектованность — не все медицинские организации укомплектованы специалистами на 100%. Остальные вопросы носят технический характер и решаются в оперативном порядке. Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова разработала и адаптировала программное обеспечение по приему и сортировке вызовов, поступающих как от населения, так и из оперативного отдела станции, и установила ее в окружных call-центрах отделений неотложной помощи. С 2015 года все вызовы врача «неотложки» регистрируются в программе и передаются на коммуникатор врача в автоматизированном режиме, что позволяет сократить время передачи вызова и время приезда бригады к пациенту. Программное обеспечение скорой помощи и отделений неотложной помощи пока не связано с ЕМИАС, но это планируется сделать в перспективе. Сейчас для реализации совместимости двух систем ведутся подготовительные работы.

**— Есть ли сложности на уровне города?**

— На первом этапе организации отделений неотложной медицинской помощи у пациентов часто возникали вопросы: в каких случаях звонить в «неотложку», а в каких на станцию скорой помощи. Общими усилиями Департамента здравоохранения, Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, медицинских организаций, на базе которых открылись «неотложки», с помощью публикаций в прессе, памяток, плакатов население ознакомлено с перечнями поводов для приезда врачей неотложной помощи и врача скорой помощи. В настоящий момент практически все пациенты, которые обращаются за помощью в «неотложку» с обострениями хронических заболеваний, информированы и знают номера телефонов своих окружных call-центров.

**— Можно ли сказать, что такие службы одинаково развиты и укомплектованы во всех районах, административных округах города?**

— С 2013 года служба неотложной медицинской помощи охватывает всю территорию Москвы, во всех административных округах есть взрослые и детские «неотложки». В зависимости от численности населения районов отделения укомплектованы разным количеством бригад. Например,

в Северо-восточном административном округе в отделениях неотложной помощи взрослому населению работают 12 бригад, а в Центральном административном округе шесть. Анализ эффективности работы отделений показывает, что настоящее количество бригад является оптимальным.

**— Как сегодня распределяются зоны ответственности «неотложки» и «скорой»? Помогла ли организация службы неотложной медпомощи разгрузить СМП?**

— Распределение вызовов на исполнение бригаде скорой или неотложной помощи происходит по определенному алгоритму, утвержденному приказом Департамента здравоохранения Москвы. За счет выполнения бригадами «неотложки» вызовов к пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, повысилась эффективность и оперативность прибытия на вызов бригад скорой медицинской помощи. В структуре вызовов скорой медицинской помощи повысился удельный вес пациентов с экстренными состояниями. С началом работы отделений неотложной помощи в 2011 году количество вызовов, выполняемых станцией скорой и неотложной медицинской помощи, стабилизировалось, а с 2014 года количество вызовов начало снижаться. С 2014 года в общем количестве вызовов, выполненных бригадами скорой помощи и бригадами отделений неотложной помощи, доля вызовов отделений неотложной помощи составляет 25%. В 2013 году наша станция выполнила 4 285 942 вызова и 1 102 580 вызовов выполнили отделения неотложной помощи, а в 2014 году станция выполнила 3 996 167 вызовов и 1 264 665 вызовов — отделения «неотложки».

**— Каковы перспективы развития этого направления деятельности на уровне города и отдельных клиник?**

— Основными показателями оказания неотложной помощи являются качество и доступность. В данном случае для нас очень важно сохранить и развить систему оперативности приема, сортировки и передачи на исполнение бригаде неотложной помощи. Для этого в 2016 году на базе оперативного отдела Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова планируется организовать единый диспетчерский центр, который взял бы на себя все функции приема вызовов от населения как для бригад скорой, так и для бригад неотложной помощи. Мы постоянно дорабатываем программное обеспечение и проводим обучение среднего и врачебного медицинского персонала отделений неотложки. Служба неотложной медицинской помощи в современной Москве относительно новая, но, несмотря на это, население оценило ее преимущества, мы получаем благодарности от пациентов и их родственников, что является очень важным показателем, определяющим эффективность нашей работы.

# ВИКТОР ФОМИН: ПРИШЛО ВРЕМЯ МЕНЯТЬ ИМИДЖ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В начале года в Москве стартовала программа подготовки врачей общей практики. Возможно, пока рано подводить ее итоги, однако уже очевидно: специалисты, проходящие переподготовку, делают это не для галочки — они заинтересованы в реальных знаниях и навыках, которые пригодятся на практике. О роли врача общей практики в столичной системе здравоохранения и о том, как повысить привлекательность этой профессии для студентов медицинских вузов, рассказывает главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) Департамента здравоохранения Москвы, проректор по лечебной работе Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Виктор ФОМИН.



**Виктор ФОМИН,**  
главный внештатный  
специалист общей  
врачебной практики  
(семейный врач)  
Департамента здраво-  
охранения Москвы

**— Виктор Викторович, много ли специалистов уже прошли через программу переподготовки?**

— На данный момент мы провели переподготовку 492 врачей общей практики, сегодня продолжается работа еще со 150 специалистами. Соответственно всего мы охватили почти 700 врачей, которые не только не потеряли свое место в системе столичного здравоохранения, но и получили возможность влиться в один из наиболее востребованных и актуальных сегментов. В то же время данное направление работы интересно и университету, это принципиально новая история в наших партнерских взаимоотношениях с Департаментом здравоохранения Москвы, с которым всегда работаем рука об руку. Мы понимаем, что от врача общей практики зачастую в наибольшей степени зависит судьба пациента, именно он определяет: нужно ли направлять пациента в стационар, можно ли оказать ему помощь, требуется ли консультация профильного врача-специалиста. На самом деле это большая ответственность, и те кафедральные коллективы, которые отвечают за переподготовку врачей общей практики, были



**От врача общей практики зачастую в наибольшей степени зависит судьба пациента**

вынуждены «встать на землю», оценить потребности отрасли в целом и столичного здравоохранения в частности, поставить себя в реальные условия деятельности врача, к которому за день приходят десятки пациентов. Если в ближайшей перспективе векторы развития столичного здравоохранения не изменятся, мы готовы всемерно участвовать в реализации этой программы.

**— Ощущается ли вклад новоиспеченных врачей общей практики в объемы оказания медицинской помощи в столице?**

— Думаю, мы ощутим этот вклад в течение следующих нескольких лет. Причем в первую очередь его будут ощущать пациенты, которые поймут, что сегодня медицинская помощь не только доступна, но и приближена к ним, к их настоящим потребностям. Специалисты и медорганизации, работающие на следующих этапах оказания помощи, также заметят существенное уменьшение количества госпитализаций, которые зачастую производятся необоснованно и за которые нас штрафуют проверяющие из Фонда ОМС. Результат от переподготовки врачей общей практики будет ощутимым, но пока прошло слишком мало времени с момента запуска программы, поэтому давайте еще немного подождем.

**— Можно ли уже говорить о каких-то кардинальных изменениях в организации**

**медицинской помощи на уровне участковых терапевтов в связи с запуском программы?**

— Кардинальные изменения есть, и, надеемся, в обозримом будущем москвичи почувствуют их на себе. Пожалуй, главное изменение, которое я бы отметил, это приближение врача к пациентам всех возрастов, что важно в первую очередь для новых застроенных районов, поскольку решает проблему доступности медицинской помощи. Кроме того, в значительной степени решается проблема необоснованной нагрузки на узких специалистов. Допустим, пациент с артериальной гипертензией, которому уже назначено лечение и который, возможно, на определенном этапе был госпитализирован, замечает, что в силу тех или иных причин в течение двух дней его артериальное давление не отвечает целевым значениям. Он не должен тут же бежать к кардиологу, и после консультации, зачастую формальной, госпитализироваться в ближайший стационар. Первый, кто должен разобраться в его проблеме, это врач общей практики.

**— Будет ли продолжена программа профессиональной переподготовки в следующем году?**

— Однозначно. Нам это направление деятельности очень интересно, мы стараемся максимально

уйти от начитывания, сделать акцент на практике, используем симуляционные технологии. В этом процессе активно задействована виртуальная клиника MentorMedicus, которую неоднократно посещали мэр Москвы Сергей Собянин, вице-мэр Леонид Печатников и руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. На площадке клиники производится не только обучение, но и аттестация новых врачей общей практики.

**— А как сами врачи отзываются о программе переподготовки? Были опасения, что из-за загруженности участковые терапевты будут стремиться проходить переподготовку формально. Оправдались ли эти опасения?**

— В целом врачи довольны, хотя, не буду скрывать, были случаи отказов и попыток ухода из программы, потому что специалисты считают, что мы их слишком перенагружаем, а людям хочется формально быстрее получить соответствующий документ. К сожалению, формальное отношение к этому процессу недопустимо. Это как раз можно отнести к вопросу о том, что дополнительное профессиональное образование в здравоохранении нуждается в определенных управленческих изменениях. Того, кто хочет уйти, потому что считает, что его учат слишком много, мы не удерживаем. Вероятно, столичная система здравоохранения проживет и без него. Специалисты, которые остаются, понимают: врач общей практики работает на амбулаторном звене, что интересно и одновременно непросто, ведь им, по сути, придется быть на передовой. Следовательно, ВОП должен обладать высоким уровнем знаний, и врачи, проходящие переподготовку, очень требовательны, они ждут реальных навыков.

**— Что в дальнейшем необходимо сделать на уровне Департамента здравоохранения Москвы, правительства, самих клиник для развития института врачей общей практики?**

— Вопрос непростой с той точки зрения, что к процессу развития института врачей общей практики нельзя относиться таким образом: мол, «дайте денег, но не спрашивайте, куда мы их дели». На мой взгляд, развитие института ВОП во многом зависит не от того, насколько правительство Москвы будет финансово, управленчески, организационно поддерживать программу. Правительство и так многое делает для этого. Нужно менять имидж врача общей практики, отношение к этой специальности со стороны тех, кто еще только учится в медицинских университетах, чтобы они выбирали эту специальность. Безусловно, необходимо увеличивать число бюджетных мест в ординатуру по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» и стремиться, чтобы обучение в этой ординатуре было привлекательным. Данный вопрос нужно решать на уровне страны, ведь сегодня медицинские университеты имеют одно-два бюджетных места на набор, и мы понимаем, что будущие врачи скорее выберут платное направление, например акушерство и гинекологию, хотя осознают, что сегодня существует определенный профицит и, окончив университет, они рискуют не найти работу по специальности. К сожалению, на данный момент студенты не готовы платно учиться на врача общей практики. Нужно делать эту специальность более привлекательной для тех, кто сейчас учится, выстраивать для них некое подобие отдельного социального лифта, чтобы они понимали: быть врачом общей практики престижно, они будут востребованы столичным здравоохранением.

# КАЗУИСТИЧЕСКАЯ «НЕМАЯ ИШЕМИЯ»

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 21 сентября, обсуждалась история болезни пациента в возрасте 73 лет, умершего по причине атипично протекавшей хронической ишемической болезни кишечника в стадии декомпенсации.

Первым начал изложение истории болезни пациента главный врач городской поликлиники № 66 ДЗМ Максим Максимов:

— Пациент 1941 года рождения впервые обратился в нашу поликлинику 5 февраля 2015 года. Это был его единственный контакт с нашими врачами. Как объяснил пациент, до этого он проходил диспансеризацию и получал необходимое лечение в коммерческой клинике по полису ДМС, который оплачивал работодатель. Когда больному потребовалось направление на операцию, он решил прикрепиться к нашей поликлинике по территориально-участковому принципу, на что имел право. 5 февраля пациент прикрепился к ГП № 66, записался на прием к хирургу С.Н. Губанову и был им осмотрен.

Как пояснил Максим Максимов, при осмотре больной предъявлял жалобы на наличие опухолевидного образования в правой паховой области. Со слов пациента, при прохождении периодического медосмотра в клинике, где он наблюдался, ему было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для получения направления на стационарное лечение. От дополнительных обследований в ГП № 66 пациент отказался, сославшись на то, что уже прошел все необходимые обследования при прохождении последней диспансеризации в коммерческом медицинском центре. Больному было выдано направление в КДЦ ГКБ № 15 для осмотра врачом хирургом и решения вопроса о плановой операции.

— По этому необычному случаю в нашей работе, — закончил свое выступление Максим Максимов, — была проведена проверка по внутреннему контролю качества оказания медицинской помощи. Она показала, что по срокам оказания помощи и ее качеству никаких нарушений не было.

— Значит, ничего больше, кроме как направления на бесплатную операцию, — спросил Леонид Печатников, — пациенту не было нужно и он у вас его получил?

## ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

**Status localis:** в правой паховой области имеет место опухолевидное образование мягкоэластичной консистенции 5,0х3,0 см, легко вправимое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

**Диагноз:** правосторонняя косая паховая грыжа; рекомендовано плановое оперативное лечение.

— Все так, Леонид Михайлович, — ответил главврач поликлиники.

О стационарном этапе лечения пациента с 9 февраля по 9 марта рассказал заместитель главного врача по хирургии ГКБ № 15 им. О.М. Филатова Ринат Мударисов:

— Пациент обратился в нашу больницу с жалобами на наличие грыжевого выпячивания, дискомфорт в правой паховой области, беспокоивший пациента уже в течение трех месяцев. Со слов больного, он страдал хроническим гастродуоденитом, ГЭРБ, гипертонией с максимальными значениями АД примерно 180/110 мм рт. ст. (по поводу последнего заболевания длительно принимал нолипрел по 10 мг в сутки). Однако пациент заметил, что специально по поводу перечисленных заболеваний у кардиолога и гастроэнтеролога не наблюдался. Около 20 лет назад он перенес аппендэктомию.

По словам главного врача, на основании анамнеза, настоящих жалоб, данных объективного осмотра был сформулирован предварительный диагноз «правосторонняя косая паховая грыжа» и определен план обследования для решения вопроса об оперативном лечении. Помимо этого было выполнено стандартное предоперационное исследование крови и мочи.

— Отклонений от нормы практически не выявлено, — уточнил Ринат Мударисов, — за исключением небольших превышений нормальных значений, что выявилось, например, при определении уровня холестерина.

#### Объективный осмотр при поступлении:

- Состояние удовлетворительное.
- Телосложение — нормостеник (рост — 164 см, вес — 57 кг, ИМТ — 21).
- Кожные покровы — чистые, физиологической окраски. Тургор удовлетворительный.
- Периферические лимфоузлы не увеличены.
- В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени.
- Грудная клетка обычной формы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 16 в мин.
- Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс ритмичный, 78 ударов в мин., удовлетворительного наполнения, АД — 130/80 мм рт. ст.
- Язык влажный, обложен белым налетом.
- Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика удовлетворительная. Печень и селезенка не увеличены.
- Мочеполовая система: почки не увеличены, мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицателен.
- Пальцевое ректальное исследование: патологии не выявлено.

**Хирургический статус.** Грыжевое выпячивание в правой паховой области мягкоэластичное, овальной формы, размерами 6 на 4 см, безболезненное, не спускается в мошонку, свободно вправляется в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Кожа над образованием подвижна, не изменена.

— Оценивали ли вы, — уточнил Леонид Печатников, — еще какие-то показатели, которые хотя бы косвенно характеризовали степень выраженности атеросклероза у этого больного?

— Нет, мы этого не делали, — ответил Ринат Мударисов, — поскольку в целом анализы и результаты объективного обследования говорили, что значимых нарушений липидного обмена, выраженного атеросклероза нет.

Рис. 1. Лабораторные анализы больного при поступлении в больницу

<b>Клинический анализ крови</b>			
	результат	единица измерения	норма
Гемоглобин	128	г/л	130–160
Эритроциты	4,2	10 <sup>12</sup> /л	4,0–5,0
Гематокрит	0,38	%	40–48
Среднее V эритроцитов	91,0	фл	80–100
Среднее содержание Hb в эритроците	30,7	пг	27–31
Средняя концентрация Hb в эритроците	338	г/л	320–380
Ширина распределения эритроцитов по V	12,2	%	11,5–14,5
Тромбоциты	205	10 <sup>9</sup> /л	150–450
Средний объем тромбоцитов	8,4	фл	7,6–10,8
Лейкоциты	5,5	10 <sup>9</sup> /л	4–9
Нейтрофилы	62,8	%	48–78
Лимфоциты	23,7	%	19–37
Моноциты	11,8	%	3–12
Эозинофилы	1,1	%	0–5
Базофилы	0,6	%	0–1,5
СОЭ	7	мм/ч	0–20

<b>Биохимический анализ крови</b>			
	результат	единица измерения	норма
Общий белок	79,4	г/л	66–88
Мочевина	8,42	ммоль/л	3–9,2
Креатинин	109,1	ммоль/л	80–115
Холестерин	5,38	ммоль/л	3,1–5,2
Билирубин	13,8	ммоль/л	1,7–21
АЛТ	26,5	Ед/л	0–41
АСТ	30,3	Ед/л	0–40
α-амилаза	98,2	Ед/л	25–115
Глюкоза	6,7	ммоль/л	4,1–5,9

<b>Анализ мочи</b>			
	результат	единица измерения	норма
Реакция	5,5	pH	5–7
Плотность	1,03	г/л	1,003–1,03
Белок	0,0	г/л	0, –1,5
Глюкоза	0	ммоль/л	0
Лейкоциты	0	лейк/мкл	0–0,25
Эритроциты	0	эр/мкл	0–0,03
Кетоны	0	ммоль/л	0
Билирубин	0	ммоль/л	0–3

<b>Другое</b>	
показатель	результат
ВИЧ	отр
HBsAg	отр
аHCV	отр
RW	отр
Группа крови	A (II)Rh(+) полож K– (отр)



**СЧИТАЮ НЕПРАВИЛЬНЫМ, ЧТО СИСТЕМНЫЙ  
ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА  
В ТРАКТОВКЕ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТА НЕ  
РАССМАТРИВАЛСЯ.**

**Григорий АРУТЮНОВ**

—Пожалуй, вы правы, — заметил Леонид Печатников, — и уровень холестерина, и другие показатели здесь были вполне «приличные». А что обнаружили инструментальные обследования?

— При регистрации ЭКГ, рентгенографии грудной клетки и УЗИ брюшной полости, — сообщил Ринат Мударисов, — не было выявлено патологий. При гастроскопии был обнаружен хронический дистальный рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии, острая эрозия желудка до 2 мм в диаметре на фоне хронического активного атрофического гастрита, эрозивный бульбит. Пациент был осмотрен терапевтом, который поставил диагноз: «артериальная гипертензия, эрозивный гастрит, бульбит». Через 7 дней после начала антисекреторной терапии омепразолом в дозе 40 мг в сутки и на фоне гипотензивной терапии нолипрелом в привычной для пациента дозировке ему была предложена операция — грыжесечение.

— А эти 7 дней он находился в вашей больнице? — уточнил Леонид Печатников.

— Да, — пояснил Ринат Мударисов, — пациент отказался выписаться на амбулаторное долечивание, поэтому мы предоставили ему возможность получить стационарную противоязвенную терапию и находиться у нас под наблюдением в течение недели. Затем мы разъяснили пациенту особенности различных операций грыжесечения, и он высказал предпочтение в отношении лапароскопического вмешательства. Показания к применению данной методики в данном случае полностью соответствовали требованиям руководства Европейской ассоциации эндоскопических хирургов, Европейского общества герниологов и Российского

общества хирургов. Пациент был осмотрен анестезиологом, степень анестезиологического риска была оценена как класс 3.

— Расшифруйте нам, пожалуйста, что это такое — «степень риска — класс 3», — попросил Леонид Печатников.

— Всего существует 5 таких степеней, — продолжил Ринат Мударисов. — Степень 3 означает, что мы можем оперировать больного в плановом порядке, какой-то специальной подготовки к ней от нас не требуется.

18 февраля больному была выполнена операция: трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика под эндотрахеальным наркозом. Длительность наркоза составила 1 час 40 мин., а самой операции — 1 час 05 мин. Во время операции в брюшной полости был отмечен локальный спаечный процесс после ранее перенесенной аппендэктомии. Паховая область оказалась свободной от спаек. Операция прошла без осложнений и кровопотери. В ходе ее проведения был использован стандартный набор расходных материалов, закупаемых централизованно больницей, в том числе полиэфирная сетка для эндопротезирования «Эслан» отечественной фирмы «Линтокс», герниостеплер Covidien с рассасывающимися клипсами, атравматическая нить V-lock. После операции больной был экстубирован на столе и переведен в палату.

— У ваших хирургов уже был опыт работы с этой сеткой? Осложнения были? — спросил Леонид Печатников.

— Из закупленной партии — 300 сеток, — ответил Ринат Мударисов, — мы израсходовали уже около 200, ни одного осложнения не было.

По словам главного врача стационара, в течение 3-х первых суток послеоперационного периода, то есть 18, 19 и 20 февраля его течение было без особенностей, состояние больного удовлетворительное, живот мягкий и безболезненный. Пациент был активен, не предъявлял никаких жалоб, ходил по коридору, сам принимал пищу и полностью себя обслуживал.

**Операционный диагноз:** «очаговая ишемия купола слепой кишки, острая язва в предперфоративном состоянии, тифлит (воспаление слепой кишки), абсцесс правой подвздошной области, местный перитонит».

**Объем операции, выполненной 21 февраля:** санация правой паховой области, наложение укрепляющих серосерозных швов на стенку купола слепой кишки, удаление сетчатого эндопротеза, дренирование брюшной полости.

Перелом в его состоянии наступил вечером 20 февраля, в конце 3-го дня после операции. С 18:00 вечера этого дня был отмечен подъем температуры до 39 °С, а к 23:00 часам появились острые боли в подвздошной области справа в области операционной раны. В экстренном порядке пациенту была выполнена релапароскопия.

— В брюшной полости выявлено 50 миллилитров мутного выпота. В правой подвздошной ямке было обнаружено отложение фибрина, — уточнил Ринат Мударисов. — Затем была проведена срединная лапаротомия, при которой были обнаружены «помарки» фибрина на куполе слепой кишки.

— А каково было состояние послеоперационной раны в брюшной полости, образовавшейся в результате герниопластики? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Это была совсем небольшая рана диаметром около 1 см, без признаков воспаления и без инфильтратов, — ответил Ринат Мударисов. — После того, как в результате повторной операции были сняты швы с брюшины, над сеткой в области герниопластики было получено около 10 мл серозного отделяемого без запаха. Гнойного отделяемого не было.

В то же время, как подчеркнул докладчик, на куполе слепой кишки была выявлена зона ишемии синюшного цвета, 5х3 мм с истончением стенки кишки. Целостность кишки не была нарушена, сквозного дефекта не было. Пульсация магистральных и пристеночных артерий была сохранена. Сетка визуально оказалась без изменений. Таким образом, кроме небольшого количества серозного выпота в объеме около 10 мл<sup>3</sup>, вокруг сетки никаких других изменений в области, где была проведена операция, обнаружено не было.

— Ситуацию на тот момент мы расценили как возможную индивидуальную реакцию на сетчатый трансплантат с начинающимся отторжением и с формированием инфильтрата в зоне операции с увеличением купола слепой кишки, — продолжил Ринат Мударисов. — Изменения на куполе мы трактовали как вторичные на фоне воспалительного инфильтрата. Оставшиеся сетки из данной партии были изъяты, и использование их в нашей больнице возобновилось только через 2 месяца, когда была исключена связь воспаления с трансплантатом.

После операции пациент был переведен в реанимационное отделение на продолжительную искусственную вентиляцию. Назначен препарат инванз по 1 г в сутки, бета-лактамы антибиотик длительного действия для парентерального введения, обладающий активностью против широкого спектра грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий. В тот же день, 21 февраля, больной был экстубирован. Пациент находился в сознании, гемодинамика стабильная. Посев из брюшной полости показал наличие кишечной палочки и *Enterococcus faecalis* (энтерококк фекальный).

В течение 21, 22 и 23 февраля состояние больного по-прежнему расценивалось как стабильное, был самостоятельный стул, адекватный диурез. Пациент находился на самостоятельном дыхании, был адекватен, ориентирован в месте и времени. Уровень лейкоцитов сохранялся в норме, а уровень С-реактивного белка уменьшился до 80 г/л. Температура тела нормализовалась.

— В эти дни осуществлялась комплексная инфузионная терапия, парентеральное питание, стимуляция кишечника. Проводились консилиумы с участием специалистов кафедры госпитальной хирургии, госпитальной терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Тактика лечения согласовывалась, — добавил главный врач ГКБ № 15.

**Хронология событий***25 февраля*

Выполнена бронхоскопия, отмечены признаки катарального эндобронхита. На фоне детоксикационной терапии лейкоцитоз снизился до 8,3, однако сохранилась гипертермия 39 °С. На фоне стимуляции кишечника дважды проявился обильный стул, парез разрешился.

*26 февраля*

Проведено УЗИ вен нижних конечностей, признаков тромбоза не выявлено. К этому времени были получены посевы крови и мочи на бактериальную флору. Ее роста зафиксировано не было, как и в последующих 5 пробах, которые выполнялись во время пребывания С.К. в больнице. С учетом сохраняющейся гипертермии, признаков пневмонии и увеличения уровня С-реактивного белка к лекарственному лечению был добавлен ванкомицин, антибиотик группы гликопептидов по 2 г в сутки.

*27 февраля*

Повторное ЭХО-обследование не обнаружило ухудшения состояния. Клинический парез кишечника, гастростаз не определялись, перистальтика была удовлетворительного уровня (это подтвердило и УЗИ брюшной полости), был самостоятельный стул. Было начато энтеральное питание, проводилась принудительная искусственная вентиляция легких. Гемодинамика сохранялась как стабильная.

*28 февраля*

Состояние больного прежнее, без динамики. Была выполнена бронхоскопия, санация бронхиального дерева. В посевах из бронхов был получен цитробактер. Произведена коррекция антибактериальной терапии с учетом чувствительности к антибиотикам. Был добавлен колистин. полипептидный циклический антибиотик в дозировке 320 мг в сутки.

*1 марта*

Проведена бронхоскопия, санация бронхиального дерева. Выполнена чрескожная дилатационная трахеостомия. Температура тела — 39 °С, лейкоцитоз до 14,6; уровень С-реактивного белка — 128 г/л. Снова появились признаки пареза кишечника и гастростаза.

*2 марта*

Отмечен эпизод гипотензии, назначен в/в мезатон.

*3 марта*

Повторно выполнено МСКТ легких, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. При этом были выявлены: жидкостной коллектор в правой подвздошной области с распространением в малый таз, двусторонняя нижнедолевая пневмония. Судя по клиническим признакам, сохранялся парез кишечника и было установлено падение уровня гемоглобина до 70 г/л, но без признаков желудочно-кишечного кровотечения.

Новое ухудшение состояния наступило 23 февраля после 19:00 часов, то есть в конце третьих суток после второй операции. Отрицательная динамика в состоянии больного проявилась в виде психомоторного возбуждения, нарастания частоты дыхания до 35 в мин. Температура повысилась до 37,9 °С, обозначились признаки пареза кишечника. При рентгенографии была выявлена правосторонняя очаговая нижнедолевая пневмония.

Больному была выполнена интубация, после чего он был переведен на искусственную вентиляцию легких с продленной медикаментозной седацией.

С этого же времени было отмечено нарастание лейкоцитоза. Была проведена смена антибиотика, назначен меропенем (препарат из группы карбапенемов для парентерального применения) по 3 г в сутки.

24 февраля состояние больного оценивалось как стабильно тяжелое. Сохранялся умеренный парез кишечника. По дренажам из брюшной полости поступало скудное серозное отделяемое без патологических примесей, без гноя и крови.

С учетом данных МСКТ, снижения гемоглобина, нарастания лейкоцитоза до 20 тыс. и появления в целом отрицательной динамики в состоянии больного, а также для исключения внутрибрюшного кровотечения и прогрессирующего перитонита 4 марта была выполнена лапароскопическая ревизия брюшной полости. Выявленная в ходе этого вмешательства

гематома объемом около 50 мл в правом боковом канале была эвакуирована, проведена санация брюшной полости. Признаков перитонита и внутрибрюшного кровотечения установлено не было, но перистальтика кишечника оказалась ослабленной. В этот же день при бронхоскопии была выявлена единичная эрозия. Уровень лейкоцитов после операции снизился до 15 тыс., однако С-реактивный белок вырос до 323 г/л.

По заключению очередного консилиума, новое ухудшение состояния 23 февраля нельзя было объяснить ни объемом перенесенной повторной операции, ни локальным воспалением брюшины, которая была своевременно и адекватно санирована. Решено было продолжить диагностический поиск: выполнена мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением (МСКТ) легких, брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Выявлена двусторонняя очаговая и нижнедолевая пневмония. В брюшной полости патологии не обнаружено. При ЭХО- и ЭКГ значимой патологии не выявлено. Была зафиксирована незначительная митральная и трикуспидальная недостаточность, диастолическая дисфункция левого желудочка 1-го типа. По результатам этого комплекса обследований тяжесть состояния пациента на тот момент объяснялась развившейся двусторонней пневмонией.

5 марта при УЗИ брюшной полости обнаружился пневматоз кишечника. В результате гастроскопии была выявлена острая язва антрального отдела желудка диаметром 3 мм с признаками кровотечения.

В тот же день был выполнен эндоскопический гемостаз, клинических проявлений ЖКТ-кровотечения не было установлено. Стул был самостоятельный, обычного цвета. Внутрибрюшная гипертензия зафиксирована на уровне 10 мл. водного столба.

6 марта был проведен очередной консилиум, лечение продолжено. 7 марта при УЗИ брюшной полости был отмечен парез кишечника. Свободной жидкости в брюшной полости не было. Однако клинически отметилась отрицательная динамика в виде нарастания явлений динамической кишечной непроходимости. В связи с этим по результатам очередного консилиума были согласованы показания к релапаротомии.

На операции 7 марта в брюшной полости обнаружился выраженный спаечный процесс. При ревизии выявлено два участка очаговых некрозов на подвздошной кишке протяженностью 10 и 15 см, однако без нарушения целостности кишки и без признаков перитонита.

Ввиду четких границ нежизнеспособных участков, причем с сохраненным магистральным и пристеночным кровотоком на остальной кишке, были выполнены: резекция 60 см подвздошной кишки с наложением обходного илеотрансверзоанастомоза, интубация кишечника, дренирование брюшной полости.

— За все время лечения в больнице, — подчеркнул Ринат Мударисов, — пациент получал антикоагулянтную терапию фраксипарином. При этом грубых отклонений в показателях коагулограммы мы не обнаруживали ни в одном анализе. За время нахождения пациента в реанимационном отделении, куда он был переведен еще 23 февраля, кроме уже названного мной комбинированного лечения, проводилась также следующая терапия: гемо- и плазмотрансфузии, коррекция гипоальбуминемии, гастропротективная и нейропротективная терапия, стимуляция моторики ЖКТ. 7 марта на фоне тяжелого состояния и на основании результата анализа, показавшего уровень эндотоксина в сыворотке крови 4,4 ед., была начата непрерывная гемофильтрация. Она продолжилась 8 марта, к тому же мы выполнили селективную абсорбцию эндотоксина.

9 марта гемодинамика была нестабильной с признаками быстрого ухудшения состояния. В 8:40 на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности была отмечена асистолия. Реанимационные мероприятия оказались неэффективными.

— 20 февраля, когда у пациента ухудшилось состояние после операции, вы провели лапароскопию, обнаружили мутную жидкость в брюшной полости и в ней — каловую флору, — напомнил Леонид Печатников. — Откуда она появилась?

**Интероперационный диагноз:** «сегментарный очаговый некроз стенки подвздошной кишки, парез кишечника».

— Видимо, произошла транслокация кишечной флоры через ишемизированный, истонченный участок стенки слепой кишки, — ответил Ринат Мударисов.

— Но вы же утверждали, что перфорации кишечной стенки не нашли? — уточнил Леонид Печатников.

— Согласно нашему хирургическому опыту, — сообщил Ринат Мударисов, — нередко, даже без нарушения целостности стенки кишки, мы отмечаем наличие кишечной флоры, например, при динамической непроходимости или ишемических нарушениях стенки кишки. В данном случае трактовка этой находки была именно такая.

### Заключительный клинический диагноз

*Основное заболевание:*

1. Атеросклеротическая гангрена тонкой кишки. Операции: релапаротомия, резекция тонкой кишки с наложением обходного илеотрансверзоанастомоза, назоинтестинальная интубация, дренирование брюшной полости.
2. Правосторонняя косая паховая грыжа. Операция: лапароскопическая герниопластика справа.

*Осложнения:*

Сегментарный некроз тонкой кишки. Предперфоративные острые язвы тонкой кишки и купола слепой кишки. Абсцесс правой подвздошной области. Местный перитонит. Тифлит. Острая язва желудка, состоявшееся ЖК-кровотечение. FIIC. Внутрибольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония. Энцефалопатия. Синдром полиорганной недостаточности.

*Сопутствующие заболевания:*

Артериальная гипертензия 2 стадии. Хронический рефлюкс-эзофагит. Острые эрозии желудка, эрозивный бульбит.

Результаты патологоанатомического исследования умершего представил заведующий патологоанатомическим отделением ГКБ № 15 им О.М. Филатова Григорий Медников:

— При осмотре брюшной полости мы обнаружили следующее. Брюшина тускловатая, серая, а в правом энтеральном канале — красноватая и с единичными обрывками плотной красной ткани. Признаков перитонита не обнаружено. Внутреннее паховое кольцо расширено до 3 см без признаков воспаления. На серозной оболочке слепой кишки в области купола участки серой плотной ткани до 2 см длиной и диаметром до 0,2 см, в небольшом количестве спайки. На куполе было наложено 3 серо-серозных шва. При их распускании сквозных дефектов стенки кишки не обнаружено. Со стороны слизистой определяются изъязвления без перфорации диаметром 0,3 см. Микроскопическое исследование выявило заживающую язву купола слепой кишки с развитием рыхлых фибриновых спаек.

Как пояснил докладчик, интима мезоэнтеральных артерий содержала желтые плотные бляшки в устье, стеноз их просвета доходил до 50%. Для остальных отделов толстой кишки была характерна эрозированная поверхность с острыми язвами, кровоизлиянием, в том числе в мышечном слое. Петли тонкой и толстой кишки были расширены до 4 см.

Слизистая и серозная оболочка тонкой кишки на расстоянии 30 см от начала тощей кишки на всем протяжении имела тусклый цвет, выявлен некроз отдельных участков слизистого и подслизистого слоев, местами захватывающий мышечный слой с наличием умеренной воспалительной инфильтрации. Серозная оболочка утолщена, фиброзирована, с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией, наложением фибрина, очагами некрозов. В брыжейке обнаружены паретически расширенные сосуды, разнокалиберные артерии с обтурирующими красными тромбами.

Печень оказалась с множеством желтых дряблых участков до 1,5 мм диаметром, очагами некрозов и жировой дистрофии. В сердце обнаружился стеноз просвета коронарных артерий

### **Патологоанатомический диагноз**

#### *Основное заболевание:*

Хроническая ишемическая болезнь кишечника в стадии декомпенсации: сегментарные некрозы, хроническое воспаление, эрозии и язвы, атрофия, склероз и ангиоматоз слизистой оболочки и подслизистого слоя, атрофия и склероз мышечной, склероз серозных оболочек тонкой и толстой кишок с очаговым истончением их стенок. Стенозирующий атеросклероз преимущественно верхней брыжеечной артерии (2-я степень, III стадия, стеноз до 50%, красные тромбы ее мелких ветвей). Проникающая до серозной оболочки язва купола слепой кишки с развитием рыхлых фибриновых спаек. Местный перитонит.

#### *Фоновые заболевания:*

Гипертоническая болезнь, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка, артериолосклеротический нефросклероз.

#### *Сочетанные заболевания:*

Правосторонняя косая вправимая паховая грыжа.

#### *Осложнения:*

Синдром полиорганной недостаточности: очаговые некрозы и жировая дистрофия печени, некротический нефроз, жировая дистрофия миокарда. Печеночно-почечная недостаточность. Анемия. Острые эрозии и язвы слизистой оболочки желудка. Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга с дислокационным синдромом.

#### *Сопутствующие заболевания:*

Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз до 50%), бедренных артерий (2-я степень, IV стадия, стеноз до 50%), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 25%). Аденомы щитовидной железы. Давняя операция аппендэктомии.

до 50%, признаки жировой дистрофии миокарда. При исследовании легких был установлен незначительно выраженный отек, но признаков пневмонии не обнаружено.

Почки с признаками атеросклеротического нефросклероза, селезенка без существенных изменений.

— Результаты вскрытия были обсуждены с профессором Олегом Заратьянцем, — уточнил докладчик.

— Я правильно понял, — спросил Леонид Печатников, — что вы нашли острый мезентериальной тромбоз во многих кровеносных сосудах брюшной полости?

— Да, причем в сосудах, питающих и тонкую, и толстую кишку, — ответил Григорий Медников.

— Не находили ли вы изменений, свойственных болезни Крона? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Мы проверяли материалы наших гистологических исследований очень тщательно, — сообщил Григорий Медников, — но гранулематозных изменений, характерных для болезни Крона, мы не видели.

— А скажите, пожалуйста, — обратился к Григорию Медникову гастроэнтеролог профессор Аскольд Парфенов, — были ли изменения в руслах верхних и нижних брыжеечных вен?

— В венозном русле стенки сосудов были тоже утолщены, но тромбов мы не нашли, — ответил Григорий Медников.

— Подобное заболевание, — уточнил Аскольд Парфенов, — а именно ишемический абдоминальный синдром, с поражением верхней или нижней брыжеечной артерии, а также с развитием ишемического энтерита, колита и так далее, у пожилых людей встречается часто. Но редкой особенностью того случая, который мы сейчас обсуждаем, было то, что он протекал без выраженного болевого синдрома.

### **Выступления рецензентов**

Первую рецензию на качество оказания медицинской помощи больному представил главный внештатный специалист терапевт ДЗМ Григорий Арутюнов:

— Начну с трактовки тяжести состояния пациента. На протяжении пребывания в стационаре состояние пациента трактовалось как тяжелое и объяснялось локальным патологическим процессом в брюшной полости. Однако я считаю неправильным то, что системный характер патологического процесса в трактовке тяжести пациента не рассматривался. Особенности клинической картины заболевания, а именно снижение уровня гемоглобина с 128 до 77 г/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до метамиелоцитов 2%, «отсевы» локального гнойного процесса в жировую клетчатку, двусторонняя нижнедолевая пневмония, множественное тромбообразование, поражение других органов-мишеней (печень, мозг, миокард), позволяют трактовать тяжесть состояния пациента, основываясь на системном характере патологического процесса, как сепсис. Несмотря на то, что пациент провел 9 дней в стационаре до хирургического лечения и что ухудшение самочувствия возникло на 36-й час после операции, нозокомиальный характер инфекции, приведший к развитию пневмонии, не рассматривался. Уверен, что отсутствие анализа роли нозокомиального характера инфекции в трактовке состояния пациента оказало свое влияние на выбор антибактериальной терапии, весьма спорный, как я считаю. Как нам сообщили, ведение пациента контролировалось консилиумом. Это было правильное решение. Но хочется спросить, почему же, несмотря на прогрессивное ухудшение состояния пациента и многократные повторные операции, состав консилиума так и не был расширен? К консилиуму не привлекались клинический фармаколог и терапевт. Это серьезное упущение. Хотел бы далее представить наш анализ ведения в стационаре данного пациента. Дневники носят формальный характер, диагностические суждения дублируются. Объем обследования не может считаться полным.

— В чем, например, это проявилось? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Отсутствие роста флоры, — ответил Григорий Арутюнов, — при исследовании крови у лихорадящего пациента следовало рассматривать не как аргумент против сепсиса, но как повод для серии повторных исследований. В частности, их надо было провести на высоте лихорадки, из вен на 2 руках и с посевом на разные среды. Возможное наличие у пациента MRSA, то есть, метициллин-резистентного золотистого стафилококка, вызывающего тяжелые заболевания, в том числе сепсис и пневмонии, не обсуждалось ни на одном консилиуме. Осталось неясным и показание к проведению ультрафильтрации, так как объем выделенной мочи накануне проведения процедуры составлял 1300 мл.

Далее рецензент перешел к анализу проводимого больному лечению:

— Первым базовым препаратом в терапии пациента с инфекцией брюшной полости госпитального происхождения стал инванз. Но он не является препаратом выбора при нозокомиальной инфекции. Это лекарство показано строго для терапии внебольничных инфекций, в частности, интраабдоминальных инфекций и внебольничных пневмоний.

По мнению докладчика, трактовка тяжести состояния пациента только на основе локального процесса, а не системного, привела к тому, что не была начата единственно показанная в этой ситуации дезэскалационная антибактериальная терапия. Напротив, тактика антибактериальной терапии была построена по принципу эскалации: инванз был заменен на меропенем в дозе 3 г в сутки с последующим удвоением дозы. Спорным было и назначение пациенту ванкомицина. Ведь ему было 73 года, а нефротоксичный эффект ванкомицина превосходит возможную его пользу у пожилых полиморбидных больных. Потому ограничения к применению этого препарата являются почечная недостаточность, а главное — пожилой возраст. Побочные же действия ванкомицина со стороны мочеполовой системы включают нефротоксичность вплоть до развития почечной недостаточности.

Как заметил рецензент, ни разу пациенту не была рассчитана скорость клубочковой фильтрации. По мнению Григория Арутюнова, в данной клинической ситуации более оправданной была бы дезэскалационная эмпирическая терапия: имипенем либо циластатин или меропенем и линезолид.

— Обратите внимание: деструкция кишки была объяснена ишемическим колитом, — добавил в заключение Григорий Арутюнов. — Но при этом посмертно в ходе патологоанатомического исследования был обнаружен стеноз брыжеечной артерии, равный 50%. Зато в истории болезни нет анамнестических указаний на клиническое проявление ишемического колита и клинику мальабсорбции. Присутствующая в истории болезни трактовка поражения кишки требует дальнейшего обсуждения. И так, серьезные вопросы вызывают терапевтические аспекты ведения пациента. И сложившаяся ситуация, как я уже сказал, во многом была обусловлена отсутствием междисциплинарного подхода к ведению пациента, находящегося в реанимационном отделении, и в первую очередь тем, что в составе консилиума не было терапевта и клинического фармаколога.

Следующим из рецензентов выступал главный внештатный специалист хирург ДЗМ Алексей Шабунин:

— Первый же вопрос, на который необходимо ответить: показано ли было в данной ситуации хирургическое лечение паховой грыжи? Лапароскопический способ герниопластики — на сегодняшний день золотой стандарт в лечении этого заболевания. И несомненно, что данный метод оперативного вмешательства был выбран совершенно правильно. У меня нет принципиальных возражений и в связи со всеми последующими этапами хирургического лечения пациента, однако хотел бы представить вам некоторые замечания по лечебно-диагностическому процессу. При выполнении ЭГДС 11 февраля был выявлен хронический дистальный рефлюкс-эзофагит, множественные острые эрозии желудка на фоне хронического активного гастрита, эрозивный бульбит. Эти находки могли быть клиническим вариантом хронической абдоминальной ишемической болезни. Целесообразным было безотлагательное выполнение колоноскопии и УЗИ висцеральных артерий. Но это сделано не было. После повторной операции 21 февраля был диагностирован очаговый некроз купола слепой кишки. Но после этого не были выполнены УЗИ висцеральных артерий или МСКТ-ангиография. А ведь они также могли бы стать важными диагностическими маркерами для выбора лечения. Операция резекции некротизированного участка подвздошной кишки завершилась формированием илеотрансверзоанастомоза. После этого в послеоперационном периоде целесообразно было поставить вопрос о применении рентгеноэндovasкулярных методов восстановления артериального кровотока по верхней брыжеечной артерии. Однако эта возможность в лечении пациента была упущена. В заключение своего выступления Алексей Шабунин подчеркнул, что госпитализация больного в хирургический стационар была обоснованной, а показания и объем операций были выбраны адекватно. Осложнение в виде местного перитонита сформировалось не по причине оперативных ошибок, а вследствие комплекса причин, когда на фоне хронической ишемической болезни кишечника, а также широкой мобилизации брюшины с диссекцией спаек в зоне слепой кишки наступило дополнительное нарушение кровоснабжения слепой кишки, ишемия кишечной стенки с формированием язвы купола слепой кишки до серозной оболочки и транслокация кишечной флоры в брюшную полость. Далее, несмотря на проводимую энергичную профилактику тромбоэмболических осложнений, произошла декомпенсация хронической ишемии кишечника на фоне вынужденных повторных операций, гемоплазмозинфузий и вазопрессорной поддержки с исходом в острую мезентеральную ишемию. Это и стало причиной начала сегментарного и в последующем субтотального некроза кишечника с развитием абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности, что и обусловило летальный исход.

Последним из рецензентов выступил главный внештатный специалист патологоанатом ДЗМ Олег Орехов:



**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ  
— НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ В  
ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ.  
Алексей ШАБУНИН**

— Различают следующие этиопатогенетические виды ишемии кишечника: окклюзионная ишемия, вызванная уменьшением просвета экстраоргана сосуда; неокклюзионная ишемия, обусловленная снижением висцерального кровотока на микроциркулярном уровне; комбинированная ишемия, сочетающая в себе обе эти составляющие. Окклюзионная ишемия может наблюдаться в ситуации полной или частичной закупорки просвета экстраоргана сосудов. Причем возможные причины нарушения их проходимости чаще всего таковы: тромбоз, эмболия, уменьшение просвета сосуда атеросклеротической бляшкой, воспаление внутренней оболочки сосуда, сдавление его извне; прорастание в стенку сосуда опухоли. Развитие окклюзионной ишемии возможно при таких заболеваниях, как атеросклероз, системные васкулиты, аномалия сосуда, тромбоз сосуда, осложняющий сердечную недостаточность (СН), тромбоз эмболия сосудов у пациентов с фибрилляцией предсердий или инфарктом миокарда. Окклюзия вен развивается реже, чем артерий.

Как пояснил далее рецензент, неокклюзионная ишемия возникает при снижении сердечного выброса, артериальной гипотензии, гиповолемии, спазме органа сосуда. Указанные расстройства обычно бывают ассоциированы со следующими заболеваниями: СН, гипертоническая болезнь, сахарный диабет; массивное кровотечение, например, после травматического повреждения органов брюшной полости. У пожилых полиморбидных пациентов, страдающих данными заболеваниями, эмболия артерий брыжейки встречается в 25–30% наблюдений, тромбоз брыжеечных артерий в 10–15%, тромбоз брыжеечных вен — в 10% и неокклюзивная мезентериальная ишемия — в 50% случаев.

— При развитии сердечной недостаточности, которой страдал больной, — заявил Олег Орехов, — наблюдается уменьшение сердечного выброса, приводящее к снижению кровотока в ЖКТ. Кроме того, при этом отмечаются гиперактивность симпатической нервной системы и избыточное образование ангиотензина II, который вызывает сокращение висцеральных кровеносных

сосудов. У пациентов с СН часто применяются сердечные гликозиды, мочегонные средства, — β-адренергические блокаторы и другие препараты, которые вызывают устойчивое снижение кровотока в кишке. Наличие у больного стенозирующего атеросклероза преимущественно верхней брыжеечной артерии, концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка, стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, анемии, пареза кишечника — все это позволяет трактовать патологический процесс, лежащий в основе его заболевания, как комбинированный вид ишемии.

В заключение Олег Орехов отметил, что его рецензия на



**МЫ НЕ МОЖЕМ СЕБЕ ПОЗВОЛИТЬ ВСЕ  
ПРОБЛЕМЫ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ В  
ХИРУРГИИ, ОБЪЯСНЯТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У  
ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ**

патологоанатомическое исследование не содержит каких-либо принципиальных замечаний и возражений и в целом он согласен с результатами исследования умершего и выводами по ним, представленными Григорием Медниковым.

Итог обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Думаю, все согласны со мной в том, что обсуждаемый нами случай оказался казуистическим. Согласитесь, что в клинической практике нечасто встречается ситуация, когда у больного с массивным поражением артерий развивается практически тотальная ишемия кишечника, от которой он умирает, и при этом не было эпизодов, характерных для болевого синдрома. Этот случай «немой ишемии» действительно крайне редкий. Все выступавшие сошлись в том, что диагноз был поставлен правильно и своевременно, хирургическое и терапевтическое лечение проводилось лишь с небольшими погрешностями. И мне, казалось бы, не в чем упрекнуть врачей 15-й больницы. У меня, да, пожалуй, и ни у кого в этом зале нет доказательств их ошибок. Но если бы мы на одну минуту представили себе, что при грыжесечении или выполнении еще какого-либо из вмешательств при лечении пациента все же была случайно повреждена целостность кишечника, из-за чего

и развился вялотекущий перитонит, то все последующие события начали бы укладываться в эту клиническую картину, и никакой казуистики бы не осталось. Тогда стали бы понятными причины и осложнений, и тромбозов, и инфицирования брюшной полости. И пусть хирурги меня простят, учитывая огромное уважение, которое я питаю к их профессии, но мы не можем себе позволить все проблемы, которые возникают в хирургии, вот так просто объяснять атеросклерозом у людей пожилого возраста. И так, я остаюсь при своем мнении — мнении терапевта с большим стажем, который видел многие, поверьте, очень многие осложнения хирургических вмешательств и потратил много сил на борьбу с ними.

## Действительно казуистические

В продолжение конференции были представлены доклады, касающиеся особенностей двух редких, по выражению Леонида Печатникова, «действительно казуистических» «японских» заболеваний: кардиомиопатия такоцубо (в переводе с японского — ловушка для осьминога, в нашей медицинской литературе — синдром разбитого сердца) и болезнь моя-моя (в переводе с японского — клуб дыма, туман).

## Кардиомиопатия такоцубо

*Заза Кавталадзе, заведующий отделением сердечно-сосудистой патологии ГКБ им. М.Е.*

*Жадкевича ДЗМ:*

— Кардиомиопатия такоцубо представляет собой вид неишемической кардиомиопатии, при которой развивается внезапное преходящее снижение сократимости миокарда. В связи с тем, что слабость миокарда может вызываться острым эмоциональным стрессом, например смертью любимого человека, состояние также называется «синдромом разбитого сердца» или стресс-индуцированной кардиомиопатией. Это заболевание еще малоизвестно кардиологам, но в последние годы такой диагноз ставится все чаще, а современная медицина все больше внимания уделяет изучению причин этой орфанной болезни, которые до сих пор неясны.

Кардиомиопатия такоцубо (КТ) составляет около 1–2% всех случаев острого коронарного синдрома. Средний возраст развития этой патологии — 58–75 лет, и около 90% больных являются женщинами. На первом месте среди причин развития КТ у больного стоят физические нагрузки, и только на втором — эмоциональный стресс, вызванный прежде всего внезапно возникшими финансовыми проблемами, потерей близкого человека, природными катастрофами.

### Провоцирующие факторы синдрома Такоцубо

1750 пациентов — 26 медицинских центров Европы и США (1998–2014 гг.) с диагнозом: синдром Такоцубо — стрессовая кардиомиопатия

36% – физические нагрузки

27,7% – эмоциональный стресс

28,5% – нет доказанных причин

Источник: *NEJM* 373; 10 September 3, 2015

Предполагается существование нескольких патогенетических механизмов КТ. Доказано, что множественные одновременные спазмы коронарных артерий способны вызывать снижение кровотока, достаточное для развития преходящего сбоя в работе миокарда. Другая теория предполагает, что причиной заболевания становится микрососудистая дисфункция мелких ветвей коронарных артерий, которые невозможно визуализировать посредством коронарографии. Изменения могут проявляться не только микрососудистым вазоспазмом, но также и микроангиопатией, подобной той, что наблюдается при сахарном диабете. В этих условиях мелкие артерии уже не могут обеспечивать адекватную оксигенацию миокарда. Диагностические критерии КТ включают спровоцированные физическими нагрузками или

стрессом преходящие гипокинез, акинез, дискинез средних сегментов левого желудочка с вовлечением апикального сегмента, а также с изменением сегментарной сократимости. Важнейшими критериями являются также отсутствие окклюзирующих поражений коронарных артерий и ангиографических доказательств острого разрыва атеросклеротической бляшки, «свежие» ЭКГ-изменения (подъем сегмента ST или инверсия T-зубца), увеличение уровня тропонина.

При поступлении пациента с КТ в стационар заболевание лечится так же, как и острый коронарный синдром, а в дальнейшем во время госпитализации — в зависимости от клинической ситуации. Госпитальная летальность при этом заболевании составляет около 1%, рецидивы наблюдаются в 10% случаев, но у большинства пациентов фракция выброса левого желудочка и другие показатели сердечной деятельности восстанавливаются в течение 2–4 недель, клинически значимых последствий не остается.

#### Клинический случай

В октябре 2014 г. больная 41 года поступила в ГКБ им. М.Е. Жадкевича по линии СМП через 8 часов от начала появления сильных загрудинных болей с направительным диагнозом «ИБС, острый инфаркт миокарда». При поступлении жалобы на сжимающие боли за грудиной, без четкой иррадиации, некупирующиеся после приема нитроглицерина. Со слов больной, внезапное ухудшение состояния наступило после психоэмоционального перенапряжения, появились жжение за грудиной, резкая сильная слабость. Женщина вызвала бригаду СМП, на ЭКГ проявились признаки острых очаговых изменения по передней стенке левого желудочка. От предложенной госпитализации пациентка сначала отказалась, но потом в связи с рецидивом сильнейших болей вызвала повторно СМП, и тогда была госпитализирована.

На ЭКГ при поступлении в больницу: ритм синусовый, ЧСС — 100 в мин., электрическая ось сердца отклонена влево, подъем сегментов ST<sub>I</sub>, II, V<sub>3</sub>-V<sub>6</sub>. Лабораторные данные обнаружили очень сильное увеличение уровня сердечного тропонина до 7,1 нг/мл при норме до 0,06 нг/мл, а также ряд других изменений. По данным ЭхоКГ: умеренное снижение систолической функции левого желудочка: фракция выброса — 40%, акинез верхушки сердца с переходом на все средние сегменты.

И очень важно, что экстренная коронароангиография выявила сбалансированный, практически не измененный тип кровоснабжения миокарда, а коронарные артерии оказались без гемодинамически значимых стенозов. Был поставлен диагноз: «стресс-индуцированная кардиомиопатия, синдром такоцубо». За время нахождения в стационаре пациентка получала симптоматическое лечение.

Состояние больной через 2 месяца после повторного обследования в ГКБ им. М.Е. Жадкевича было удовлетворительное, жалоб не было, ангинозные боли не рецидивировали. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Дыхание везикулярное, равномерное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 115/65 мм рт. ст., ЧСС — 65 в мин. При ЭхоКГ: фракция выброса левого желудочка 58%, нормальная глобальная систолическая функция левого желудочка, зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Полости сердца не расширены, жидкости в полости перикарда нет. Данные ЭКГ, как и лабораторные анализы крови, без существенных отклонений.

#### Болезнь моя-моя

*Юрий Ковалев, врач отделения эндоваскулярных методов лечения ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ:*

— О причинах развития этой болезни мы знаем еще меньше, чем о синдроме такоцубо, да и встречается эта орфанная болезнь заметно реже, чем КТ. Заболеваемость моя-моя составляет менее 3 случаев на 1 млн населения. Суть заболевания — прогрессирующее сужение просвета внутричерепных сегментов внутренней сонной артерии, вплоть до полной окклюзии. На фоне медленно прогрессирующего заболевания с компенсаторной целью в головном мозге успевает образоваться множество мелких артерий — коллатералей, которые на

ангиограммах головного мозга внешне похожи на клубок дыма. Итогом развития заболевания чаще являются ишемические инсульты, parenхиматозно-субарахноидальные кровоизлияния. Нередки случаи развития гемодинамических аневризм головного мозга у пациентов с моя-моя на фоне аномального внутримозгового кровотока.

#### *Клинический случай*

В июне 2015 г. пациент 19 лет на фоне полного благополучия перенес субарахноидальное кровоизлияние. В остром периоде находился на лечении в районной больнице, где получал консервативную терапию, проходил обследование. При компьютерной томографии головного мозга выявлена аневризматическая болезнь мозга, идентифицирована мешотчатая аневризма бифуркации основной артерии.

В холодном периоде кровоизлияния выполнена селективная церебральная ангиография. Помимо аневризмы бифуркации основной артерии у пациента диагностирована болезнь моя-моя, а также идентифицирована милиарная аневризма устья правой верхней мозжечковой артерии.

Выполнена эндоваскулярная эмболизация артериальной аневризмы отделяемыми микроспиральями. Больной был выписан на третьи сутки в удовлетворительном состоянии.

После выполненной операции риск повторного кровоизлияния у пациента сведен к минимуму. Сейчас за развитием заболевания продолжается наблюдение. Пациенту оставлена возможность проведения повторной нейрохирургической операции. Она может потребоваться для наложения сосудистых анастомозов с целью профилактики новых цереброваскулярных нарушений.

Рисунок 3. Схематическое изображение образования множества мелких артерий — коллатералей, которые на ангиограммах головного мозга внешне похожи на клубок дыма

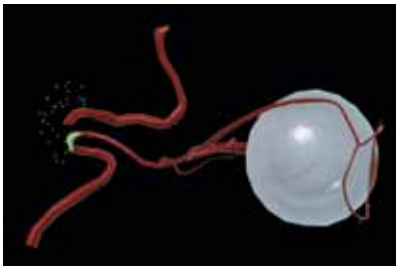


Рисунок 4. Ангиограмма больного. Показан «клубок сосудов», образование которого стало компенсаторным ответом после сужения просвета внутренней сонной артерии



# ЗАПОЗДАЛЫЙ ОНКОПОИСК

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 20 октября, обсуждалась история болезни мужчины в возрасте 71 года, умершего от рака печени IV стадии с метастазами в позвонки и другие кости, диагностированного только в последнем из четырех городских стационаров, где обследовался и лечился пациент.

## ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Первой с докладом о начале ведения пациента выступила заместитель главного врача ГКБ № 57 больницы Татьяна Чилина:

— Пациент в возрасте 71 года был госпитализирован бригадой СМП с диагнозом: «двухсторонний плеврит, двухсторонняя внебольничная нижнедолевая пневмония» и находился в нашем стационаре неполных два дня с 17 по 19 февраля 2015 года.

— Татьяна Юрьевна, а представители службы СМП ничего нам не расскажут об этом вызове? — спросил Леонид Печатников.

— Нет, Леонид Михайлович, — пояснила Татьяна Чилина, — пациент вызвал бригаду коммерческой СМП. И сразу замечу, что никаких данных об этом больном из поликлиники у нас нет. Мужчина жил за городом, и после ухода на пенсию к врачам обращался очень редко, ни разу не проходил диспансеризацию. Тем не менее примерно за 2 недели до поступления в нашу больницу пациент обращался в коммерческую клинику, и он представил нам рентгенограмму легких, которую там выполнили. Единственное сопутствующее заболевание, которое он назвал, была артериальная гипертензия.

По словам Татьяны Чилиной, больной при поступлении жаловался на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, возникающие при малейшем движении, резко ограничивающие движения больного, кашель с отделением вязкой слизистой мокроты, отдышку при

незначительной физической нагрузке и в покое. При оценке по шкале Borg степень одышки составляла 4 балла, по шкале mMRS — 3 балла. Из анамнеза выяснилось, что у больного длительный стаж табакокурения, он многие годы страдает хроническим бронхитом курильщика, но в связи с этим заболеванием за медицинской помощью не обращался и терапии не получал. Ухудшение состояния пациент отметил в течение последних полутора месяцев, когда он стал замечать прогрессирование одышки, появление болей в поясничном отделе позвоночника, усиление кашля, нарастающее затруднение откашливания и усиление болей при приступах кашля.

— На основании анамнеза и клинической картины, — продолжила Татьяна Чилина, — включавшей кашель, одышку, сухие разнотональные хрипы, умеренный лейкоцитоз, мы выставили предварительный диагноз: «ХОБЛ в состоянии обострения, пневмония справа под вопросом, правосторонний плеврит». До уточнения диагноза в приемном отделении было принято решение о проведении кислородотерапии 2–3 литра в минуту, а также о назначении антибактериальной терапии цефтриаксоном, дексазона, мочегонных препаратов.

### **Данные осмотра**

Состояние средней тяжести, из-за болевого синдрома положение вынужденное на спине с приподнятым изголовьем. Больной сдерживает кашель из-за болей в спине, а также дыхание, стараясь дышать поверхностно.

Перкуторно притупление в легких не выявлено. Аускультативная картина ослабленного везикулярного дыхания с наличием большого количества сухих разнотональных хрипов с обеих сторон.

АД — 130/80 мм рт.ст., ЧСС и пульс — 88 ударов в мин., ЧДД — 22 в мин.; сатурация кислорода 88%, лежа в покое на воздухе.

*Обследование в приемном отделении*

В анализе крови — гликемия 5,2 ммоль; НВ — 131 г/л; лейкоциты —  $11,4 \times 10^9$  / л  
ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС.

— На основании каких данных вы поставили диагноз «пневмония и плеврит»? — уточнил Леонид Печатников.

— На основании анамнеза и клинической картины.

— Но перкуторных признаков той и другой болезни, лихорадки и интоксикации не было, а рентгеновское исследование вы не сделали, — возразил Леонид Печатников.

— Вы правы, Леонид Михайлович, — это наша недоработка, что не был сделан рентген. У пациента диагнозы пневмонии и плеврита были сняты, когда он попал в пульмонологическое отделение нашей больницы. Но ведь это были предварительные диагнозы, выставленные в первые часы пребывания пациента в стационаре, и основной из выставленных больному начальных диагнозов — ХОБЛ в состоянии обострения — позже подтвердился.

— А анализом крови всего с тремя показателями возможности вашей лаборатории ограничиваются? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Мы выполнили также биохимический анализ крови. В нем обращало на себя внимание снижение уровня общего белка и альбумина, а также значительное повышение уровней печеночных ферментов, — пояснила Татьяна Чилина. — Но остальные показатели, в частности, количество эритроцитов, уровни гемоглобина, СОЭ, С-реактивного белка были в пределах нормы.

— Итак, на основании вашего предварительного диагноза «пневмония и плеврит» вы назначили антибиотики, тут все понятно. А глюкокортикостероид по какому поводу вы применили?

— попросил уточнить Леонид Печатников.

— Так как присутствовал бронхообструктивный синдром, — сказала Татьяна Чилина.

— Значит, решили, что бронходилататоры применять не надо, а лучше сразу назначить глюкокортикостероиды. Такое решение еще укладывается в какие-то рамки. Ну а мочегонные препараты для чего? — прокомментировал Леонид Печатников.

— Леонид Михайлович, эта терапия была назначена пока только на уровне приемного отделения, — ответила заместитель главного врача.

— А мне всегда казалось, что приемное отделение — это важнейшее подразделение любой больницы. И права на ошибки у работающих там врачей нет! — возразил Леонид Печатников.

— Вы сами представляете, хотя бы в плане оправдательного пояснения, зачем назначили мочегонные препараты?

Ответа не последовало.

— Я полагаю, что у пожилого больного с ХОБЛ и эмфиземой, наверное, было еще и легочное сердце? — продолжил Леонид Печатников. — Хотя на представленной вами ЭКГ ритм синусовый, практически нормальный, горизонтальное положение электрической оси, но, вероятно, легочное сердце все-таки присутствовало. И тогда уже была декомпенсация легочного сердца. Поэтому вы и применили мочегонные средства?

— Верно, Леонид Михайлович, — согласилась Татьяна Чилина.

— Какое заключение по рентгенограмме сделал врач коммерческой клиники? — спросил Леонид Печатников.

— Очаговых инфильтративных изменений нет. Явления эмфиземы диффузного пневмосклероза. Уплотнения плевры, главной междолевой щели справа, — ответила докладчик.

— А по этому снимку вы сами можете нам сказать, было ли у пациента легочное сердце? — попросил уточнить Леонид Михайлович.

— Здесь нет ярко выраженного легочного сердца.

Далее больной поступил в пульмонологическое отделение ГKB № 57.

#### **Основные клинические данные при поступлении в отделение:**

- выраженные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника;
- обструктивный синдром, гипоксемия (Sat O<sub>2</sub> — 88%);
- диагноз пневмонии был отвергнут, так как отсутствовала лихорадка, интоксикация, не было притупления перкуторного звука, признаков крепитации; показатели СОЭ и С-реактивного белка — в норме.

#### **Диагноз, поставленный в отделении**

ХОБЛ, бронхитический тип, тяжелое обострение. Хроническая дыхательная недостаточность (ХДН) по гипоксемическому типу. Дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника, люмбалгия.

#### **Лечение, назначенное 17 февраля в пульмонологическом отделении:**

- функциональная кровать;
- кислородотерапия со скоростью 2–3 л/мин;
- антибактериальная терапия (цефтаролин);
- глюкокортикостероиды (дексаметазон);
- небулайзерная терапия (беродуал, будесонид);
- противовоспалительные препараты (ксефокам и кеторол).

— На фоне проведенной терапии, — продолжила Татьяна Чилина, — была отмечена положительная динамика. Одышка исчезла, кашель уменьшился, сократилось и количество сухих хрипов легких, но сохранялся болевой синдром. В плане диагностического поиска было сделано рентгеновское исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. Обнаружились явления остеохондроза, деформирующего спондилеза, спондилоартроза. На

фоне диффузного остеопороза нельзя было исключить начальные явления компрессионного перелома L1. Когда мы проводили это обследование, то попытались также сделать рентген грудной клетки, но пациент не смог сделать вдох по причине сильнейших болей, ему было трудно стоять. Поэтому мы доставили его в палату и запланировали: КТ органов грудной клетки с транспортировкой лежа, МРТ позвоночника, консультацию невролога. Основной проблемой 18 февраля оставался болевой синдром, легочные же симптомы уменьшились. 19 февраля при попытке встать с кровати пациент упал, ударился плечом о кровать.

Рентгенография плечевого сустава обнаружила закрытый перелом левой плечевой кости в средней трети со смещением. Пациент был осмотрен дежурным хирургом, и в 19:00 переведен в стационар, в составе которого действует травматологическое отделение, а именно в ГКБ № 15 им. О. М. Филатова.

— Вам не показалось подозрительным то, что как-то слишком часто у вашего пациента находились переломы то позвоночника, то костей? — задал еще один вопрос Леонид Печатников. — Конечно, у нас были сомнения, — подтвердила Татьяна Чилина. — Если бы не этот несчастный случай, мы бы начали онкопоиск. В пользу его необходимости говорили и повышенные ферменты печени, и боли в спине, и переломы.

О ведении пациента в ГКБ № 15 рассказала главный врач стационара Екатерина Тюлькина: — При поступлении в наше приемное отделение 19 февраля в 23:37 пациент жаловался на боли в области левого плеча и в пояснично-крестцовой области. Состояние пациента было средней тяжести. Признаков тахипноэ в покое не было. Выдох не удлинен. Дыхание везикулярное. Рассеянные сухие хрипы выявлялись с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные приглушенные, гемодинамика стабильная, отмечалась умеренная тахикардия до 107 ударов в минуту. Живот безболезненный, не деформированный, печень у края правой реберной дуги. Сатурация составляла 95%. Это вполне удовлетворительное насыщение крови кислородом. После осмотра больного и оценки травматологом рентгенограмм был выставлен диагноз закрытого винтообразного перелома левой плечевой кости в средней трети. Пациенту была проведена репозиция и мобилизация левой верхней конечности гипсовой лонгетной повязкой. На контрольных рентгенограммах, выполненных после этого вмешательства в двух проекциях через гипсовую повязку, положение элементов костей в области перелома удовлетворительные. Ось конечностей восстановлена. Здесь же в приемном отделении пациенту была выполнена рентгенография грудной клетки.

#### **Данные рентгенографии грудной клетки от 2 февраля 2015 года (00:40)**

Видимые отделы легочных полей прозрачны. Легочный рисунок прослеживается во всех отделах, не изменен. Корни легких структурные, не расширены. Диафрагма с четкими контурами, расположена обычно. Видимые синусы плевры свободны. Тень сердца не расширена. Аорта без видимой патологии. Старые сросшиеся переломы 6 и 7 ребер справа.

— Пациент был госпитализирован в травматологическое отделение, где находился еще 4 дня, — продолжила Екатерина Тюлькина, — При пребывании пациента в этом отделении травматологами осуществлялся контроль состояния лонгеты. Больного осмотрели терапевт и невролог, продолжена терапия, начатая в 57-й больнице, а именно назначение беродуала, к которому был добавлен флуимуцил. По состоянию бронхолегочной системы пациент был достаточно стабилен, явлений гипоксии не было. Возможно, в условиях ограничений его физической активности из-за болевого синдрома в позвоночнике не было ни отдышки, ни признаков усиления кашля. В единственном общем анализе крови, который мы успели выполнить для этого больного, уровень общего белка был удовлетворительный, цитолиза не обнаружилось, однако был небольшой лейкоцитоз и повышение СОЭ до 54 мм/час.

— Получается, что состояние больного, если, конечно, не считать перелома, несколько улучшилось после того, как он попал к вам, — подытожил Леонид Печатников. — И вы, наверное, связали это с тем лекарственным лечением, которое он получал. Но вы заметили, что в анализе крови появились миелоциты и плазматические клетки?

— Да, мы увидели эти тревожные изменения — согласилась Екатерина Тюлькина, — появился один миелоцит и одна плазматическая клетка.

— То есть и вправо, и влево кровь «разъехалась», — заметил Леонид Печатников, — и вы это объясняли, переломом, наверное?

— Нет, Леонид Михайлович! — возразила главный врач. — Я признаю упущение в работе: во время пребывания в нашем стационаре пациент был не до конца обследован. Нам следовало обратить внимание на этот анализ крови, непонятные боли в позвоночнике, данные рентгенографии этого отдела, выполненные еще в 57-й больнице. Но никаких дополнительных исследований назначено не было. Эта ошибка была позже рассмотрена врачебной комиссией. Пациент и его супруга изъявили вполне справедливое желание лечиться в другом стационаре, а именно в ГКБ им. С.П. Боткина, где есть пульмонологическое и травматологическое отделение. Они покинули нашу больницу 25 февраля.

О пребывании пациента в ГКБ им. С.П. Боткина рассказал заместитель главного врача клиники Владимир Алексеев:

— Пациент был госпитализирован в наш стационар по направлению СМП с диагнозом «ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, ХДН 2 степени». При поступлении он жаловался на одышку при умеренной физической нагрузке, малопродуктивный кашель с отделением желто-зеленой мокроты, периодические сильные боли в поясничном отделе позвоночника при движении и при попытке сесть.

— Подчеркну, — заметил Владимир Алексеев, — что боли в спине у пациента не носили критического характера. И за все время нахождения в больнице в дополнительном введении обезболивающих уже после того, как мы назначили ему ортофен, он не нуждался.

#### Результаты осмотра в приемном отделении

- состояние среднетяжелое;
- положение активное;
- ЧДД — 18 в мин.,
- Sat O<sub>2</sub> — 90%;
- над легкими коробочный звук, дыхание ослаблено, единичные низкотембровые сухие хрипы;
- пульс — 85 в мин., ритмичный, тоны сердца приглушены;
- АД—140/80 мм рт.ст.;
- живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена;
- отеков голеней нет, гипсовая повязка на левом плече.

#### Диагноз при поступлении

ХОБЛ, среднетяжелое течение, обострение. ХДН 1–2 степени. Артериальная гипертензия 3 степени. Дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника. Люмбалгия. Закрытый перелом верхней трети левой плечевой кости со смещением отломков.

#### Назначено лечение:

- эуфиллин;
- цефтриаксон;
- бромгексин;
- эналаприл,
- беродуал, ингаляции через небулайзер;
- ортофен;
- ингаляции кислорода.

### **Заключения по рентгенограммам легких**

25 февраля. Легкие эмфизематозны, на фоне пневмосклероза нельзя исключить наличие округлой слабоинтенсивной тени диаметром около 1 см в 4 межреберье слева. Корни уплотнены, диафрагма четкая, синусы свободные. Сердце широко прилежит к диафрагме.

5 марта. Свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких нет. Легочный рисунок усилен, деформирован в прикорневых и нижнебазальных отделах. Корни легких уплотнены, фиброзно изменены, малоструктурны, подтянуты в краниальном направлении. Диафрагма и синус справа четко не визуализируется. Тень средостения не расширена, не смещена. Сердце широко прилежит к диафрагме. Аорта уплотнена, обызвествлена, развернута.

— Расскажите нам подробнее о тени в левом легком, — попросил Леонид Печатников.

— Потому и была сделана повторная рентгенография, что еще в приемном отделении было высказано предположение о наличии этой тени, — уточнил Владимир Алексеев. — Однако в последующем эта тень на рентгенограмме не обнаружилась, мы считаем, что ошибся врач-рентгенолог.

— В результатах дополнительных обследований отмечался лейкоцитоз, небольшое снижение гемоглобина, повышение СОЭ, незначительное и переходящее увеличение уровня креатинина и повышение активности трансаминаз, — продолжил Владимир Алексеев. — УЗИ внутренних органов не выявило серьезных изменений. Простата оказалась увеличенной, но дизурических нарушений у пациента не было. Добавлю, что вес его был нормальный, цианоза не было. На фоне проводимого лечения состояние больного по основному легочному заболеванию стабилизировалось и было расценено нами как относительно удовлетворительное. Кашель и одышка перестали его беспокоить, он откашливал лишь скудную слизистую мокроту. Сатурация увеличилась до 93%.

— И пациент вообще перестал на что-либо жаловаться? — спросил Леонид Печатников.

— Пациент отмечал боли в позвоночнике, — уточнил Владимир Алексеев. — Кроме того, он жаловался на иррадиацию болей в правую половину грудной клетки. Подобную иррадиацию он заметил за 1,5–2 месяца до поступления в нашу больницу. И поэтому мы решили провести рентгеновское исследование ребер. 3 марта это обследование обнаружило переломы 6, 7, 9 ребер справа по заднеподмышечной линии. В тот же день при рентгенографии плеча определился и перелом левой плечевой кости со смещением. А при УЗИ плевральных полостей обнаружилась слева свободная жидкость менее 20 мл, справа — до 100 мл с фибринозными наложениями. Мы расценили эти нарушения как признаки «свежего» плеврита.

— По сути, это был пневмоторакс? — задал вопрос Леонид Печатников.

— Да, возможно, — согласился Владимир Алексеев. — После проведенных лучевых обследований у больного был отмечен эпизод спутанности сознания. Он стал видеть цветные фильмы на стене, порывался сорвать гипс. После применения галоперидола и транквезипама приступ был купирован. Данный эпизод был расценен психиатром, приглашенным для консультации, как сосудистый психоз у больного с энцефалопатией смешанного генеза на фоне атеросклероза сосудов головного мозга и гипертонической болезни. Травматологом была вновь наложена гипсовая повязка на плечо. Состояние отломков, согласно данным рентгеновского исследования, было относительно удовлетворительным. В последующие дни пациент повторно осматривался неврологом, который выставлял диагноз: «распространенный остеохондроз, спондилоартроз с мышечным тоническим синдромом; энцефалопатия сочетанного генеза с выраженными когнитивными нарушениями».

В заключение своего выступления Владимир Алексеев сообщил, что в последнюю неделю пребывания в больнице пациент достаточно активно двигался в постели, мог поднять голову, повернуться, сесть. Но ему было трудно ходить, поэтому он передвигался по отделению с помощью сидячей каталки.

Пациент был выписан из больницы на 13-й день лечения. Его состояние было относительно удовлетворительное. Он был активен, питался самостоятельно. Кашель и одышка его не беспокоили, но он отмечал умеренные боли в поясничном отделе позвоночника. Сатурация составляла 93%. Пациент был недоволен содержанием в общей палате и другими условиями нахождения больных в пульмонологическом отделении, что и стало причиной того, что он покинул больницу 10 марта.

— Есть такое понятие «онкологическая настороженность». Что вы о нем думаете, Владимир Георгиевич? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Это справедливый вопрос, Леонид Михайлович, — признал Владимир Алексеев. — Наше главное упущение видим в том, что не провели повторное рентгеновское исследование позвоночника и ряд других дополнительных обследований в плане онкопоиска.

В Госпиталь ветеранов войн № 1 ДЗМ пациент поступил 13 марта в 13:50 в критическом состоянии.

— Сознание его было спутанное, в контакт он не вступал, периодически стонал, на вопросы не отвечал, команды не выполнял, — начала свой доклад заместитель главного врача по медицинской части госпиталя Екатерина Бугрова. — Кожные покровы были бледные с землистым оттенком, сухие. Язык обложен коричневым налетом. На левой верхней конечности от плеча до запястья — гипс. Периферические лимфоузлы не пальпировались. Температура тела составляла 37,1 °С. При аускультации в легких — дыхание жесткое, выслушивались сухие рассеянные хрипы. В нижних отделах справа дыхание ослабленное. ЧДД — 28–30 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 110 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Дефицита пульса не было. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Функции тазовых органов больной не контролировал. Менингеальных симптомов и очаговой неврологической симптоматики не выявилось. Пациент был госпитализирован в реанимационное отделение.

Рисунок 1. КТ грудного и поясничного отделов позвоночника

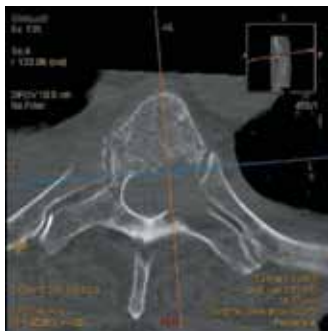
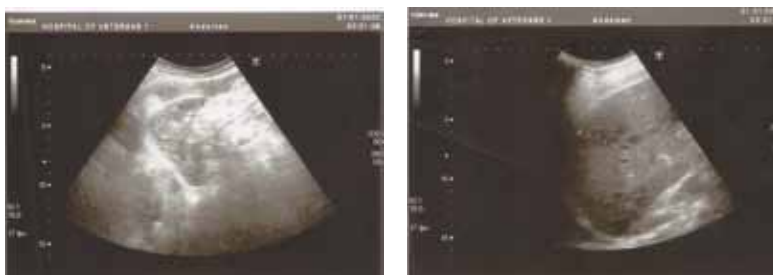


Рисунок 2. УЗИ органов брюшной полости



### **Данные КТ грудного и поясничного отдела позвоночника**

Выявлены множественные участки деструкции костной ткани с мягкотканым компонентом. На уровне Th3–Th4 отмечается образование, исходящее из левой ножки дуги позвонка, с округлыми контурами, распространяющееся на спинномозговой канал, стенозирующее его наполовину окружности. В области головок 3, 5, 7 ребер слева определяются мягкотканые образования с деструкцией костной ткани. Аналогичные множественные образования определяются в телах и в области поперечных отростков позвонков. В области тела L1 позвонка определяется линия перелома, снижение высоты тела позвонка до 22 мм.

УЗИ органов брюшной полости: выявлены множественные гипозоногенные образования с неровными контурами в диаметре 10–30 мм.

Екатерина Бугрова сообщила, что за те 3 дня, которые пациент находился в госпитале, учитывая тяжесть его состояния, был выполнен максимально возможный объем исследований. Докладчик представила данные лабораторных анализов в динамике, свидетельствующие о стремительном нарастании полиорганной недостаточности: печеночно-клеточной, почечной, дыхательной, сердечно-сосудистой. Больной был переведен на ИВЛ, началась поддержка гемодинамики за счет введения вазопрессоров. На ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия с ЧСС 125 в мин., была зафиксирована неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Рентгенография органов грудной клетки, ребер, грудного и поясничного отделов позвоночника, как и КТ головного мозга, не обнаружили грубых нарушений и признаков очаговых поражений.

Подробно остановилась Екатерина Бугрова и на результатах обследований, обнаруживших признаки распространенной опухолевой болезни. Три онкомаркера значительно превышали уровень нормы, а именно раково-эмбриональный антиген — более 200 нг/мл при норме 4, раковый антиген СА-125 — 68,8 нг/мл при норме 35 и раковый антиген СА 19-9 — 190 нг/мл при норме 37.

— Мы выполнили также УЗИ органов малого таза, — продолжила Екатерина Бугрова. — При обследовании обнаружилась гиперплазия простаты, а лабораторный анализ установил, что уровень ПСА у больного увеличен до 5,2 нг/мл. Полученная информация дала веские основания предположить у пациента онкопроцесс IV стадии, раковую интоксикацию, полиорганную недостаточность.

С ее слов, больному проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, антиоксидантная, муколитическая, обезболивающая терапия. Были назначены гепатопротекторы и гастропротекторы, оксигенотерапия, тем не менее состояние больного быстро ухудшалось. Нарастала негативная дыхательная, кардиологическая и общемозговая симптоматика.

— Несмотря на комплексную терапию в условиях реанимационного отделения, состояние больного оставалось критическим, с ухудшающейся динамикой, — добавила Екатерина Бугрова. — Проводимые реанимационные мероприятия в полном объеме оказались неэффективны. 15 марта в 20:10 была констатирована биологическая смерть больного.

Главный врач также сообщила, что родственники пациента были информированы о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия. Тем не менее от проведения патологоанатомического исследования они категорически отказались.

**Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* опухоль печени

*Осложнения:* множественные метастазы грудного и поясничного отделов позвоночника, ребер. Вторичное сужение спинномозгового канала на уровне Th3–Th4, перелом краевой пластинки 3, 5, 7 ребер слева, 11 ребра справа. Раковая интоксикация. Полиорганная недостаточность. Отек головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Нарушение ритма по типу фибрилляции-трепетания предсердий. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени. ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, нестойкая ремиссия. Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. Цереброваскулярная болезнь: энцефалопатия смешанного генеза (сосудистая, дисметаболическая). Закрытый перелом верхней трети левого плеча. Гиперплазия простаты.

**Выступления рецензентов**

*Главный внештатный специалист пульмонолог ДЗМ Андрей Белевский:*

— Врач приемного отделения ГКБ № 57 поступил правильно, когда изменил диагноз, поставленный бригадой СМП, который был преувеличенно опасный: двусторонняя пневмония, двусторонний плеврит. Был сформулирован новый диагноз: ХОБЛ, обострение, пневмония справа, правосторонний плеврит. Согласно этому диагнозу доктор и назначил цефтриаксон, что является стандартом антибактериального лечения внебольничной пневмонии согласно российским клиническим рекомендациям. Дексазон был применен для борьбы с обструктивным синдромом и зуфиллин как препарат бронхолитической терапии. К сожалению, докладчик забыл о нем сказать. Конечно, вызывает вопросы мочегонная терапия, но не стоит на этом заострять внимание, так как ее вскоре отменили.

Врач в приемном отделении обнаружил сниженную сатурацию крови. Показания для кислородотерапии в острой ситуации — это сатурация меньше 90%. У пациента данный показатель составлял 88%, и ему оправданно была назначена кислородотерапия.

В пульмонологическом отделении диагноз пневмонии и плеврита снимается. Опять-таки это было правильное решение, учитывая, что у пациента низкий уровень С-реактивного белка. А это указывает на малоактивный характер бактериальной воспалительной реакции. Пульмонологи ГКБ № 57 назначили кислородотерапию, небулайзерную терапию, противовоспалительные препараты ксефокам и кеторол, антибактериальную терапию цефтаролином. По поводу цефтаролина подчеркну, что это антибиотик класса цефалоспоринов третьего поколения с улучшенной фармакологической динамикой и с мощной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Бактерицидное действие цефтаролина приводит к ингибированию биосинтеза клеточной стенки бактерий. По фармакологическим свойствам цефтаролин похож на цефтриаксон, но он более широкого и более убедительного спектра действия. Когда в пульмонологической практике мы имеем дело с пожилыми пациентами, страдающими ХОБЛ и ХДН, мы более полагаемся на этот антибиотик, чем на цефтриаксон.

У меня нет возражений по поводу терапии основного пульмонологического заболевания в ГКБ № 57. В итоге адекватного лечения состояние пациента улучшалось, у него исчезли выделение гнойной мокроты, одышка в покое, нарастала сатурация, ему становилось в целом легче, но существенным недостатком в оказании медицинской помощи пациенту в ГКБ № 57 я считаю то, что не была выполнена рентгенография грудной клетки в приемном отделении. Это грубое нарушение порядка ведения пациентов с ХОБЛ, пневмонией или плевритом. Во время пребывания пациента в ГКБ № 15, а затем и в ГКБ им. С.П. Боткина он получал вполне адекватное лечение заболевания легких бронхолитиками, антибиотиками, мукоактивными и другими препаратами. Обследования легких, в частности рентгенография, выполнялись своевременно и грамотно.

*Главный внештатный травматолог-ортопед ДЗМ здравоохранения Вадим Дубров:*

— Больной поступил в ГКБ № 57 с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника и в груди. И вполне возможно, что нарушение вентиляции у него было обусловлено именно болевым синдромом и нарушением по его причине экскурсии грудной клетки, но эту возможность никто не учел и не проанализировал.

Когда пациент находился на лечении в пульмонологическом отделении этой больницы, в связи с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника была выполнена рентгенография поясничного отдела позвоночника, заподозрен компрессионный перелом тела L1. Для уточнения данного очень важного предварительного диагноза надо было вызвать на консультацию травматолога и выполнить КТ позвоночника, но этого сделано не было.

19 февраля больной падает, ломает плечевую кость, и с транспортной мобилизацией в виде косыночной повязки его доставляют в 15-ю больницу. Это был классический диафизарный перелом, и мы десятилетиями учим студентов, что любой такой перелом должен быть мобилизован полноценно, то есть шинированием. Подвешивать же руку на косынку можно только тогда, когда сломан проксимальный отдел плеча. Набор средств для транспортной мобилизации есть во всех приемных отделениях больниц. И здесь опять-таки врачи ГКБ № 57 должны были перед отправкой больного в другое ЛПУ вызвать на консультацию травматолога.

Недостатками в оказании медицинской помощи пациенту в ГКБ № 57 я считаю отсутствие консультаций травматолога, невыполнение КТ поясничного отдела позвоночника, отсутствие полноценной транспортной иммобилизации перелома левой плечевой кости.

По пребыванию в ГКБ № 15 могу сказать следующее. Сразу же при поступлении совершенно правильно была выполнена полноценная иммобилизация левой плечевой кости лонгетной гипсовой повязкой. Обследуя затем пациента, врачи обнаруживают два сросшихся перелома, непрекращающиеся боли в позвоночнике. Но рентгенография не была выполнена, не говоря уже о КТ. В выписной эпикриз включено описание рентгенографии данного отдела позвоночника, хотя в процессе госпитализации в ГКБ № 15 это обследование не выполнялось. Указанное же описание повторяет заключение по рентгенографии еще из ГКБ № 57. Вывод: в ГКБ № 15 полноценное исследование опорно-двигательного аппарата с использованием методов современной лучевой диагностики проведено не было, что не позволило предположить возможность онкологической причины поражения костей и болевого синдрома.

В пульмонологическом отделении Боткинской больницы пациент находился на лечении по поводу обострения хронического обструктивного бронхита. Трижды пациенту была выполнена рентгенография грудной клетки, но КТ не выполнялась ни разу! Все, кто занимается поражениями грудной клетки, знают, что на рентгенограмме грудной клетки оценить целостность реберного каркаса затруднительно. И при малейших сомнениях оценки тканей легкого или реберного каркаса должна выполняться КТ, тем более что в ГКБ им. С.П. Боткина такие установки есть. С помощью КТ, безусловно, можно было разобраться и со «слабоинтенсивной тенью», о происхождении которой спрашивал Леонид Печатников.

Количество ребер, поврежденных у пациента, постепенно увеличивалось от больницы к больнице, и в конце концов, невзирая на отсутствие полноценной оценки результатов рентгенографии грудной клетки и КТ, был выставлен диагноз «перелом ребер», хотя причины таких повреждений так и не были установлены и диагноз перелома ребер был выставлен без связи с анамнестическими данными.

Самое важное — несмотря на наличие болей в поясничном отделе позвоночника, рентгенография в ГКБ им. С.П. Боткина не была выполнена.

Примечательно, что на рентгенограмме, выполненной уже в Госпитале ветеранов войны № 1, не было найдено вообще никаких признаков поражения ребер. Зато на проведенной

в этом стационаре КТ обнаруживаются множественные очаги метастатической деструкции на разных уровнях: паравертебральных, среднеподмышечных, а также множественные поражения грудных позвонков. И если мы оценим компьютерные рентгенограммы грудного отдела позвоночника, сразу становится понятной и причина боли. Были поражены реберно-позвоночные суставы. А потому любая попытка вдоха была болезненной.

В связи с диагнозом «опухоль печени» хотел бы остановиться на нескольких литературных данных. Миеломы, лимфомы, рак легкого и почки, предстательной и молочных желез, печени нередко впервые проявляются лишь метастатическим поражением костей. И если метастатическое поражение костей найдено, то, как правило, в 80% даже без биопсии удается установить первичный источник опухоли.

Для большинства больных, причем не только онкологических, но страдающих остеопорозом и другими заболеваниями, патологический перелом предвещает терминальную стадию заболевания. По данным шведского регистра, в течение 6 месяцев после патологического перелома выживает лишь половина пациентов, а в течение года погибает 90% пациентов, перенесших перелом. Выживаемость больных, перенесших операции по поводу костных метастазов, соответствует выживаемости больных с распространенным раком, получавших консервативную лучевую терапию.



**ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ, НЕ ТОЛЬКО  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ, НО СТРАДАЮЩИХ  
ОСТЕОПАРОЗОМ И ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,  
ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ ПРЕДВЕЩАЕТ  
ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

**Вадим ДУБРОВ**

При этом запоздалая диагностика метастатического поражения опорно-двигательного аппарата не повлияла на конечный исход основного заболевания. Но длительность болевого синдрома, обусловленного этим поражением, не могла не сказаться на качестве жизни пациента в последний месяц его существования.

*Главный внештатный специалист невролог ДЗМ Алла Гехт:*  
— Начну с главного: летальный исход заболевания был не связан с действиями врачей, но обусловлен характером патофизиологических нарушений, несовместимых с жизнью. Грубых и угрожающих здоровью нарушений объема и качества оказания неврологической медицинской помощи больному, по моему мнению, не было. Но имело место весьма существенное нарушение качества оказания ме-

дицинской помощи. При сочетании длительного болевого синдрома, заболевания легких и подозрения на компрессионный перелом тела L1 позвонка, лечащие врачи должны были незамедлительно провести, но не выполнили КТ позвоночника. Более того, на основании данных указанного лучевого обследования необходимо было провести дифференциальный диагноз между тремя патологиями: туберкулезный спондилит, гнойный спондилит и метастатическое поражение позвоночника.

В заключение своего доклада Алла Гехт перечислила ряд несоответствий описания неврологического статуса пациента его неврологическому диагнозу, а также несоответствие неврологических диагнозов, которые неврологи выставляли больному тем, которые сформулированы в МКБ 10.

Последним из рецензентов выступал главный внештатный специалист онколог ДЗМ Игорь Хатьков.

— Игорь Евгеньевич, все-таки был у больного рак или не был? — Спросил его перед началом доклада Леонид Печатников.

— Скорее всего, был, — ответил рецензент.

— А если был, то откуда начался? — поинтересовался Леонид Печатников.

— Очень сложно сказать, — признался Игорь Хатьков. — Отсутствие патологоанатомического вскрытия, как и целенаправленных действий по выявлению основной патологии, то есть рака, — вот недостатки истории болезни пациента,

не позволяющие нам однозначно ответить на этот вопрос. Возраст пациента — 71 год, а также одномоментное возникновение патологического процесса в различных органах, в том числе плеврита без пневмонии, боли в поясничном отделе позвоночника, выраженная слабость — все эти признаки должны были вызвать онкологическую настороженность. Исследования, которые необходимо было выполнить при поступлении пациента в стационар, я считаю — анализ крови на ПСА, КТ легких, органов грудной клетки и брюшной полости, сцинтиграфия костей скелета, КТ или МРТ пояснично-крестового отдела позвоночника. В первую очередь я бы подумал о первичном раке не печени, а предстательной железы. Однако в пользу такого предположения свидетельствует только повышение уровня ПСА у больного, тогда как при УЗИ простаты никаких очаговых образований выявлено не было. Гепатоцеллюлярный рак также мог положить начало опухолевой болезни. Среди вариантов клинического течения гепатоцеллюлярного рака бессимптомное течение, что, возможно, и происходило в случае пациента, наблюдается в 70% случаев. Правда, у 10% больных проявляется классическая триада: похудание, боль в правом подреберье, гепатомегалия, а еще у 10% — развитие этого рака сочетается с декомпенсацией цирроза печени, тогда и диагностируются: прогрессирующий асцит, кровотечение из варикозных вен пищевода, энцефалопатия.

По мнению Игоря Хатькова, первичный очаг в печени, возможно, присутствовал, хотя подтвердить или опровергнуть это уже невозможно, и главный аргумент против такой гипотезы состоит в том, что первичный рак печени является весьма редкой болезнью. В подавляющем большинстве случаев эта опухоль обнаруживается на поздних стадиях, при выявлении регионарных и отдаленных метастазов, причем размер первичной опухоли может быть еще очень небольшим. Распространение метастазов объясняется обильным кровоснабжением органа — через печень в течение 2–3 минут проходит весь объем крови человека, и ее связью с системой воротной вены, аортой, печеночными венами. Чаще всего у больных выявляют вид гепатоцеллюлярного рака печени, сопровождаемый симптомами цирроза, но их у пациента не было.

— Метастазы рака печени сначала распространяются по лимфатическим сосудам, — продолжал рецензент. — Ближайшие метастазы выявляют в лимфатических узлах ворот печени, головки поджелудочной железы, переднего средостения. Отдаленные метастазы распространяются в лимфатические узлы заднего средостения и шеи. Но опять-таки у больного не было явных признаков поражения лимфоузлов. Зато гематогенные метастазы первичного рака печени уже на ранних стадиях опухолевого процесса часто обнаруживают в ребрах и позвонках, и такие образования сопровождаются выраженным болевым синдромом и напоминают проявления остеохондроза позвоночного столба. Эти нарушения у пациента были очевидными.

В заключение своего выступления Игорь Хатьков назвал самый главный, по его мнению, недостаток в оказании медицинской помощи больному: в нарушение закона не было проведено вскрытие.

Согласно статье 67 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» патологоанатомическое вскрытие действительно может не проводиться по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника или при волеизъявлении самого умершего, сделанного им при жизни. Но за исключением ряда ситуаций, и среди них — если смерть больного наступила от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли. Таким образом, несмотря на заявления родственников, вскрытие надо было провести. Как подчеркнул Игорь Хатьков, тогда были бы сняты многие вопросы, которые на конференции остались без ответа.

Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Все вы хорошо помните прошлую конференцию, на которой мы разбирали казуистический клинический случай и экзотические редкие патологии — кардиомиопатию такоцубо и болезнь моя-моя. А в этот раз никакой экзотики и казуистики. История, знакомая до боли и неприятная как раз своей тривиальностью. В ней нет ничего необычного: умер человек, которому все равно нельзя было помочь, но обследовали его из рук вон плохо. И не потому, что не было каких-то устройств или нельзя было провести сложные молекулярные анализы. Причины грубейших диагностических ошибок, о которых мы сегодня услышали, в халатности, в небрежном отношении к своей работе, в безразличии к больному. Пациент побывал в трех лучших по оснащенности и самых крупных больницах города: ГКБ № 57, 15 и имени С.П. Боткина, а правильный диагноз за один неполный день был поставлен в скромном по оснащению Госпитале ветеранов войны № 1. У них компьютерный томограф появился позже, чем в остальных московских больницах, но там быстро установили причину заболевания. Меня не удовлетворяет ситуация, которая сейчас складывается и в больницах, и в амбулаторных учреждениях с лучевой диагностикой. Нас постоянно упрекают в том, что закуплено много дорогого оборудования,



**ПРИЧИНЫ ГРУБЕЙШИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК, О КОТОРЫХ МЫ СЕГОДНЯ УСЛЫШАЛИ, В ХАЛАТНОСТИ, В НЕБРЕЖНОМ ОТНОШЕНИИ К СВОЕЙ РАБОТЕ, В БЕЗРАЗЛИЧИИ К БОЛЬНОМУ.**

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ**

потрачены огромные деньги налогоплательщиков. Может быть, действительно, напрасно мы столько купили, и потому теперь все эти установки стоят как мебель? Но я убежден, что мы были правы, когда планировали объемы закупок, и мы верно учли потребности нашей системы здравоохранения. Однако мы не думали, что слишком частыми будут случаи, подобные рассмотренному сегодня, когда была острейшая потребность в КТ-обследовании, но лечащие врачи не удосужились его провести. Это относится к двум больницам, в которых пациент побывал. В Боткинской больнице ситуация другая, но ничуть не лучше. Мы знаем, что КТ-установка в этом стационаре еще далека от исчерпания ее срока годности, но периодически ломается. При этом после каждой

поломки ее хватает на несколько пациентов. Обращаю на это внимание руководства клиник в последний раз. Надеюсь, меня услышали. Сегодняшний разбор не останется без последствий. Мы обратим внимание руководителей клиник на этот случай. Но хочу обратиться и к главным внештатным специалистам Департамента здравоохранения Москвы: мы создали так называемые руководящие вертикали по специальностям, и вы являетесь их руководителями, но если эти вертикали не станут также «вертикальными» по дисциплине, ответственности и, самое главное, по контролю качества лечебной работы во имя здоровья больных, у нас будет и дальше слишком много, позорно много случаев, аналогичных рассматриваемому. И два слова о нашей диспансеризации. Для кого-то это тяжелый пережиток советской власти, а я считаю, что речь идет об очень важном и полезном направлении нашей работы. Каждый год департамент «спускает» поликлиникам план по диспансеризации. В 2015 году ею должны быть охвачены около 2 миллионов пациентов. А сколько из них пройдут ее реально? Судя по опыту прошлых лет, 10% или около того. Вспомним и нашего пациента, который в течение многих лет ни разу не обращался в поликлинику. Да-да, уже слышу вопрос: как же мотивировать москвичей на прохождение диспансерных осмотров, ведь никаких принудительных механизмов применять нельзя? Но безвыходных ситуаций не бывает. Недавно на одном круглом столе мы обсуждали два предложения. Например, если бы у нас полис ОМС не выдавался бы бессрочно, а раз в 3 года обновлялся только тем пациентам, кто за этот срок проходил диспансеризацию, то граждане относились бы к ней с большей ответственностью. Мое же предложение заключается в том, что для тех граждан, которые упорно не желают проходить диспансеризацию, полис ОМС должен выдаваться только после определенной доплаты из их кармана. Я надеюсь, что в решении этой проблемы мы наконец перейдем от слов к действиям.

# ОТКАЗАТЬ, НЕ НАРУШАЯ

Долгое время законодательные нормы, действующие на территории Российской Федерации, защищали только права пациентов, права врача были забыты. Интересы пациента признавались и признаются законом Российской Федерации приоритетными. И только в 2011 году на федеральном уровне с принятием Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были закреплены определенные права врача.



**Татьяна КУРНОСОВА,**  
директор по правовым  
и кадровым  
вопросам GEMC

## Вправе отказаться

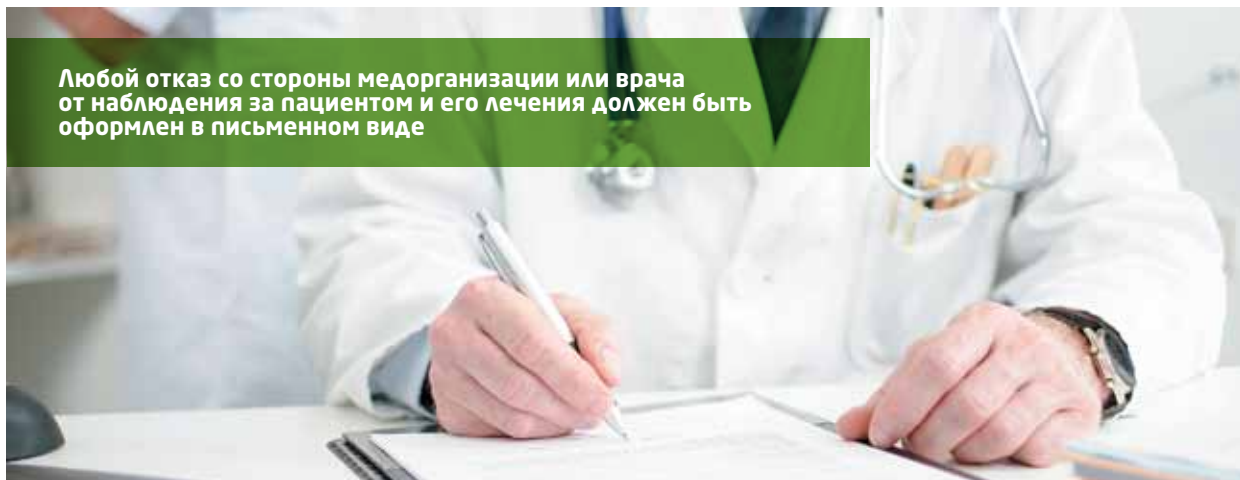
Напомним, что статья 11 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепила недопустимость отказа в оказании медицинской помощи. В ней буквально сказано, что «отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы,

и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются».

Помимо этого, статья 35 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает, что «скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно».

Также важной новеллой ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стало закрепление права пациента при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на выбор медицинской

**Любой отказ со стороны медорганизации или врача от наблюдения за пациентом и его лечения должен быть оформлен в письменном виде**



организации и врача с учетом согласия врача. Лечащего врача может также назначить руководитель медицинской организации (ее подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации (ее подразделения) должен помочь пациенту выбрать другого врача (ч. 1 ст. 21, ч. 1 ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Однако есть теперь и нормы, обозначающие права врача. Часть 3 ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепила право лечащего врача по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) отказаться от наблюдения за пациентом и его лечением. А также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Важно только, что в случае такого рода отказов руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен организовать замену лечащего врача.

Исчерпывающий список угрожающих жизни состояний содержится в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». При этом законодательство не предусматривает перечень случаев, при которых врач может отказаться от лечения больного. Иными словами, врач может воспользоваться своим правом отказаться от лечения по любым

основаниям, если такой отказ будет согласован с руководителем и не будет угрожать жизни пациента и здоровью окружающих.

Так, например, врач по согласованию с руководителем может отказаться от лечения, если пациент не соблюдает предписания врача. Однако напомним, что в случае отказа лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен заменить пациенту лечащего врача (ч. 3 ст. 70 закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ).

### **Грань законности**

Несмотря на закрепление права врача отказаться от оказания медицинской помощи пациенту на федеральном законодательном уровне, ряд подзаконных актов и ведомственных актов системы здравоохранения продолжают относить отказ от оказания медицинской помощи к недостаткам оказания медицинской помощи. Так, приказом ФОМС от 11.10.2002 г. № 48 был предусмотрен классификатор нарушений в оказании медицинской помощи, которые служат поводом для обращения в суд за защитой, к которым относился в том числе и необоснованный отказ от оказания медицинской помощи. Кроме того, п.67 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного Приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 «невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской

помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза)». Отсутствие четко прописанных условий возможного отказа от оказания медицинской помощи ставит лечащего врача на грань законности.

В случае неправомерного отказа может наступить гражданская, административная или уголовная

ответственность. Всем прекрасно известно, например, что статья 124 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (ч. 1), смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ч. 2).

Напомним, что необходимое условие уголовной ответственности — указание на отсутствие уважительной причины. Большинство авторов выделяют следующие уважительные причины:

- непреодолимая сила;
- состояние крайней необходимости;
- болезнь самого медицинского работника;
- некомпетентность медицинского работника, вызванного к больному, при условии, если медицинский работник вызвал другого специалиста.

Уважительная причина, по которой помощь не была

### **Судебный прецедент**

26 июля 2012 г., находясь на рабочем месте, врач-педиатр одной из столичных детских поликлиник получила вызов на дом к больному недоношенному и входящему в группу риска ребенку. Однако врач, в нарушение установленных стандартов оказания медицинской помощи детскому населению и своей должностной инструкции, относясь небрежно к исполнению своих служебных обязанностей, без каких-либо объективных причин, не предвидя возможности наступления неблагоприятных последствий для грудного ребенка в случае непосещения его в день поступления вызова, тогда как должна была и могла это предвидеть, по указанному вызову не прибыла. При этом врач не поставила руководство поликлиники в известность и мер по своевременному диагностированию заболевания, квалифицированному лечению, оказанию экстренной медицинской помощи и направлению его на госпитализацию не приняла. В связи с неисполнением врачом своих профессиональных обязанностей 27 июля 2012 г. мальчик скончался от бактериально-вирусной инфекции с поражением внутренних органов, осложнившейся обезвоживанием, диагностировать которое было возможно при своевременном и правильно оказанной медицинской помощи на этапе стационара и педиатрическом участке. Кроме того, согласно заключению эксперта, имеется прямая причинная связь между недостатками оказания медицинской помощи на педиатрическом участке и развитием заболевания, приведшего к смерти ребенка. При регулярном наблюдении данного ребенка, состоявшего в группе риска, своевременной его госпитализации возможно было предотвратить его смерть. Приговором Симоновского районного суда г. Москвы от 31 октября 2013 г. врач-педиатр была признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ. Ее деяние квалифицировано как причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Ей было назначено наказание с учетом наличия смягчающих обстоятельств, данных о личности (преступление совершено ею впервые, оно относится к категории небольшой тяжести и совершено по неосторожности, имеются положительные характеристики ее личности по месту работы и жительства, чистосердечное признание и раскаяние врача в содеянном, наличие у нее на иждивении малолетнего ребенка) в виде 2 лет ограничения свободы с лишением права занимать врачебные должности в системе здравоохранения на 3 года.

оказана, определяется в каждом отдельном случае по усмотрению суда в зависимости от обстоятельств конкретного дела.

Важно помнить, что в случаях наступления тяжелых для больного последствий ненадлежащее оказание помощи, выражающееся в запоздалом (несвоевременном), недостаточном, неправильном (неадекватном) ее предоставлении, обусловленном причинами субъективного порядка, безусловно, имеет правовое значение для возникновения основания уголовной ответственности.

При оценке правильности тех или иных действий необходимо иметь в виду, что может существовать



**ПРАВО ПАЦИЕНТА, ПРИЧЕМ НЕ ТОЛЬКО ГРАЖДАНИНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НО И ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА И ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГАРАНТИРОВАНО НОРМАМИ И ПРИНЦИПАМИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА, КОНСТИТУЦИЕЙ РФ, ОСНОВАМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН И ИНЫМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМИ АКТАМИ, ДЕЙСТВУЮЩИМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. В СООТВЕТСТВИИ СО СТ. 41 КОНСТИТУЦИИ РФ «КАЖДОМУ ГАРАНТИРОВАНО ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ».**

несколько методов лечения болезни, и врач в таких случаях имеет право выбора, исходя из своего опыта, знаний, обеспеченности лекарственными средствами и других обстоятельств. Если из нескольких равноценных методов лечения болезни, принятых в современной медицине, врач остановился на каком-то одном, действия его являются правомерными.

### На платной основе

Немного проще ситуация с оформлением правомерного отказа от оказания медицинской помощи пациенту складывается при ситуациях, когда медицинские услуги оказываются на платной основе.

Правоотношения по оказанию платных медицинских услуг, согласно главе 39 ГК РФ, оформляются договором возмездного оказания услуг, следовательно, правовыми основаниями отказа в их предоставлении будут являться нормы ГК РФ. Кроме того, отношения по оказанию медицинских услуг организациями и частнопрактикующими врачами в рамках договоров с гражданами или организациями регулируются Законом от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Основаниями для отказа медицинского учреждения от оказания услуг могут послужить следующие правовые нормы.

Медицинское учреждение на основании ст. 708 ГК РФ, а также ст. 28 Закона «О защите прав потребителей» обязано оказать услуги в срок, установленный правилами оказания отдельных видов работ или договором. При нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине пациента медицинское учреждение вправе приостановить исполнение обязательств по договору (оказание услуги) или отказаться от исполнения обязательств по договору (оказания услуги) и потребовать от пациента возмещения убытков (ст. 328 и 719 ГК РФ, п. 6 ст. 28 Закона о защите прав потребителей).

Договор можно расторгнуть и в случае одностороннего отказа от исполнения договора (полностью или частично), когда такой отказ допускается законом или соглашением сторон (ст. 450 ГК РФ). Основанием для изменения и расторжения договора является существенное изменение обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора (ст. 451 ГК РФ). Однако при этом стоит обратить внимание на определение Конституционного суда РФ от 06.07.2002 г. № 115-О. В нем говорится, что обязательность заключения публичного договора о предоставлении платных медицинских услуг при возможности оказать соответствующие услуги означает и недопустимость одностороннего отказа исполнителя от исполнения обязательств по договору.

Помимо этого, медицинское учреждение освобождается от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил, которые он должен соблюдать, — режим, диета, выполнение определенных процедур и т. д. (ст. 13 Закона «О защите прав потребителей», ст. 401 ГК РФ).

Наконец, в случаях, когда пациент не дает согласия на превышение суммы оказываемых услуг, в силу

ст. 33 Закона «О защите прав потребителей» медицинское учреждение вправе отказаться от исполнения договора.

## Не надо забывать

При всем при этом необходимо помнить, что любой отказ со стороны медицинского учреждения (лечащего врача) от медицинской помощи, правовой режим которого предусмотрен действующим законодательством, должен быть оформлен в письменном виде, так же как и одностороннее расторжение договора на оказание платных медицинских услуг. Отказ согласно ч.3. ст. 70 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» должен быть подписан лечащим врачом, завизирован руководителем медицинского учреждения, и один экземпляр должен быть отдан на руки пациенту или направлен по адресу регистрации пациента.

В обязательном порядке должно быть отмечено, что на момент оформления отказа со стороны лечащего врача от оказания медицинской помощи состояние здоровья пациента не угрожало его жизни и здоровью, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

При оформлении отказа от оказания медицинской помощи на платной основе пациенту и при последующем одностороннем расторжении договора со стороны медицинского учреждения также необходимо оформить уведомление о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг, дополнительное соглашение о расторжении с указанием даты и срока расторжения договора. Оба документа необходимо отдать на руки пациенту или направить по адресу регистрации пациента.

И, конечно, не надо забывать, что виды, порядок и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно, определены Программой государственных гарантий. При этом экстренная помощь при заболеваниях, травмах, отравлениях, несчастных случаях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, оказывается бесплатно всем гражданам, в том числе иностранным гражданам и лицам без гражданства, независимо от наличия паспорта, полиса ОМС, места регистрации и социального статуса. Отказ от медицинской помощи на основании того, что полис ОМС оформлен в другом субъекте Российской Федерации недопустим.

## ПОДРОБНОСТИ



### Расширенное толкование

В ст. 7 Этического кодекса российского врача, утвержденного 4-й конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г., закреплено право врача на отказ от работы с пациентом (перепоручение его другому специалисту) в случаях, когда:

- врач чувствует себя недостаточно компетентным, не располагает необходимыми техническими возможностями для оказания должного вида помощи;
- данный вид медицинской помощи противоречит нравственным принципам врача;
- врач не в состоянии установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

# НОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА

Для обеспечения качества медицинской помощи населению необходим целый ряд мероприятий, но прежде всего оно невозможно без наличия эффективной системы управления качеством медицинской помощи, обеспечение которой невозможно без создания соответствующей нормативно-правовой базы.

Нормативно-правовая база Российской Федерации формировалась на протяжении нескольких десятилетий.

Статьи 6, 15 Федерального закона № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» закрепили право граждан на получение медицинских услуг соответствующего объема и качества в рамках программ обязательного и добровольного страхования и обязанность страховой организации контролировать объемы, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, защищать интересы застрахованных.

Пункт 21 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015 г., с изм. от 30.09.2015 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепил понятие «качество медицинской помощи». Согласно данному пункту «качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 65 устанавливает положение, согласно которому критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской

помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с законом, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Данное положение вступило в силу 01 января 2015 года.

С 25 августа 2015 года вступил в действие приказ Министерства здравоохранения России от 07.07.2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Критерии оценки качества медицинской помощи в нем сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

## Перечень заболеваний и состояний

Ст. 2 приказа устанавливает четкий перечень заболеваний и состояний здоровья человека, при которых применяются данные критерии в целях оценки качества медицинской помощи.

Данные критерии применяются при следующих заболеваниях и состояниях:

- 1) новообразования;
- 2) болезни эндокринной системы;
- 3) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 4) болезни нервной системы;
- 5) болезни крови, кроветворных органов;
- 6) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

- 7) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 8) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 9) болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания;
- 10) болезни органов пищеварения;
- 11) болезни мочеполовой системы;
- 12) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 13) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы;
- 14) отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 15) врожденные аномалии (пороки развития);
- 16) деформации и хромосомные нарушения;
- 17) беременность, роды, послеродовый период;
- 18) отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде;
- 19) а также при оказании медицинской помощи при проведении искусственного прерывания беременности.

## Типы критериев

Приказ выделяет два основных типа критериев качества медицинской помощи:

- критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

## В амбулаторных условиях

Критериями, применяемыми при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являются следующие:

- а) ведение медицинской документации в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;
- б) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;
- в) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в

амбулаторной карте; проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

г) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

д) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза; клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) (установление клинического диагноза должно происходить в течение 10 дней с момента обращения);

и) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

к) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

л) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

м) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

н) оформление результатов лечения с обязательной фиксацией отсутствия прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией, отсутствия осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

о) осуществление диспансерного наблюдения с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения, в соответствии с Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»;

п) проведение диспансеризации, назначение по результатам диспансеризации, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения, в соответствии с Приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

## В условиях стационара

Статья 4 Приказа устанавливает следующие критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации — медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного, в том числе заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой; наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее — профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации. Проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации. Проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар);

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов

с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

д) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения). Указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения); установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

з) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром);

и) оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;

м) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н: назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 2782-р) и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту; осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

о) проведение при летальном исходе патологоанатомического вскрытия в соответствии с Приказом Минздрава России от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»;

п) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

р) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

### **Доказательства качества**

Соблюдение вышеперечисленных критериев является доказательством оказания качественной медицинской помощи населению. При этом контроль качества медицинской помощи может быть внутренним (врачебными комиссиями или комиссиями по контролю качества оказания медицинской помощи), а также внешним, осуществляемый государственными структурами: органами исполнительной власти субъектов, лицензирующими органами системы здравоохранения, страховыми медицинскими организациями.

## ПОДРОБНОСТИ



### **В целях обеспечения прав**

Экспертиза качества медицинской помощи является одной из форм контроля деятельности медицинских организаций. Напомним, что по результатам контроля в целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля (п. 61 Приказа ФОМС от 01.12.2010 г. № 230). Использование результатов экспертизы заинтересованными лицами допускается лишь в той мере, в какой это необходимо для реализации конкретного права в установленном процессуальном порядке. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, регламентирована также Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

# ВЛАДИМИР МАКАРОВ: ЕМИАС СТАЛА РАБОЧИМ ИНСТРУМЕНТОМ ВРАЧА

Уже пятый год в профессиональной среде идут разговоры о Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) — проекте новом и важном, а в чем-то даже уникальном. О том, что информационная система представляет из себя сегодня, как строилась и каковы перспективы ее развития, в беседе с директором НИИОЗММ Департамента здравоохранения Москвы Давидом МЕЛИК-ГУСЕЙНОВЫМ рассказывает главный архитектор и стратег проекта — заместитель руководителя Департамента информационных технологий Москвы Владимир МАКАРОВ.



**Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ,**  
директор НИИОЗММ  
Департамента здравоохранения Москвы

## **Давид Мелик-Гусейнов (Д. М-Г.):**

— Владимир, что заставило Москву заняться вопросом информатизации здравоохранения?

## **Владимир Макаров (В. М.):**

— Идея ЕМИАС, как и само название, возникла еще до моего появления в Департаменте информационных технологий Москвы. Когда в апреле 2011 года мы с командой пришли в департамент, сначала приходилось просто выполнять ранее сформулированные поручения. Мы пришли заниматься этим



**Владимир МАКАРОВ,**  
заместитель руководи-  
теля Департамента  
информационных  
технологий Москвы

проектом исходя из того, что информационная система должна работать и делать здравоохранение максимально прозрачным и управляемым.

Накопленная масса проблем и непонимания была критической. Первое, что мы сделали, — провели аудит текущей ситуации. Это было буквально безумие. Первая официальная презентация по факту проведения аудита так и называлась — «Безумие 2011». Создавать систему под красивые отчеты было бессмысленно. Ведь население и сами врачи уже не могли полноценно взаимодействовать. Мы сами проходили многочасовые живые очереди в клиниках, видели продажу талончиков на прием к врачу разными людьми, вплоть до охранников поликлиник. Отрасль вынуждена была признаться сама себе в этих проблемах. Как следствие, пришлось четко сформулировать ожидания и подписаться под конкретными сроками решения проблем. Это еще больше усложнило работу в тот момент. Хочешь или не хочешь, но сроки жестко поставлены и публично озвучены.

Все начиналось, по сути, с пустого места, и наша работа на первом этапе была тоже своего рода «безумным креативом». К примеру, нам в кратчайший срок нужно было обеспечить порядка 200 тысяч слаботочных электрических розеток по всей Москве. Порой нам приходилось самим протягивать провода через форточки, лишь бы только соединить между собой фрагменты системы.

#### **Д. М-Г.:**

— Но можно же было взять на вооружение какое-нибудь готовое решение. Скорее всего, кто-то уже в мире создавал что-то подобное. Купить такое решение стоит гораздо дешевле, чем создавать все с нуля.

#### **В. М.:**

— Назовите мне, пожалуйста, город или даже страну, где есть аналогичные системы. При такой концентрации пользователей, модели устройства самого здравоохранения, маршрутов пациентов — нам просто негде и не за кем было подсмотреть. Мы уникальны. Условия функционирования здравоохранения Москвы немного (лишь совсем немного) напоминают условия других крупных городов нашей страны. Но и в этих городах тоже не было достойного опыта. Мы ведь при создании системы не ориентировались лишь на функции записи к врачу. Задача была гораздо более амбициозной — создать систему управления ресурсами. Сегодня эта задача выполнена. Мы можем, к примеру, прогнозировать и даже управлять потоками пациентов, и не только этим.

#### **Д. М-Г.:**

— Но собственное развитие системы, помимо гордости за себя, порождает риски ошибок и подводных камней, которые невозможно предугадать. Как удалось их избежать?

#### **В. М.:**

— Возможные риски, как правило, определяются в большей степени архитектурой предложенного решения. Напомню, что в нашем случае архитектура ЕМИАС была обусловлена еще и заявленными сроками выполнения тех или иных задач. Возможности размышлять, проводить бесчисленное количество заседаний просто не было. Да и сейчас нет. Первый государственный контракт был заключен 10 октября 2011 года, а результат надо было показать уже 21 октября того же



**НЕСМОТРЯ НА ВСЕ СЛОЖНОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, МОЖНО С УВЕРЕННОСТЬЮ СКАЗАТЬ, ЧТО СИСТЕМА ПРИЖИЛАСЬ.**

**Владимир МАКАРОВ**

года. Правительственная комиссия захотела поехать в одну из поликлиник и посмотреть, как «это работает». Безусловно, 21 октября мы ничего не смогли показать и честно признались в этом. Нужно помнить, что мы даже программное обеспечение писали с нуля. Но тем не менее уже 15 ноября (чуть больше чем через месяц после старта) мы смогли показать базовый функционал работы регистратуры. Что-то корректировалось по ходу внедрения, но от единой концепции мы не отошли. В январе 2012 года это уже был вполне зрелый проект, и его можно было начинать активно тиражировать.

**Д. М-Г.:**

— При этом, насколько я знаю, тиражирование системы проходило не без проблем. Я не поднимаюсь на уровень различных школ управления здравоохранением, весь «дьявол», скорее всего, был в конкретных деталях настройки системы. Так?

**В. М.:**

— Это факт. Когда с помощью системы медицинские учреждения стали наводить порядок в управлении потоками пациентов, кому-то стало дискомфортно

от этого. У нас многие люди привыкли сами себе назначать консультации с разными специалистами, сами отвечать в комплексе за свое здоровье, сами себя маршрутизировать. Добавьте к этому внутриотраслевые противоречия. Например, к каким врачам пациенту можно записываться самому? Даже сегодня можно при желании собрать совершенно разные ответы на это вопрос. Если ко всем можно, например, то какой тогда смысл упорядочивать пациентопоток? А если не ко всем, то к каким? В результате длительных обсуждений родился перечень из шести специальностей, к которым пациенту можно записаться самостоятельно. К этому можно добавить необходимость настроек системы, связанных со специфическими требованиями работы системы оказания медпомощи в городе. Например, для декретированных категорий граждан. Представьте участника Великой Отечественной войны,

записывающегося на прием к врачу через электронную систему. Информационная система должна была учесть его статус.

**Д. М-Г.:**

— Очевидно, что сказывался и так называемый человеческий фактор — что-то где-то «упало» или «зависло», кто-то неправильно что-то подключил или выгрузил информацию...

**В. М.:**

— Да, все это в том или ином объеме есть. Мы имеем сегодня доступ к данным в оперативном режиме. Вначале подразумевалось, что самым слабым звеном могли стать сами медики. Однако сегодня можно с уверенностью отметить, что они стали как раз самым сильным звеном. Они настолько трудолюбивы и терпеливы, что система выстояла и прижилась тогда, а сейчас активно развивается в большой степени благодаря их участию.

Часть ошибок удалось предотвратить, потому что мы долгое время просто жили в одной из поликлиник Москвы. Не просто работали, а реально жили в ней. Это была ГП № 108. Мы подружился там с каждым сотрудником — от главного врача



**ВНАЧАЛЕ ПОДРАЗУМЕВАЛОСЬ, ЧТО САМЫМ  
СЛАБЫМ ЗВЕНОМ МОГЛИ СТАТЬ САМИ МЕДИКИ.  
ОДНАКО СЕГОДНЯ МОЖНО С УВЕРЕННОСТЬЮ  
ОТМЕТИТЬ, ЧТО ОНИ СТАЛИ КАК РАЗ САМЫМ  
СИЛЬНЫМ ЗВЕНОМ.**

**Владимир МАКАРОВ**

до охранников. Очень аккуратно заходили в проект, чтобы не нарушить сложившиеся внутри коллектива отношения. Мы показывали личным примером, что переход на использование системы — это не так страшно, как кажется. Начинали с регистратуры, потом приходили к врачам, находили нематериальные способы мотивации для более комфортного внедрения системы.

Сейчас те факторы риска, которые играли роль на первых этапах внедрения ЕМИАС, ушли в прошлое. Актуальные риски сегодня в другом. Например, нас часто спрашивают, а если эти данные кто-либо украдет? Но как только мне расскажут, как именно можно украсть 200 терабайт зашифрованной деперсонализированной информации в максимально защищенной системе, мы сразу начнем прорабатывать алгоритмы по преодолению этого риска.

Однако есть и такие обстоятельства, на которые мы в полной мере повлиять не можем. Стабильность системы очень часто зависит от решений, принимаемых самими медицинскими организациями. Например, несанкционированное подключение wi-fi в поликлинике может привести к сбою работы системы в этом учреждении.

Наконец, как и любая IT-система, ЕМИАС имеет риски сбоев в связи с релизами обновлений функционала системы. Одна из актуальных задач — упорядочивание релизной политики (обновление функционала). Получая каждый раз новые задачи, мы вынуждены дописывать или переписывать код программы. Этот код усложняется и обрастает новыми алгоритмами и взаимосвязями.

#### **Д. М-Г.:**

— Похоже, что сегодня московской поликлинике уже не выжить без ЕМИАС?

#### **В. М.:**

— Да, это так. ЕМИАС уже стала частью системы оказания медпомощи и рабочим инструментом врача. 95% рецептов на лекарственные препараты для льготных категорий граждан выписывается в электронном виде, хотя никто не запрещает делать это по-прежнему на бланках строгой отчетности. Та же история с направлениями и другим функционалом. Несмотря на все сложности и технические вопросы, можно с уверенностью сказать, что система прижилась. Теперь главная задача — ее развитие. Без изменений системы и ее настроек мы можем отстать от реальной потребности ее пользователей. Так что следите за обновлениями.

## ПОДРОБНОСТИ



### **Лучшее решение**

ЕМИАС — проект, разработанный и реализуемый в Москве совместными усилиями двух департаментов: информационных технологий и здравоохранения. Цель внедрения системы — лечение «хронических болезней» московского здравоохранения: завышенного времени ожидания пациента в очереди к врачу, заполнения врачами избыточного количества околomedцинской документации, трудности поиска актуальной медицинской и статистической информации, необходимой врачам для правильного лечения пациентов и руководителям — для управления государственными медицинскими учреждениями.

Сегодня ЕМИАС позволяет управлять потоками пациентов, вести медицинскую документацию в электронном виде и консолидированный управленческий учет, контролировать загруженность медицинских учреждений и наблюдать за востребованностью конкретных специалистов.

Система персонализированного учета медицинской помощи решает задачу комплексной автоматизации процессов сбора, учета, хранения, обработки и обмена данными врачебной помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования.

Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы стала лауреатом конкурса «Проект года 2013». Проект набрал наибольшее количество голосов IT-директоров компаний России и СНГ и признан лучшим в номинации «Лучшее отраслевое решение» в области медицины.

# ВЫСТРАИВАНИЕ СИСТЕМЫ

Паллиативной помощи в России уже 25 лет, а в Москве первый хоспис появился в 1994 году. Сегодня в столице уже 7 таких учреждений, а в прошлом году на базе ГКБ № 11 открылся первый в России Центр паллиативной медицинской помощи Департамента здравоохранения Москвы. Организация системы паллиативной помощи — один из приоритетов в деятельности правительства города. О том, как должна быть организована эта система, беседуют ответственный секретарь журнала «Московская медицина» Ева ВАСИЛЕВСКАЯ, президент Фонда помощи хосписам «Вера» Анна ФЕДЕРМЕССЕР и онколог, гематолог European Medical Center Михаил ЛАСКОВ.

## Помощь — шире медицины

### Ева Василевская (Е.В.):

Готовясь к интервью, в разговоре с Леонидом Печатниковым употребила словосочетание «паллиативная медицина». Он меня исправил: «паллиативная помощь». В чем разница?

**Михаил Ласков (М.Л.):** Употребимы оба выражения. Но паллиативная помощь — шире медицины. В отличие от других медицинских направлений в ней много околomedicine — социальная, духовная поддержка. Все это должно быть увязано в единое целое и служить пациенту в самые тяжелые часы.

**Е.В.:** У меня как раз создалось ощущение, что помощь в этой ситуации включает медицину в простом понимании слова — обезболивание, борьба с симптоматическими явлениями, но патогенетической терапией применимо к основному диагнозу — в терминальный период — она уже не является.

**Анна Федермессер (А.Ф.):** Правы вы оба. Паллиативная помощь шире медицины как отрасли, излечивающей от недугов. Есть общепризнанное мировое определение: паллиативная помощь — подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Цель эта достигается путем предупреждения

## Шкала Эдмонта

Пожалуйста, отметьте кружком ваше состояние во всех строчках												
Не болит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно болит
Не устал	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно устал
Не тошнит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно тошнит
Нет депрессии	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасная депрессия
Не взволнован	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно взволнован
Не хочется спать	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно хочется спать
Отличный аппетит	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Совершенно нет аппетита
Отличное самочувствие	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасное самочувствие
Нет затруднения дыхания	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ужасно затруднено дыхание
Другое	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тяжелых физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки.

В России паллиативная помощь в виде хосписов существует уже более 20 лет, но находится в правовом вакууме. Каждый субъект сам определял, по каким правилам будет существовать его хоспис или паллиативное отделение. Определение этого вида помощи появилось только в 2011 году в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мы стали единственной страной в мире, которая выделила паллиативную помощь в отдельный вид медицинской помощи. Теперь у нас есть первичная, специализированная, высокотехнологичная и паллиативная медицинская помощь.

При этом в законе очень сузили само ее определение: паллиативная помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на облегчение боли и других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Ничего не сказано про социальную и психологическую поддержку пациента, а также помощь его близким.

Тот факт, что у нас в стране учреждения, оказывающие паллиативную помощь, появились до нормативно-правовых документов, регулирующих их работу, а также некорректное определение паллиативной помощи в законе привели к тому, что многие уважаемые люди отстаивают мнение, что паллиативная помощь и хоспис — «две большие разницы», что помощь значительно шире, в ней больше медицины, а хоспис — это только помощь в конце жизни.

**М.А.:** Хосписы — составляющая системы паллиативной помощи, та ее часть, которая оказывается в конце жизни. В целом же, паллиативная помощь — это любые действия, направленные на улучшение качества жизни, но не влияющие

на ее длительность. Например, когда я назначаю обычную в онкологии противорвотную терапию при химиотерапии, это тоже паллиативная помощь. И она пронизывает другие медицинские специальности, ее элементы есть везде. Например, в дерматологии нельзя вылечить зудящий дерматоз, но можно облегчить зуд.

**А.Ф.:** Важно понимать, что хоспис — это не стены, это философия. Паллиативная помощь и хосписная помощь — одно и то же.

Сам термин «паллиатив» произошел от лат. pallium — покрывало, плащ, то есть покров, оберегающий от всех негативных аспектов человека, который длительно, хронически и неизлечимо болеет. Родился термин в Великобритании, а затем перекочевал в Канаду, где хосписами тогда назывались учреждения для социально неблагополучных граждан, бывших зеков, состарившихся наркоманов. Есть удивительный американский учебник Getting Started — про то, как строить систему паллиативной помощи в отдельно взятой стране. И начинается он как раз с того, что авторы предлагают определиться с терминологией: паллиативная помощь и хосписная помощь — одно и то же, но хоспис — еще и учреждение, в котором оказывается паллиативная помощь.

### Весь спектр болезней

**Е.В.:** При каких диагнозах необходима паллиативная помощь?

**А.Ф.:** Прежде всего при онкологических из-за тяжелого болевого синдрома, но не только: болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, дементные расстройства...

**М.Л.:** Если брать структуру заболеваний в США, при которых оказывается паллиативная помощь, то онкология там составляет 30-40%, остальное — неонкологические заболевания. Это может быть, например, запущенная сердечная недостаточность, тяжелые инвалидизирующие неврологические заболевания, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, тяжелые постинсультные состояния, позвоночные травмы, даже сахарный диабет, особенно среди пациентов с ампутацией конечностей. Психиатрия тоже область применения паллиативной помощи. По большому счету это весь спектр внутренних болезней.

**А.Ф.:** Когда в мире стала формироваться детская паллиативная помощь, специалисты попробовали составить перечень диагнозов. Сначала там была только онкология, потом список стал расти. Сейчас в реестре более 3 тысяч диагнозов, поскольку туда включены редкие орфанные и генетические заболевания. Этот список расширяется, его можно до бесконечности продолжать, но в этом мало смысла.

Теперь специалисты во всем мире пришли к тому, что для оказания паллиативной помощи нужно определять не диагнозы, а состояния. Решение принимается на основании того, что испытывает человек, независимо от заболевания.

В России, к счастью, удалось внести описание состояний в Порядок оказания

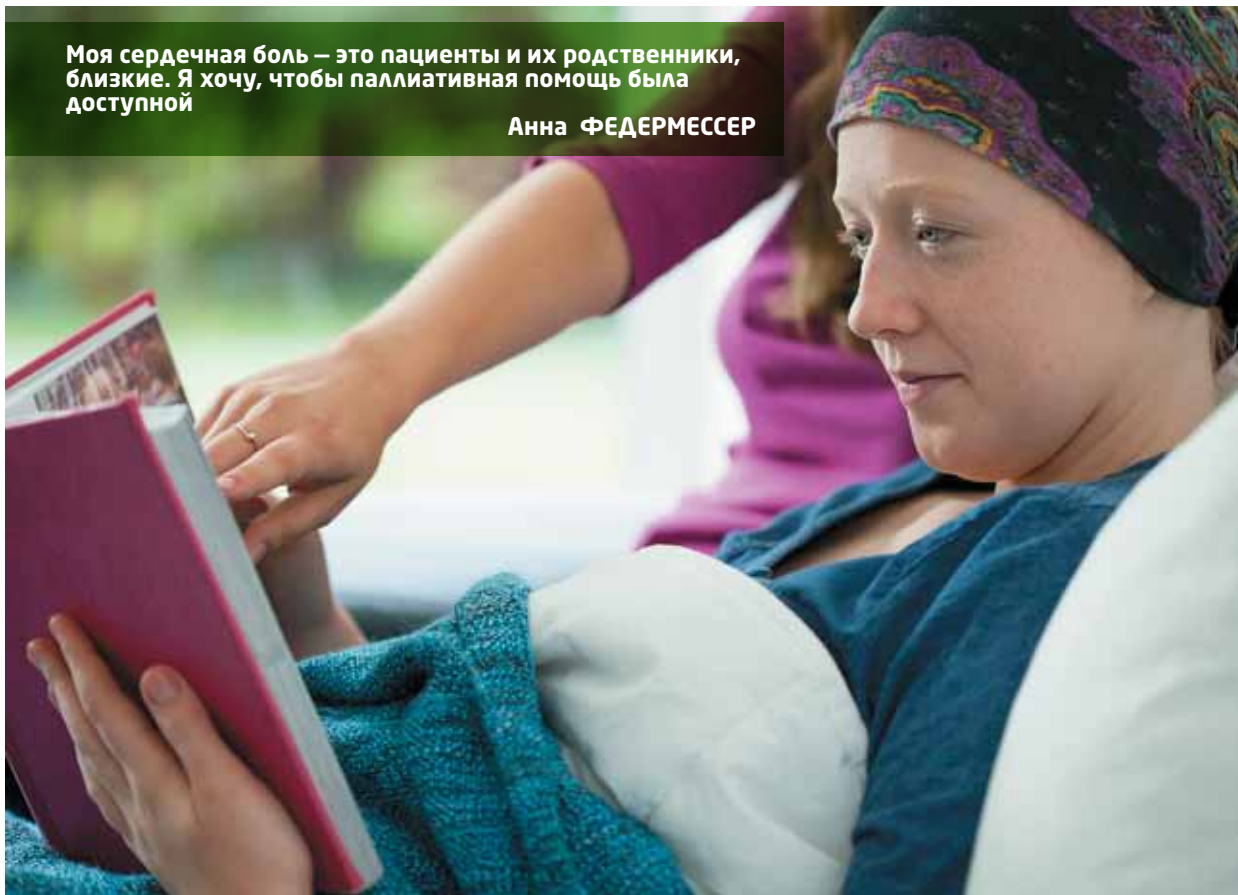
#### Факторы, определяющие необходимость паллиативной помощи

1. Активная стадия заболевания: данная стадия заболевания объективно подтверждается и изучается в ходе клинических исследований.
2. Прогрессирующая стадия заболевания: подтверждается клинически.
3. Терминальная стадия заболевания: определяется в том числе следующими факторами:
  - обширное поражение метастазами при раковых заболеваниях;
  - неизлечимый порок сердца;
  - полная зависимость при нейродегенеративных заболеваниях и при болезни Альцгеймера.

Источник: *The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition, Published by IAHPC Press, 2013*

Моя сердечная боль – это пациенты и их родственники, близкие. Я хочу, чтобы паллиативная помощь была доступной

Анна ФЕДЕРМЕССЕР



паллиативной помощи взрослому населению от 2014 года. Однако в педиатрии сделать этого не удалось.

Если все время цепляться за диагноз, то можно оказаться в ситуации, когда заболевание не диагностировано или диагноза нет в списке. Должна быть пресловутая «защита от дурака». Должно быть описание состояния, его тяжести, а не наличие верифицированного диагноза.

**М.Л.:** Есть шкала Эдмонта, позволяющая определить степень выраженности таких симптомов, как боль, усталость, тошнота, аппетит и так далее. Как мы делим диагнозы по стадиям и степеням, так и любой симптом можно градуировать по шкале от 0 до 10 баллов.

**Е.В.:** Итак, специалисты разных профилей направили пациентов в систему оказания паллиативной помощи. Что происходит дальше? Есть ли регламент, кого ставить на учет, кого направлять в хосписы, кого наблюдать амбулаторно или в новом Центре паллиативной помощи?

**А.Ф.:** Сегодня в Европе и мире, как только человеку ставят диагноз, как только у пациента появляются депрессия, боль, тошнота, рвота и другие симптомы, подключают специалиста по паллиативной помощи.

Важно понимать, что основной объем такого рода помощи должен оказываться на дому — в 70% случаев. Выездная служба — это главный элемент системы, и хоспис не должен существовать без такой службы. В стационар хосписа или паллиативное отделение везут пациента, если боль или иные тягостные симптомы не удалось снять дома.

**Е.В.:** Тут наверняка возникают сложные этические моменты, ведь родственникам эта градация состояния может показаться кощунственной. Ведь отказ в госпитализации может быть воспринят очень остро. Родственники могут даже «спекулировать» тяжестью состояния пациента. Сталкиваетесь ли вы с этим?

**А.Ф.:** Сталкиваемся с этим ежедневно, это вопрос доверия и уверенности в том, что помощь придет. Даже если это очень тяжелый пациент, даже если ему осталось жить 2–3 дня, мы должны настаивать на том, что до госпитализации специалист придет на дом. Потому что, забрав человека, которому жить осталось сутки, даже в самый лучший хоспис, мы только ухудшим его качество жизни. Для него транспортировка — это уже конец. Для многих наших пациентов травмой становится просто отъезд из дома.

Здесь очень важно объяснить человеку и его близким, что выездная помощь — это хорошо. Что домой к вам придет медсестра выездной службы, которая окажет качественную помощь. Важно дать родственникам больного телефон «горячей линии», телефон хосписа и объяснить, что звонить можно круглосуточно, чтобы получать от врача консультацию. В таком случае у пациента и его близких появляется ощущение защищенности.

Конечно, бывают социально неблагополучные семьи, которые стремятся избавиться от ненужных бабушек и отправляют их в стационар хосписа. А эти бабушки нуждаются не в паллиативной, а в социальной помощи.

Это гигантская проблема в организации паллиативной помощи в стране, результат того, что в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрен только один критерий эффективной работы — обеспеченность койко-местами. К тому же паллиативная

помощь финансируется не из ОМС, а из бюджетных денег.

По этим причинам любому учреждению выгодно иметь выполненный план, получить больше денег и невыгодно брать тяжелого больного, который требует серьезного ухода. Руководители учреждений занимают койки социальными пациентами, выполняют план, при этом летальность у них — 4—6 %, а продолжительность койко-дня — 89. Разве может быть паллиативное отделение с такими показателями?! Нет, это значит, что оно забито непрофильными больными. Это называется Дом престарелых.

### Специальность, которой у нас нет

**Е.В.:** В США паллиативная помощь — отдельная специальность?

**М.Л.:** Да, конечно, и это также постдипломное образование — более высокий уровень специализации для врачей с базовым терапевтическим или онкологическим образованием. Это повышение квалификации: специалисты проходят дополнительное обучение, которое не меняет их базовую специальность, но дает больше возможностей для работы с пациентами.

**Е.В.:** А у нас законодательно это специальность или тематическое усовершенствование?

**М.Л.:** У нас довольно интересная ситуация. Есть должность — врач паллиативной помощи, но специальности такой нет, нет федерального стандарта, нет сертификата специалиста и ординатуры. Есть только сертификат по повышению квалификации. Так быть не должно. Без специальности не имеют права назначать врача на эту должность.



**У НАС ДОВОЛЬНО ИНТЕРЕСНАЯ СИТУАЦИЯ.  
ЕСТЬ ДОЛЖНОСТЬ — ВРАЧ ПАЛЛИАТИВНОЙ  
ПОМОЩИ, НО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ТАКОЙ НЕТ.**

**Михаил ЛАСКОВ**

**А.Ф.:** У нас в стране «каша». Есть 94 специальности в медицине, но среди них нет врача паллиативной помощи. Во Франции специальностей втрое меньше, но одна из них — врач паллиативной помощи. И в развитых странах такое встречается все чаще, поскольку демографическая ситуация такова, что потребность в таких специалистах растет.

В России же пока есть только профессиональная переподготовка в объеме 144 часов. Это курсы повышения квалификации (тематическое усовершенствование), которые проводятся уже в нескольких вузах. Прослушав 144 часа, врач любой специальности становится «специалистом паллиативной помощи».

**Е.В.:** Но ведь, чтобы учить, нужно создать учебную базу, найти преподавателей, сформулировать образовательный и профессиональный стандарты, организовать кафедру...

**А.Ф.:** Уже много лет есть кафедра паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, возглавляет которую Георгий Андреевич Новиков. Она как раз дает эти 144 часа. Сейчас создаются кафедры в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, можно пройти обучение в Петрозаводске, Ульяновске.

Но для меня вопрос надо ли в сегодняшней России создавать специальность «врач паллиативной помощи», — открыт. К этому нужно прийти постепенно.

**М.Л.:** Мы много дискутировали на эту тему. Моя позиция: пока не надо. Это будет просто ограничивать и без того маленький пул людей, которые могут этим заниматься.

**А.Ф.:** Мы придерживаемся общей позиции: в перспективе такая специализация нужна, на сегодняшний день — нет, рано. Мы пока не готовы. Люди у нас завязаны на стаж, разные выплаты за выслугу лет.

Как только мы введем такую специальность с нуля, мы никого туда не привлечем, это будет мало кому интересно.

**Е.В.:** Хотелось бы узнать про круг врачей, которые занимаются паллиативной помощью, а также о наличии квалифицированного среднего и младшего медицинского персонала, который тоже требует дополнительной подготовки или переподготовки. Есть сложности, связанные с набором персонала? Как этот вопрос решается в Европе или США? Известно, что в ряде специальностей, например, венерологии, фтизиатрии, радиологии, есть доплаты за вредность. В системе оказания паллиативной помощи они есть? Наверное, нет, раз юридически нет соответствующей специальности...

**М.Л.:** В США мотивация идти в специальность — однозначно финансовая. Там вообще вся система оказания медпомощи завязана на финансовой мотивации.

**А.Ф.:** Надо честно сказать, что у нас в стране единственным человеком, отстаивавшим эти вещи, была Вера Васильевна Миллионщикова. У меня сохранилась масса ее писем самым разным министрам с просьбой ввести понятие «вредность» в паллиативной помощи. И в Москве она добилась соответствующего решения — в бытность руководителем Департамента здравоохранения Москвы А.Н. Соловьева. В соответствии с его распоряжением зарплата всех штатных сотрудников хосписов была повышена на 15%. В 2014 году эту надбавку убрали. В хоспис приходят работать люди, которые сделали такой выбор, которые не испытывают страха перед чужой немощью, неприязни и брезгливости от неприятных запахов, от необходимости за человеком ухаживать и совершать с ним вместе



**КАЧЕСТВО ПОМОЩИ ПАЛЛИАТИВНЫМ  
БОЛЬНЫМ ЗАВИСИТ НЕ ОТ ДЕНЕГ, А ОТ РУК  
ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ РЯДОМ.**

**Анна ФЕДЕРМЕССЕР**

физиологические процедуры. Хорошая медсестра может так помочь человеку в самых интимных ситуациях, что эта помощь для него не покажется унижительной. Есть правило, которое называется «60 часов бескорыстного служения». 60 часов человек, независимо от должности, должен работать как волонтер, прежде чем будет принят в штат. Многие уходят через 4—5 часов, а те, кто остался, — остаются надолго.

И вопросы обучения и среднего, и младшего персонала, и специалистов по уходу для работы в системе паллиативной помощи, конечно, нужно решать, устраивать конференции, семинары, обучающие стажировки.

### Сострадать, не выгорая

**Е.В.:** Специалист паллиативной помощи помимо оказания помощи пациенту должен правильно выстроить и коммуникацию с его родственниками, друзьями, коллегами, причем в довольно сложный, негативный период их жизни. Какие есть способы у персонала защититься от эмоционального выгорания? Учат ли специально навыкам общения, подачи информации, реакции на состояние горя?

**М.Л.:** Учат, но информация по этому направлению специалистов дефицитна. Есть соответствующие сайты, но, к сожалению, большинство из них не на русском языке.



**НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ В МОСКВЕ ФУНКЦИОНИРУЮТ  
8 ХОСПИСОВ, ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 10 ГОРОДСКИХ  
СТАЦИОНАРАХ И КАБИNETЫ ПМП  
В 29 ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.**

В целом это непросто: надо прилагать усилия, активно искать, общаться с людьми. Системно на уровне академического профессионального образования у нас этому не учат. Но, если человек хочет научиться, он научится.

**А.Ф.:** Когда начинал работу Первый московский хоспис (сейчас Хоспис №1 имени В.В. Миллионщиковой Департамента здравоохранения Москвы. — *Прим. ред.*), об эмоциональном выгорании вообще никто не знал. Как же мы там не выгорели, мы что, ненормальные, юродивые? Нет! Это вопрос выстраивания работы!

Руководителю организации надо понимать, что в этой сфере надо работать командой, быть одним целым с пациентом, семьей, коллегами, медсестрами. Надо выстраивать атмосферу открытости, когда никто не прячет ошибку (о том, например, что вчерашнее на-

значение врача недостаточно эффективно и пациент лежит с гримасой боли). Когда есть атмосфера открытости и выстроена система взаимоподдержки и взаимовыручки внутри коллектива, профилактикой эмоционального выгорания становится положительный результат твоей собственной работы.

Первоочередной шаг, который необходимо сделать в паллиативных отделениях, — открыть двери для родственников и волонтеров. Если вы как сотрудник хосписа или паллиативного отделения не вовлекаете родственника в заботу о пациенте, вы в его лице приобретаете жесткого оппонента. Если он приходит редко и видит отрицательную динамику, то реагирует резко. А родственник должен быть партнером, соучаствовать в уходе за близким человеком. Сам факт возможности посещать больного свободно, а не в строго отведенные часы, располагает родственников к общению, к хорошим отношениям с персоналом.

Руководство разных московских клиник разрешает находиться в своих стационарах сиделкам без всяких медкнижек и образования. Они не имеют никакой заинтересованности в пациенте, только в своем заработке. А родственникам — в ту же клинику пройти нельзя! Почему?

Мне кажется, никто от медицины не получает столько отдачи, сколько сотрудники хосписов. Другие медики работают с пациентом и максимум одним его родственником. А в паллиативе, по статистике ВОЗ, помогая взрослому пациенту, мы помогаем еще 12 людям, помогая ребенку — еще 30.

Конечно, и уровень ответственности в этой сфере соответствующий. Здесь ошибиться страшно, потому что нет возможности ничего исправить. Если пациент ушел недостойно, мучаясь от боли, то вы получаете те самые 12 и 30 граждан только с негативом, с канцерофобией, не доверяющих медицине, обиженных, нелояльных. Они живут с невероятным грузом, чувством вины: не сделал, не помог, государство и врачи не поддержали. Это, кстати, объясняет, почему паллиативная помощь в разных государствах начинает развиваться в кризисный период. Развитие паллиативной помощи — это профилактика покоя в обществе. Люди уходящие — люди, вокруг которых концентрируется любовь. Любовь их жен, любовь детей, друзей, любовь, связанная с неизбежностью скорого расставания. И работать с такими людьми и их близкими надо с любовью.

## **Куда движемся?**

**Е.В.:** А какое место в системе занимают организации, подобные Центру паллиативной помощи? Что это такое? Центральный хоспис?

**М.Л.:** В таком городе, как Москва, хоспис не может быть один, он должен находиться если не через дорогу от дома, то по крайней мере в своем районе. Хотя бы по этой причине Центр паллиативной помощи не может быть одним большим хосписом. Это, скорее, место для обучения, для реализации сложных методов оказания паллиативной помощи, для координации работы по систематизации и управлению паллиативной помощью в городе. Безусловно, там есть хосписные больные, но это хоспис лишь на 10%.

**А.Ф.:** Хоспис обязательно должен быть небольшим, с атмосферой интимности. Это койка, на которой человек проводит «свою последнюю ночь», и такая ночь, как и смерть каждого человека, очень индивидуальна. По такой логике огромный центр не нужен, но он уже есть, и нужно думать, как лучше его использовать.

Сегодня, на этапе становления системы паллиативной помощи, центр может стать координационным органом, который поможет ее отстроить. Нужно обучить людей, собрать и настроить команду, в огромном мегаполисе собрать статистику, выстроить схему взаимодействия с кабинетами паллиативной помощи, которые будут организованы в каждой поликлинике, станут своеобразной системой «одного окна» для пациентов.

Нам крайне важно организовать службу помощи на дому, она, как я говорила, и должна стать основой паллиативной медицинской помощи в городе. Но центр находится на улице Двинцев, разезжать оттуда для оказания помощи по всей Москве сложно. Мы говорили с Алексеем Ивановичем Хрипуном и решили, что разумно было бы иметь в центре большой штат, но локализовать этих людей в поликлиниках по всему городу, в тех самых кабинетах, открыть которые департамент обязал главных врачей. Сейчас главврачи поликлиник думают, кем укомплектовывать эти кабинеты. Так вот, сотрудники могли бы состоять в штате центра и там же получать зарплату, а ездить по своим районам к пациентам домой из поликлиник. Думаю, на период становления это единственно правильная форма организации работы.

**Е.В.:** Что представляет собой система паллиативной помощи в Москве на сегодняшний день? И куда мы движемся дальше?

**М.Л.:** Начнем с того, что сегодня паллиативная помощь у нас оказывается на 99% онкологическим больным. Если вспомнить, что в мире 70% помощи приходится на

### Направления реорганизации системы паллиативной медицинской помощи (ПМП) в Москве

#### Управленческие:

- Создание единой централизованной системы управления учреждениями, оказывающими ПМП.
- Создание единой системы маршрутизации пациентов через координационный центр.
- Усиление роли кабинетов ПМП в амбулаторном звене с целью сбора и анализа данных обо всех пациентах, нуждающихся в ПМП в городе.

#### Методологические:

- Организация ПМП в городе вне зависимости от возраста и диагноза.
- Внедрение стандарта оказания ПМП.
- Разработка критериев эффективности.
- Контроль качества.
- Унификация показателей работы.
- Организация преемственности в ведении паллиативного пациента в городе на всех этапах оказания ПМП.
- Развитие межведомственного взаимодействия.
- Создание и выстраивание работы ОМО по оказанию ПМП.

#### С точки зрения оказания ПМП:

- Открытие кабинетов ПМП в поликлиниках.
- Внедрение системы ЕМИАС.
- Упрощение доступа пациентов к обезболиванию.
- Организация школ для родственников по обучению и уходу.
- Горячая линия.
- Психологическая поддержка пациентов и их семей.
- Информирование родственников и пациентов о ПМП.
- Повышение профессиональных навыков медицинского персонала в сфере ПМП.
- Выстраивание системы помощи на дому.
- Организация научной и экспертной работы.
- Международное сотрудничество.

неонкологических пациентов, то нетрудно догадаться, что минимум 70% нуждающихся помощь не оказывается. Такая ситуация везде, не только в Москве.

Оказанием паллиативной помощи онкологическим больным занимаются районные терапевты и онкологи поликлиник, по большому счету это лишь выписка рецептов и обезбоживание. Остальные симптомы лечатся, как правило, очень несистемно. Кто-то занимается этим, кто-то нет.

Помимо этого есть хосписы, которые оказывают стационарную помощь.

Нельзя не сказать о том, что пациент с болью часто вынужден прибегать к услугам службы скорой медицинской помощи, которая вряд ли его обезболит опиатами и анальгетиками. Сейчас ситуация немного меняется, стало лучше, но, как правило, уровень обезбоживания все-таки недостаточен.

Система включает и общегородские стационары, куда бригады СМП доставляют больных. Периодически они попадают в больницу, и там врачи отделений совершенно разных профилей (хирурги, реаниматологи и др.) вынужденно участвуют в оказании паллиативной помощи. Помощь получается фрагментарная, несистемная и не очень профессиональная.

**А.Ф.:** Говоря об организации паллиативной помощи в Москве, не могу не назвать Веру Васильевну Миллионщикову, которая совершила революцию в отдельно

взятой области медицины и в отдельно взятом городе. То, что в Москве появилось 8 хосписов, — ее заслуга. Но дальше ее физических сил не хватило. Она не занималась выстраиванием инфраструктуры в городе, занималась только своим Первым московским хосписом, который основала и возглавила и который сейчас носит ее имя. В результате хосписы в Москве очень разные, они разрознены, идеологически не выстроены.

Фонд «Вера» год назад начал помогать хоспису № 2, он развивается и совершенствуется. Есть хоспис № 3 с очень хорошими показателями. Но есть другие хосписы, где пациенты недообезболены, со следами от фиксирующих повязок, где закрыты двери, нет круглосуточных посещений.

Для того чтобы выровнять качество и уровень оказания паллиативной помощи в московских учреждениях, она должна быть централизована и правильно организована с административной и методической точек зрения. Хочется, чтобы все работало одинаково хорошо, чтобы соотношение визитов к больным на дом и к стационарным больным соответствовало мировым показателям. Мировой среднестатистический стандарт — 1 к 10: на одну койку должно быть 10 пациентов на выезде, на один хоспис на 30 коек — 300 пациентов, одновременно получающих помощь на дому. Хочется, чтобы прекратились выезды на дом бригадами, ведь это бесполезная трата ресурсов. Не надо ездить к уходящему пациенту в количестве трех человек, там достаточно медсестры. А врачу лучше уделять внимание новым или кризисным пациентам. Социальный же работник пусть едет туда, где надо помочь старенькой жене уходящего мужа — перестелить постельное белье. А доброволец-волонтер вообще поедет туда, где надо просто поговорить с пациентом, привезти ему апельсинов.

Паллиативная помощь дешевая, очень востребованная. Будучи качественно организованной, она снижает нагрузки на лечебные учреждения.

**Е.В.:** Существует ли в системе паллиативной помощи Москвы организационно-методический отдел?

**М.Л.:** На бумаге существует, он находится при Центре паллиативной помощи.

**А.Ф.:** Но там нет ни одного специалиста по паллиативной помощи. В Москве сегодня ключевая фигура и профессионал — Диана Владимировна Невзорова, ученица В.В. Миллиончиковой и главный врач Первого московского хосписа. Она является главным внештатным специалистом по паллиативной помощи Минздрава РФ и Департамента здравоохранения Москвы. Ей предстоит сформировать и возглавить организационно-методический отдел при московском центре. Это довольно сложная задача. По сути, ей нужно создать «министерство здравоохранения» по паллиативной помощи, ведь мы в самом начале пути, уровень организации системы фактически нулевой.

Нам еще предстоит приучить медицинское сообщество думать о необходимости оказания паллиативной помощи и рациональным подходам в этой области, а оно приучаться никак не хочет, стремится к излишней и дополнительной медикализации паллиативной помощи.

**М.Л.:** Многие врачи боятся, потому что не знают, как работать с паллиативными пациентами, да и времени на это нет особо. Мои молодые коллеги все боялись, но как только мы вместе с ними стали этими пациентами заниматься, как только стало получаться, они освоились.

**А.Ф.:** Я очень хорошо это чувствую в становлении подходов к оказанию детской паллиативной помощи в Москве. Выездной службе детского хосписа «Дом с маяком» было очень сложно получать первых пациентов, особенно онкологических. Чем лучше клиника, чем душевней там детский доктор, тем больше этот доктор

бился за то, чтобы ребенок до конца оставался в стенах клиники, поскольку понимал, что дома ребенку, его маме, родным будет тяжело. Сейчас мы подружились с большинством клиник. Нашего замечательного доктора детского хосписа Антона Борисова часто приглашают в другие клиники для первого совместного разговора с мамой о переводе ребенка на паллиативную помощь. «Дому с маяком» детские онкологи Москвы наконец-то стали доверять.

### **Головная боль Михаила Ласкова**

Есть Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Очень либеральный документ, значительно повышающий доступность наркотического обезболивания для пациента. Наряду с федеральным приказом подготовлен аналогичный московские нормативный документ.

Они позволяют хождения тяжелобольного пациента по кабинетам сократить до одного росчерка пера.

Увы, на локальном уровне (на уровне поликлиник) все пользуются приказом старого образца, который сильно усложняет пациентам получение препарата. Думаю, что пока легальный оборот наркотических препаратов в медицине не будет выведен из-под действия Уголовного кодекса, даже самые лучшие приказы будут работать наполовину. Пока врач будет думать, что за неосторожную записку в рецепте или небольшую ошибку на бумаге его могут посадить, ситуация не изменится.

### **Сердечная боль Анны Федермессер**

Моя сердечная боль — это пациенты и их родственники, близкие. Одинокие, уставшие, пребывающие в страхе не только перед болезнью и смертью, но и оттого, что не верят в возможность получения качественной и милосердной помощи. Я хочу, чтобы эта помощь была доступной.

Есть два федеральных основополагающих документа, которые определяют вектор развития паллиативной помощи: Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программа развития здравоохранения РФ до 2020 года. В первой прописана только стоимость койко-дня. На основании Федерального закона № 323-ФЗ паллиативная помощь оказывается по территориальному принципу и финансируется из бюджета субъекта, но не меньше суммы, которая прописана в программе госгарантий — 1700 р. в сутки. И нигде нет ни слова о том, как при таком финансировании формировать помощь на дому.

В Программе развития здравоохранения есть подпрограмма VI, где финансирование никакое вообще не прописано. Можно, видимо, так это читать: программа федеральная, не переживайте, все деньги в субъектах.

Но если мы говорим о становлении паллиативной помощи в стране, то на начальном этапе без денег из федерального бюджета мы ничего не сделаем. Лично Собянин или Печатников могут сделать что-то в одном городе, но в целом становление нового вида медпомощи в стране финансово не обеспечено. Создание нормативно-правовой базы, заказы научно-исследовательских разработок вузам, образование персонала — все это должно выполняться на федеральные деньги. Именно из-за их отсутствия сейчас сложилась провальная ситуация с образовательным и правовым блоками.



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ**