

ТЕМА НОМЕРА

ХИРУРГИЯ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«В медицину пришли новые технологии и ресурсы, работать по старинке уже невозможно»

О проблемах оперативного управления системой здравоохранения города — в интервью с **Алексеем ХРИПУНОМ**



2 СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

Об особенностях работы хирурга в современных условиях рассказывает **Алексей ШАБУНИН**

3 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

В рубрике представлены материалы сентябрьской клинико-анатомической конференции

4 ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ

В материале представлен опыт управления службой лучевой диагностики многопрофильного медицинского центра

5 100 ЛЕТ НАЗАД

В начале XX века, как и сегодня, организации оказания медпомощи в городе уделялось первостепенное внимание



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета:

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы

Бакулин Игорь Геннадьевич, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы

Бойко Алексей Николаевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения Москвы

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

Голухов Георгий Натанович, советник заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, сопредседатель Общественного совета Департамента здравоохранения Москвы

Жилев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения Москвы

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

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

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Камалов Армаис Альбертович, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения Москвы

Конопляников 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

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

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель совета главных врачей Москвы

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

Петрайкина Елена Ефимовна, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы

Петкаев 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

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

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

Хрипун Алексей Иванович, руководитель Департамента здравоохранения Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы

Шпектор Александр Вадимович, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы

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

Ответственный секретарь: **Ева Александровна Василевская**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

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

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

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

Выпуск № 2 журнала «Московская медицина» отпечатан 9 декабря 2014 года

ООО «ПОЛИГРАФ-ПЛЮС»

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

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

Тираж 10000 экз.

Бесплатно

Год, ставший годом рождения нашего журнала, подошел к концу. Год непростой, связанный с необходимостью серьезной перестройки многих аспектов работы городской системы оказания медицинской помощи и потребовавший принятия серьезных и не всегда простых решений. Модернизация московского здравоохранения продолжается, и ранее заявленная цель — создание в городе эффективной и компактной системы оказания медицинской помощи с высоким уровнем ее доступности и качества, остается неизменной. Усилия руководства здравоохранением столицы направлены на ее достижение.

И результаты уже есть: реформирована служба оказания медпомощи больным дерматовенерологического профиля, выстроена сеть специализированных клиник для оказания помощи пациентам с инфарктом миокарда, идут процессы, направленные на оптимизацию предоставления медпомощи в поликлиническом звене и стационарах города, повышения ее качества и уровня доступности. Обо всем этом вы могли прочитать в материалах предыдущих выпусков и прочтете на страницах этого номера. Много внимания уделяется и решению кадровых проблем, обучению медиков. Департамент здравоохранения Москвы делает все возможное для того, чтобы врачи городских клиник могли постоянно повышать свой профессиональный уровень, в полной мере реализовывать свой потенциал. Ведь очевидно, что главный наш ресурс — люди, работающие на благо пациента. Настоящий врач — мастер своего дела. Но для медика мало быть профессионалом, нужно любить людей. Да и настоящий профессионализм без любви к своему делу невозможен. Беря на себя ответственность за здоровье и жизнь пациента, наши врачи каждый день вкладывают свой профессионализм и душу в здоровье людей, порой в условиях ограниченных средств, большого риска и напряженной работы. А с московского врача спрос особый, он должен работать с разными культурами, иногда в экстремальных ситуациях, в эпицентре интенсивной жизни российского общества, ведь Москва всегда помогала другим регионам. Как бы технически ни была оснащена медицина, многие прорывы в нашем здравоохранении обеспечиваются ответственным отношением к своему делу тех, кто выполняет каждодневный труд с преданностью, храбростью и любовью. В этом номере мы открываем рубрику, которая станет традиционной для последнего выпуска журнала в течение года, — «ПО ИТОГАМ ГОДА». В ней будут поименно названы все московские медики, отмеченные в течение года наградами различного достоинства за свою работу и вклад в общее дело заботы о здоровье москвичей. Пользуясь случаем, от имени редакции поздравляем с наградой и председателя редакционного совета журнала, заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, заслуженного врача России Леонида Михайловича Печатникова. Указом Президента РФ № 568 от 4 августа 2014 года он награжден орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени. Его вклад в работу по формированию в Москве современной и эффективной системы здравоохранения сложно переоценить.

Жить во времена перемен непросто, это требует концентрации сил и мужества, но стоять на месте, не прогрессируя, невозможно. И наш журнал в меру сил будет помогать в этом московским медикам, публикуя материалы на актуальные для практикующего врача темы.



Ольга АНДРЕЕВА,
главный редактор
журнала «Московская
медицина»

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям главного редактора журнала «Московская медицина» Ольги АНДРЕЕВОЙ

02**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

Алексей ХРИПУН: необходимо менять подходы медиков к своей работе

1**05****МОДЕРНИЗАЦИЯ**

Леонид ПЕЧАТНИКОВ: пациенты должны лечиться у хороших врачей!

09**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**

Специалисты широкого профиля

О программе профессиональной переподготовки столичных врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» рассказывает Николай ПОТЕКАЕВ

12**СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

Алексей ШАБУНИН: реструктуризация – экономически оправданная потребность

2**18****КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА**

Лечение острого инфаркта в Москве

На состоявшемся летом совещании были подведены предварительные итоги работы по совершенствованию организации лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST

22**ПРАВОВАЯ ПРАКТИКА**

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

27

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

На сентябрьской общегородской клинико-анатомической конференции обсуждалась история болезни страдающего шизофренией 55-летнего мужчины, причиной смерти которого стала двусторонняя субтотальная абсцедирующая пневмония

3

33

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Уже реальность

45

В ногу со временем

48

Учиться всю жизнь

50

Вся хирургическая рать

55

ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**Моделирование бизнес-процессов службы лучевой диагностики**

Опыт в области организации управления службой на базе крупного много-профильного медицинского центра делятся врач-рентгенолог, врач-радиолог, доктор медицинских наук, профессор Сергей МОРОЗОВ и бизнес-аналитики Дмитрий ВОЗНЮК и Екатерина КУРБАТОВА

4

61

ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**Драйвер развития**

О перспективах развития системы постдипломного образования рассказывает ректор Медицинской школы Европейского медицинского центра Сергей МОРОЗОВ

71

100 ЛЕТ НАЗАД**Из века в век**

Как и сегодня, в начале прошлого века перед системой здравоохранения Москвы стояли масштабные задачи, к решению которых подходили, используя наиболее передовой опыт того времени

5

75

ПО ИТОГАМ ГОДА

В новой рубрике редакция приводит список московских медиков, чья работа в течение года была отмечена вниманием руководства на федеральном и городском уровне

80

АЛЕКСЕЙ ХРИПУН: НЕОБХОДИМО МЕНЯТЬ ПОДХОДЫ МЕДИКОВ К СВОЕЙ РАБОТЕ

Модернизация столичного здравоохранения продолжается – на очереди стационарное звено. О том, на чем будет концентрировать свое внимание, осуществляя текущее управление отраслью, руководство Департамента здравоохранения Москвы, рассказывает его новый руководитель Алексей ХРИПУН.

– Алексей Иванович, расскажите, пожалуйста, какие цели стоят сегодня перед департаментом и каким образом вы предполагаете их достичь.

— Главная цель, сформулированная некоторое время назад, остается неизменной — создание эффективной и компактной системы оказания медицинской помощи в Москве с высоким уровнем ее доступности и качества. Проблемы, стоящие перед Москвой, как и перед другими регионами, в этой области не так остры, как еще два-три года назад. В начале 2011 года, например, существовал заметный перекося в развитии стационарных и амбулаторных методов лечения: в больницах был сосредоточен основной материально-технический и кадровый ресурс. Но дисбаланс наблюдался внутри каждого звена: и стационарного, и поликлинического, и скоропомощного. В первую очередь беспокоили кадровые проблемы: профицит одних специалистов и дефицит других. Все это насаивалось на серьезную степень изношенности материальных ресурсов.

За прошедшие годы в целом здравоохранение Москвы значительно изменилось в лучшую сторону. В первую очередь за счет изменения ресурсной базы: многие учреждения отремонтированы, переоснащены. Только на медицинское оборудование за последние три года ушло около 50 миллиардов рублей. При этом деньги расходовались весьма эффективно. Благодаря современной технике удалось перейти на новые технологии во всех сферах деятельности по оказанию медицинских услуг. Изменилась структура организации медицинской помощи: мы пошли по пути концентрации имеющихся ресурсов в больничных комплексах и поликлинических объединениях. Так многие технологии становятся в разы более доступны москвичам. Но помимо ресурсной базы необходимо менять и подходы самих специалистов-медиков к своей работе, к использованию этих ресурсов. Сегодня эта задача является приоритетной. Если раньше мы должны были держать больного на койке две-три недели, то сейчас можем ограничиться двумя днями. В итоге большее количество больных могут получить квалифицированную помощь, но уже при меньших ресурсных затратах. Для этого не нужны, например,



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
Москвы

такие большие больничные площади, какие есть сейчас, и не нужны те штаты, которые формировались десятилетиями, они теперь являются избыточными.

— Готовы ли врачи к таким инфраструктурным изменениям?

— Это очень серьезная проблема. Изменить менталитет врачебного сообщества достаточно сложно. В медицину пришли новые технологии и ресурсы, и работать по старинке, как 30 лет назад, уже невозможно. Еще сложнее объяснить медработникам, что сегодня мы живем в другом ритме и необходимо увеличивать интенсивность работы. Специалисты должны понимать, что если они отстают от этого ритма, необходимо пройти переобучение или перейти на другую позицию. На мой взгляд, самое сложное — убедить их в необходимости таких мер. Но департамент уже работает над этим и рассчитывает на поддержку главных врачей. Возьмем среднестатистическое хирургическое отделение. Если главный врач понимает, что это отделение обладает достаточным ресурсом для того, чтобы держать пациента на общехирургической койке всего два-три дня, то других вариантов быть не должно. Но по-другому необходимо в этом случае оценивать и кадры. Если человек владеет передовыми медицинскими технологиями, много практикует и учится, успевает заниматься наукой, то почему у него должна быть такая же зарплата, как и у коллеги, который ничего этого не делает, работает по старинке, не стремится к освоению нового?! В таком случае главный врач должен побеседовать с отстающим врачом и объяснить, что динамично развивающаяся медицина требует постоянного пополнения знаний и необходимо либо соответствовать современным требованиям, либо задуматься о смене сферы деятельности.

ОТ РЕДАКЦИИ



В целях расширения возможностей информационного взаимодействия с Департаментом здравоохранения Москвы в социальных сетях открыты его официальные представительства:

ВКонтакте

www.vk.com/dzdmos

Facebook

www.facebook.com/dzdmos

Twitter

www.twitter.com/dzdmos

Instagram

www.instagram.com/dzdmos

— В процессе реструктуризации штатные расписания клиники неизбежно претерпят изменения, а значит, будут врачи, которые столкнутся с необходимостью смены места работы. Каков механизм работы с врачом в этом случае? Кто и что ему может и должен предложить в качестве альтернативы?

— Сегодня главный врач вправе изменить структуру коечного фонда своей клиники, чтобы она соответствовала уровню задач, решаемых им в рамках выполнения программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи населению. Следующий шаг — формирование и утверждение штатного расписания под эти задачи. А дальше руководитель действует в рамках положения Трудового кодекса. Если заведующий отделением или главный врач приходит к выводу, что данный сотрудник выпадает из технологической цепочки и не может выполнять функции, которые от него требуются, он должен поговорить с этим человеком и объяснить ему, что либо он должен учиться, либо ему стоит задуматься о перепрофилировании. Если переучиваться врач не может или не хочет, то руководитель клиники должен проинформировать сотрудника, выпадающего из технологической цепочки, о том, что в новом штатном расписании его позиции нет и через два месяца он будет уволен. Однако специалисту необходимо рассказать и об имеющихся у него альтернативах как внутри клиники, так и в целом в системе здравоохранения города. При этом понятно, что, когда руководитель организации приходит к выводу о необходимости изменений коечного фонда, он должен учитывать потребности города, рекомендации главных внештатных специалистов департамента. Решение о новом коечном фонде и штатном расписании — зона компетенции главного врача, но, если он принимает неправильное решение, не учитывает реальных потребностей города, мы можем его поправить, а в определенных случаях и поднять вопрос о его уровне компетенции как руководителя.

— Не приведет ли оптимизация коечного фонда к снижению доступности медпомощи для пациентов: увеличению ожидания плановой госпитализации или к тому, что при экстренной госпитализации может не оказаться свободной койки?

— Такого быть не может в принципе. Концентрация ресурсов — это не громкие слова, а технологический термин. Концентрация ресурсов позволяет выполнять те же и даже большие объемы медпомощи с меньшими затратами ресурсов при соответствующей специализации. Лет 10 назад я побывал в Австрии и был свидетелем, как в течение рабочего дня, с 8 утра до 2 часов дня, в одной из ортопедических клиник коллеги выполнили шесть эндопротезирований бедра и колена. При том, что у них был только один операционный стол! Врач каждый день выполнял такое количество операций, и делал это быстро, привычно, качественно. Все работает как часы. Но это возможно тогда, когда все ресурсы: и кадровые, и технические — сконцентрированы. И если в нескольких больницах организована медпомощь такой интенсивности, доступность операции увеличивается в разы. В то время в московских клиниках в день мы выполняли одну, максимум две такие операции.

— При реструктуризации на врачей увеличивается нагрузка. Но врачи, работающие в эффективных клиниках, и так работают со 100%-ной нагрузкой. Не приведет ли это к тому, что они не будут справляться?

— Индивидуальный предел возможностей каждого врача разный. Даже темперамент у всех разный: один все делает неспешно, другой трудится динамично. Но нам нужно прийти к некому технологически оптимальному варианту. Например, хирург должен оперировать быстро, качественно, при этом успевать следить за тем, что происходит в отделении, и вовремя осматривать больных. Многие врачи жалуются, что писанина их изводит, отнимает огромное количество времени, но ведь есть ординаторы, аспиранты, которые могут выполнять такого рода работу. Кроме того, мы не требуем сейчас оформлять документы так, как это было раньше. Главное — правильно зафиксировать диагноз, назначения и манипуляции врача. Идет работа и по внедрению электронных медицинских карт, которые значительно облегчают работу. С нашей точки зрения, мы можем концентрировать ресурсы и вмонтировать их в определенные технологические цепочки без риска, что кто-то что-то не успеет.

Приведу показательный пример несоответствия штатного расписания потребностям пациентов. Недавно до меня довели жалобу пациента, страдающего сахарным диабетом, о том, что главный врач одной из поликлиник Юго-Западного округа столицы решил уволить часть эндокринологов. Начали разбираться и выяснили, что к этому консультативно-диагностическому центру прикреплено 56 тысяч человек. На все объединение приходится 1600 человек, страдающих эндокринной патологией, так называемая диспансерная группа наблюдения. Именно этой группой должен заниматься эндокринолог. При этом в головном подразделении числится шесть эндокринологов и еще по одному врачу в каждом филиале. Если их 11, а пациентов 1600, получается, на одного врача чуть больше 100 человек, которые не каждый день к нему приходят. Совершенно очевидный перекоп, специалистов должно быть как минимум в три раза меньше. Главному врачу лучше видно, сколько их должно быть, потому что он знает, какая обращаемость, какова реальная занятость рабочего дня и сколько человек нужно, чтобы выполнить этот объем. Остальных специалистов нужно переориентировать. Например, предложить после переквалификации и соответствующего обучения поработать терапевтом или врачом общей практики. Мы готовы за переобучение платить, было бы у врачей желание.

— Получается, что у главных врачей большая свобода действий и достаточное количество рычагов влияния на ситуацию сегодня, а какова зона ответственности департамента в оперативном управлении системой оказания медпомощи в городе?

— Управленческой функции департамента никто не отменял. Распространенность того или иного заболевания, обращаемость по этому поводу в медицинские организации, результаты диагностики и лечения — все это находится под пристальным вниманием

**50
МЛРД
РУБЛЕЙ**

**ушло на медицинское
оборудование за по-
следние три года**

департамента. Мы постоянно анализируем ситуацию с точки зрения соответствия имеющихся в системе ресурсов потребностям в медпомощи жителей города. Департамент здравоохранения должен владеть всей ситуацией, но в Москве около 50 тысяч врачей, и управлять каждым невозможно. Поэтому мы обязаны делегировать управленческие функции определенного уровня руководителю клиники, который лучше владеет ситуацией на месте.

— В 2015 году из средств ОМС будет финансироваться еще несколько видов медпомощи. К чему в связи с этим должны готовиться медики?

— Надолго останутся в бюджете психиатрия, наркология, туберкулез. Все остальное постепенно будет погружаться в ОМС. Сейчас это онкология и диализ, в перспективе — инфекционные болезни. Правительство Москвы, имея в виду необходимость некоего переходного периода, выделяет определенные средства из бюджета на химиотерапию дополнительно. Наши главные специалисты и главные врачи клиники работают над актуализацией тарифов. Словом, делается все для того, чтобы процесс погружения новых видов медпомощи в систему ОМС прошел спокойно, гармонично и без снижения доступности или качества оказываемой медпомощи.

— Ваша специализация — хирургия, насколько изменилась эта область медицины за последнее время?

— О хирургии я могу говорить часами. Между тем, что было 20 лет назад, и тем, что есть сейчас, — пропасть. Это два разных времени. Когда я начинал работать хирургом в ГКБ № 4, у нас в хирургическом отделении было два лапароскопа, произведенных объединением «Красногвардеец». Это совершенно иная техника, нежели та, что применяется в лапароскопии сегодня. Тогда это была преимущественно диагностика. Сегодня же нет такого заболевания или органа брюшной полости, которые невозможно было бы прооперировать с помощью лапароскопических технологий. Но чтобы эти операции делать, нужно быть высококвалифицированным специалистом. Решающую роль в работе хирурга играют его мануальные навыки, без них, без буквально — рукодействия в прямом смысле, ему не обойтись. У человека должны быть способности к этому, он должен быть натренированным. И сейчас есть множество возможностей тренироваться вне организма больного. Например, в симуляционном центре. Но руки хирурга не должны идти впереди головы, прежде всего он должен быть компетентным, грамотным врачом. И если в одном отделении есть два таких врача, то на них должны равняться остальные, они незаменимые кадры для хирургического отделения.

— Что бы вы посоветовали специалистам, которые ищут сегодня свое место в профессии?

— В Москве очень много врачей, и все они разные. Имеющиеся ресурсы заставляют нас работать по-другому, поэтому в перспективе мы будем работать над выстраиванием системы оценки профессиональной компетенции врачей и спрашивать с них по-другому. Ставя перед собой амбициозные цели и располагая определенными ресурсами, мы будем стремиться к тому, чтобы гармонизировать наши возможности и желания, объясняя при этом спокойно и убедительно, с цифрами и фактами, свою позицию врачебному сообществу. А позиция очень проста в своей основе, и это мое личное убеждение. Я употребляю термин «технологическая цепочка», но медицина, безусловно, — особая сфера деятельности. Прикасаясь к человеку, ты возлагаешь на себя ответственность за его здоровье и жизнь, поэтому настоящий врач, настоящая медсестра — это не профессия, а образ жизни. Если человек это понимает, его профессиональный путь будет успешным.

Подготовил
Сергей ЛИТВЕНЕНКО

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ:

ПАЦИЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЛЕЧИТЬСЯ У ХОРОШИХ ВРАЧЕЙ!

Страсти по столичному здравоохранению не утихают. Масла в огонь подлил появившийся в открытом доступе документ под названием «План-график реализации структурных преобразований сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в части высвобождения имущества», активно обсуждаемый в СМИ и медицинском сообществе. О дальнейших планах руководства столичного здравоохранения по реструктуризации сети городских клиник рассказывает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ.

— Леонид Михайлович, что все-таки за документ появился в СМИ?

— Это даже не документ, а его часть — составляющая «дорожной карты», предложенной одной из групп экспертов, которые проводили исследование состояния столичного здравоохранения с оценкой эффективности работы клиник. Чтобы выяснить ситуацию изнутри, узнать, какие стационары у нас работают эффективно, а какие — не очень, мы заказали трем независимым экспертным группам проведение обследования городских поликлиник и больниц по объективным показателям. Одну из групп составили российские специалисты, две другие — зарубежные, которые сравнивали московскую систему здравоохранения с системами здравоохранения Западной Европы и мегаполисов Юго-Восточной



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заслуженный
врач России

Азии (Токио, Сеул и Сингапур). Итог их работы — рекомендации по модернизации столичного здравоохранения и «дорожные карты», включающие конкретные мероприятия со сроками и ответственными лицами. То, что все активно обсуждают, — предложения по реформированию от группы наших экспертов — вариант наиболее мягкий и консервативный из всех предложенных.

Сейчас результаты работы всех трех групп обсуждаются в Департаменте здравоохранения и правительстве Москвы, в результате чего к концу года будет подготовлена программа, на основании которой и будет осуществляться дальнейшая реструктуризация клиник. Но она неизбежна. В ходе исследования, например, выяснилось, что в ГКБ № 61 средняя зарплата врача составляет 13 тысяч рублей, тогда как по городу — 70 тысяч, а средний оборот койки в этой больнице — 9 пациентов за год, а не 30, как это должно быть. Оперативная активность в больнице — всего 29%. То есть из 100 хирургических больных оперируют только 29. Сомнений в том, что так жить нельзя, нет практически ни у кого, но почему-то многие при этом хотят, чтобы ничего не менялось в их работе. Скажу,

что с подавляющим большинством выводов экспертизы я согласен, но каким образом организовать процесс реструктуризации — остается предметом обсуждения специалистов. Ведь перед нами стоят задачи не только экономической оптимизации, но и обеспечения соответствующего уровня доступности и качества медпомощи жителям города. И ни при каких обстоятельствах доступность и качество не будут снижаться. Понятно, что по мановению волшебной палочки сделать систему медпомощи похожей на таковую в Лондоне, Сингапуре или Токио не получится, но и сидеть, сложа руки, нельзя.



ПЕРЕД НАМИ СТОЯТ ЗАДАЧИ НЕ ТОЛЬКО ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОПТИМИЗАЦИИ, НО И ОБЕСПЕЧЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ГОРОДА.

— Раз реструктуризации не избежать, по каким критериям она все-таки будет проводиться и какова ее конечная цель?

— Главный приоритет в ближайшей перспективе

— реструктуризация коечного фонда стационаров, работающих в ОМС, и создание мощных многопрофильных клиник, где будут сконцентрированы койки для интенсивного лечения пациентов с острыми состояниями и обострениями хронических заболеваний. Нам необходимо сконцентрировать ресурсы и технические, и человеческие в крупных, «столбовых» больницах города Москвы. Это и есть наша стратегическая цель.

На практике нередки ситуации, когда пожилой пациент ложится в глазную больницу для проведения операции по поводу катаракты, а у него начинается инфаркт миокарда. Но в этой больнице нет ни кардиолога, ни кардиореанимации, и приходится через службу скорой помощи транспортировать его в другую клинику, а потом опять возвращать для лечения катаракты. Или другой пример. В ГКБ № 11, состоящей только из терапевтических отделений, никогда не было отделения хирургии, и если у пациента, госпитализированного в этой клинике, вдруг развивается острый аппендицит, его опять же придется перевозить в другой стационар. Человек, находясь в стационаре, буквально не может получить в нем медицинской помощи. Этого быть не должно. В Москве, как и в любом мегаполисе, ставка должна делаться на крупные многопрофильные стационары, где пациент может получить полный комплекс услуг.

К концу 2016 года мы, надеюсь, будем четко понимать, сколько у нас будет крупных многопрофильных больниц. Сегодня рассчитываем, что таких клиник будет 35, каждая мощностью на 1000 коек. Более мелкие и маломощные больницы, не приспособленные под оказание высокотехнологичной помощи, будут переориентированы под социальные койки, где станут лечиться хроники вне обострений и социальные больные. Хронические больные вне обострений тоже нуждаются в уходе, но это не требует проведения компьютерной томографии, наличия оборудования и специалистов для лапароскопии и реанимации, таким больным нужны только врачи и сестринский персонал. Этим пациенты на социальных койках будут обеспечены в полной мере.

— Означает ли это, что закрытия некоторых клиник не избежать?

— По моему мнению, монопрофильных больниц в городе остаться не должно. При этом за рамками реструктуризации пока остаются психиатрические, инфекционные и туберкулезные больницы, а также специализированные клиники.

— Реструктуризация неизбежно связана с увольнением врачей или как минимум с необходимостью смены места работы, где им искать свое место?

— Прежде всего, надо понимать, что в современных условиях формирование штатного расписания — уровень ответственности руководства клиники. Никаких директив сверху по этому поводу не спускается. Главный врач формирует штат, исходя из необходимости выполнить свои обязательства в рамках реализации городской программы госгарантий оказания медпомощи. Понятно, что в рамках штатного расписания клиники не всегда у главного врача есть возможность предложить специалисту, чья позиция сокращается, адекватную должность, но у Департамента здравоохранения Москвы есть огромное количество вакантных позиций с учетом потребностей города. Сегодня в поликлиниках катастрофически не хватает участковых терапевтов, врачей лучевой диагностики, а в стационарах — анестезиологов-реаниматологов. И еще раз напомню, сегодня пройти переквалификацию или повысить свой профессиональный уровень врачи городских клиник могут за счет Департамента здравоохранения. Другое дело, что не все к этому готовы в силу разных обстоятельств. Ведь все понимают, что реаниматолог или участковый терапевт — это тяжелый труд. Но хочу обратить внимание врачей на то, что во всех поликлиниках и больницах сейчас проводится переаттестация. Если хирург не хочет овладевать лапароскопом, он не сможет работать хирургом. Все, кого признают профессионально непригодными, будут вынуждены либо переучиваться, либо потеряют возможность существовать в профессии. Мы жалеем врачей, но почему-то не хотим пожалеть пациентов. А пациенты должны лечиться у хороших врачей!



СЕГОДНЯ ПРОЙТИ ПЕРЕКВАЛИФИКАЦИЮ ИЛИ ПОВЫСИТЬ СВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ВРАЧИ ГОРОДСКИХ КЛИНИК МОГУТ ЗА СЧЕТ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ДРУГОЕ ДЕЛО, ЧТО НЕ ВСЕ К ЭТОМУ ГОТОВЫ В СИЛУ РАЗНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ.

СПЕЦИАЛИСТЫ ШИРОКОГО ПРОФИЛЯ

Дефицит терапевтов в городской системе здравоохранения — давно не новость. С целью его устранения по инициативе Департамента здравоохранения Москвы на базе 1-го МГМУ имени И.М. Сеченова начата работа по профессиональной переподготовке столичных врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)». О подробностях разработанной программы переквалификации рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Николай ПОТЕКАЕВ.



Николай ПОТЕКАЕВ,
первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения Москвы

— Николай Николаевич, программа уже реализуется? Как проходил процесс ее подготовки?

— В настоящее время цикл переподготовки проходят 60 врачей Южного административного округа. Разработка и реализация такой программы потребовала проведения большой организационной работы как со стороны университета, так и со стороны руководства департамента. Но мы это сделали. Программа подготовки была разработана в рамках реализации концепции модернизации российского здравоохранения по направлению развития первичной медико-санитарной помощи в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами, а также с учетом современных отечественных и зарубежных исследований по развитию общей врачебной практики (семейной медицины) и рекомендаций Европейского отделения Всемирной



Врач общей практики первым встречает пациента и ведет его до полного выздоровления, если это возможно

организации семейных врачей (WONCA, 2007), Всемирной федерации медицинского образования (WFME, 2007), советом Европейской академии преподавателей общей врачебной практики (EURACT, 2004, 2014).

— Какова цель переподготовки, сколько времени займет у врача прохождение этой программы?

— Цель очевидна — подготовка специалиста, умеющего оказывать многопрофильную непрерывную первичную медицинскую помощь конкретному пациенту, его семье и прикрепленному населению независимо от возраста, пола и характера заболевания. Программа рассчитана на 504 академических часа. В ходе подготовки у специалиста формируются компетенции по организации медицинской помощи, проведению доклинической диагностики и ранней профилактике наиболее распространенных заболеваний, оказанию пациентам многопрофильной медицинской помощи, а также неотложной и экстренной помощи на догоспитальном этапе в условиях общей врачебной практики. Учат врача и консультированию пациентов и их семей, представляют необходимые знания по организации здравоохранения и нормативно-правовым вопросам работы в условиях реформирования здравоохранения и первичной амбулаторно-поликлинической службы.

После окончания программы врач получает диплом о профессиональной переподготовке по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

— Как вы смогли бы охарактеризовать специалиста, получившего новую квалификацию? Что он должен уметь делать?

— Такой специалист, можно сказать, — ключевое звено. Ведь в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) обычно происходит первый контакт пациента с системой здравоохранения. При этом доступ пациентов к общей врачебной практике не ограничен, медицинская помощь оказывается по всему спектру заболеваний независимо от возраста, пола, других особенностей и потребностей пациента. Полученные в ходе переподготовки знания и умения позволяют специалисту ОВП обеспечивать эффективность использования ресурсов системы здравоохранения, осуществлять эффективное взаимодействие с другими специалистами, работающими в первичном звене и управлять этим взаимодействием, при необходимости защищая интересы пациента. Врач с этой квалификацией ориентирован на пациента и его семью, что предусматривает особый процесс проведения консультирования, предполагающий установление долговременных

взаимоотношений врача с пациентом путем обеспечения эффективного взаимодействия между ними. Общая врачебная практика направлена на обеспечение длительного и непрерывного оказания медицинской помощи на основании потребностей пациента и предусматривает лечение как острых, так и хронических заболеваний. При принятии решений по профилактике и лечению заболеваний врач общей практики должен основываться на знании распространенности данной патологии в популяции и стараться обеспечить лечение заболеваний на самых ранних, недифференцированных стадиях их развития. Такой специалист рассматривает проблемы здоровья пациента с учетом физических, психологических, социальных, культурных и даже экзистенциальных аспектов и обеспечивает профилактику заболеваний и улучшение состояния здоро-



**ЦЕЛЬ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА —
УМЕНИЕ ОКАЗЫВАТЬ МНОГПРОФИЛЬНУЮ
НЕПРЕРЫВНУЮ
ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
КОНКРЕТНОМУ ПАЦИЕНТУ, ЕГО СЕМЬЕ
И ПРИКРЕПЛЕННОМУ НАСЕЛЕНИЮ
НЕЗАВИСИМО ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА
И ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Николай ПОТЕКАЕВ

вья путем проведения вмешательств с доказанной эффективностью. Он же несет ответственность за показатели состояния здоровья обслуживаемого населения.

— И в чем будут заключаться его функции на практике?

— Основных функций три: клиническая — мероприятия по диагностике, лечению, профилактике, реабилитации, обучению здоровому образу жизни и оказанию паллиативной помощи; организационная — мероприятия по руководству отделением (центром) общей врачебной (семейной) практики и общение с пациентами — консультирование, представление информации о предлагаемых вмешательствах и результатах исследований с учетом

различных обстоятельств и эмоций пациента. Но в общем случае можно говорить о том, что врач общей практики работает с пациентом на ключевом, принципиально важном для выстраивания всей логики оказания медицинской помощи в случае ее необходимости этапе, — он первым встречает пациента и ведет его фактически до полного выздоровления, если это возможно. Именно поэтому врач общей врачебной практики — непростая специальность. Он должен обладать большим числом профессиональных компетенций: знаний, умений и, самое главное, практических навыков.

Требования законодательства

Квалификационные требования врача общей практики (семейного врача)

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» врач общей практики (семейный врач):

- осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказывает неотложную помощь, проводит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействует в решении медико-социальных проблем семьи;
- оказывает непрерывную первичную медико-санитарную помощь пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания;
- проводит осмотр и оценивает данные физического исследования пациента;
- составляет план лабораторного, инструментального обследования и интерпретирует результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования; самостоятельно проводит обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организует дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем выполняет назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение при наиболее распространенных заболеваниях;
- оказывает акушерскую помощь, помощь детям и пациентам с профессиональными заболеваниями, медицинскую помощь при острых и неотложных состояниях организма, требующих проведения реанимационных мероприятий, интенсивной терапии;

- проводит анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя и табака, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию;
- осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп, направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- руководит работой среднего и младшего медицинского персонала;
- в установленном порядке повышает профессиональную квалификацию;
- оформляет и направляет в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания;

- проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу. Врач общей практики должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств; теоретические основы по избранной специальности; профилактику,



диагностику, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитацию пациентов, принципы и методы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний, реабилитации пациентов; демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента; вопросы организации медико-социальной экспертизы; основы диетического питания и диетотерапии; о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней); порядок направления больных на

санаторно-курортное лечение; основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.

Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ №415н от 07.07.2009 г. «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» профессиональная переподготовка осуществляется по одной из специальностей: «Педиатрия» и «Терапия» (к базовым, сформированным компетенциям, подлежащим совершенствованию, относятся универсальные и общепрофессиональные компетенции):

- оказание медицинской лечебно-диагностической, профилактической помощи и реабилитации больным терапевтического профиля в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях;
- оказание медицинской лечебно-диагностической, профилактической помощи и реабилитации больным и здоровым детям и подросткам в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях;
- организация работы врача-терапевта в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях;
- организация работы врача-педиатра в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях.

Характеристика новых профессиональных компетенций врача общей практики (семейного врача), формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Слушатель, успешно освоивший программу, будет обладать новыми профессиональными компетенциями (к новым компетенциям относятся профессиональные компетенции врача в соответствии с профилем специальности (например, в диагностической деятельности, в лечебной деятельности, профилактической деятельности и т.д.):

Управление процессом оказания первичной медицинской помощи:

- управление процессом первого контакта пациента с системой здравоохранения, умение определять и классифицировать проблемы пациента;
- оказание первичной медицинской помощи по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей;
- управление оказанием эффективной и адекватной медицинской помощи с наиболее рациональным использованием ресурсов системы здравоохранения;
- координирование медицинской помощи с другими специалистами, работающими в первичном звене здравоохранения, а также — со специалистами стационаров;
- обеспечение доступности необходимых медицинских услуг, предусмотренных системой здравоохранения;
- защита интересов пациента.

Использование в работе с пациентом личностно-ориентированного подхода:

- уделять особое внимание при работе предпочтениям пациента;
- консультировать пациента, устанавливая эффективные взаимоотношения, не ущемляя его право на независимость и самостоятельность;
- уметь расставлять приоритеты, сотрудничая с пациентом;
- обеспечивать длительное и непрерывное наблюдение на основании потребностей каждого пациента согласно принципам непрерывности и координированного оказания медицинской помощи.

Умение решать конкретные проблемы пациента:

- умение установить связь в процессе принятия решений с распространенностью и частотой новых случаев заболевания или состояния в данной группе населения;
- умение отбирать и оценивать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента; использовать ее при составлении плана лечения при участии пациента;
- действовать с учетом следующих принципов: последовательный характер исследований и назначений, рациональное распределение времени в соответствии с задачами обследования и лечения, сохранение терпения в случае неуточненного диагноза;

- умение принимать решения при неотложных состояниях;
- умение проводить диагностику на начальных недифференцированных стадиях проявления болезни;
- проводить рационально и эффективно диагностические и лечебные вмешательства.

Осуществление комплексного подхода при оказании первичной медико-санитарной помощи:

- умение работать с пациентами, предъявляющими большое количество жалоб и имеющими несколько заболеваний (острых и хронических);
- умение побуждать пациента к здоровому образу жизни и проводить профилактические мероприятия, позволяющие обеспечить удовлетворительное состояние здоровья и самочувствия пациента;
- умение координировать мероприятия по оздоровлению, профилактике, лечению (включая паллиативное) заболеваний и реабилитации.

Использование территориального принципа при обеспечении населения первичной медико-санитарной помощью:

- согласовывать потребности отдельных пациентов в медицинской помощи с потребностями всей обслуживаемой группы населения и с имеющимися ресурсами.

Целостное представление о пациенте и его состоянии с учетом биопсихосоциальной модели, культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей: — применять биопсихосоциальную модель с учетом культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей.

Перечень модулей, которые должен освоить врач общей врачебной практики:

- внутренние болезни
- болезни пожилых
- хирургические болезни
- основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике
- экстренная и неотложная помощь, сердечно-легочная реанимация
- акушерство и гинекология
- болезни детей и подростков
- инфекционные болезни
- болезни нервной системы
- пациент с нарушениями психики
- профессиональные болезни
- болезни уха, горла, носа
- болезни глаз

- болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем
- туберкулез

Квалификационные требования к специалистам с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения. Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»)

Уровень профессионального образования: высшее образование — специалитет по одной из специальностей: «лечебное дело», «педиатрия»; высшее образование — подготовка кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Дополнительное профессиональное образование: профессиональная переподготовка по специальности «Общая врачебная практика (семейная медици-



ВРАЧ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ — НЕПРОСТАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ. ОН ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ: ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И, САМОЕ ГЛАВНОЕ, ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ.

Николай ПОТЕКАЕВ

на) при наличии высшего образования (ординатура) по одной из специальностей: «Педиатрия», «Терапия». Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности. Должности: врач общей практики (семейный врач); руководитель структурного подразделения — врач общей практики (семейный врач); судовой врач.

АЛЕКСЕЙ ШАБУНИН: РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ — ЭКОНОМИЧЕСКИ ОПРАВДАННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ

Востребованность помощи по одному из самых сложных медицинских направлений — хирургии — с каждым годом растет. Это предъявляет к хирургам и организации хирургической помощи повышенные требования, работать необходимо быстро и качественно. О том, как получается выполнять сотни тысяч операций ежегодно и решать возникающие организационные трудности, рассказывает главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения Москвы Алексей ШАБУНИН.



Алексей ШАБУНИН
главный внештатный
специалист хирург
Департамента
здравоохранения
Москвы

— Что представляет собой профессия хирурга сегодня? Какие задачи стоят перед хирургической службой Москвы?

— Хирургия представляет собой сложную, многогранную область медицины, играющую важную роль в борьбе за здоровье, трудоспособность и жизнь человека. Мы определяем свою задачу как обеспечение жителей Москвы доступной высокотехнологичной и высококвалифицированной медицинской помощью по всем направлениям хирургии. Одновременно на нас лежит задача аккумуляции, апробации, внедрения, применения современных медицинских технологий, соответствующих мировым достижениям современной медицины. И, конечно, важно сотрудничество с вузами в развитии фундаментальных, прикладных и медицинских научно-клинических исследований, использование их результатов в практической деятельности.

Московская хирургия всегда была в авангарде, и мы приложим все силы, чтобы и впредь оставаться лидерами в стране. Количество вмешательств, проводимых московскими хирургами в учреждениях системы Департамента здравоохранения Москвы, постоянно растет. За 2013 год цифра составила почти 650 тысяч хирургических вмешательств, выполненных под анестезией. Сегодня в Москве функционируют порядка 40 стационаров с

хирургическими отделениями, где работает 1,5 тысячи хирургов и еще около 800 выполняют свою работу в амбулаторных центрах.

— Что изменилось за последние годы с учетом проводимых в здравоохранении реформ и той масштабной программы модернизации, которую реализует департамент здравоохранения?

— Прежде всего хирургические стационары оснащены самой современной техникой. Операционные оснащены лапароскопическими стойками, во всех стационарах усилены диагностические службы за счет оснащения эндоскопическим оборудованием, магнитно-резонансными и компьютерными томографами.

Такое внимание к хирургии обосновано, ведь она объединяет различные разделы медицины: гастроэнтерологию, кардиологию, пульмонологию, ангиологию и многие другие. Уже давно стали самостоятельными такие хирургические направления, как урология, травматология, гинекология, нейрохирургия. За последнее столетие из хирургии выделились такие специальности, как анестезиология, реаниматология, микрохирургия, проктология. Современная диагностическая база и применяемые технологии на порядок лучше тех, что были прежде. Они позволяют ставить диагноз максимально точно и в кратчайшие сроки. Отрадно, что все большая доля во вмешательствах приходится на лапароскопическую хирургию. Увеличивается и число эндоскопических вмешательств, других малоинвазивных операций, при которых хирурги применяют альтернативные доступы к внутренним органам. Новая технологическая база, конечно, потребовала новых знаний и навыков, обучения врачей. Только в нашей Боткинской больнице было обучено более 20 хирургических специальностей (эндоскописты, хирурги, сосудистые хирурги, гнойные хирурги). А в целом по Москве только за 9 месяцев этого года департаментом здравоохранения обучено 328 врачей. Их обучение проходит в самых лучших клиниках мира в Германии, Швейцарии, Израиле, Южной Корее. Замечу, что в Южной Корее сегодня одна из самых технологичных медицинских систем в мире.

— А что изменилось в организационном плане?

— Новые технологии в сочетании с необходимостью дополнительного обучения докторов привели к необходимости пересмотреть подходы к организации оказания хирургической помощи. В Москве имеется около 5 тысяч чисто хирургических коек. Проанализировав их работу, мы поняли, что в течение года часть коек пустует, не используется полноценно. В летний период в некоторых стационарах пустует до 30% коек. Поэтому главные изменения, которые требуются сегодня, заключаются в естественном, рациональном сокращении коечного фонда на 20–30%. Однозначно необходима реструктуризация хирургических коек. Это закономерная, экономически обоснованная потребность.

Эти пустующие койки мы содержим, обогреваем, платим зарплату врачам и персоналу. Для чего это делать, если средства, которые тратятся впустую, можно пустить на новые технологии, на дальнейшее развитие. Проблема сложная, тяжелая, потому что, сократив койки, мы вынуждены сократить и медицинский персонал. К сожалению, не все хирурги являются олицетворением фразы «первый после Бога», не все владеют современными технологиями, некоторые не могут, а некоторые и не хотят овладевать новыми навыками. При этом, обучив в лучших клиниках мира хирурга, мы однозначно понимаем, что он за тот же временной промежуток пролечит большое количество больных, а самое главное — результаты его работы будут на порядок лучше: снизится процент осложнений и летальности.

Кроме того, если проанализировать контингент больных, которые находятся на стационарных койках, видно, что 10–15% составляют пациенты, которые могут быть прооперированы амбулаторно. Это больные с липомами, с доброкачественными опухолями кожи, подкожной клетчатки. Раньше такой пациент госпитализировался в стационар и ждал своей очереди. Причем не секрет, что хирурги думают все время о более сложных, тяжелых пациентах, а более легкие случаи оставляют на потом, а пациент при этом лежит в стационаре 5–7 дней

в ожидании. Чтобы такого не происходило, надо развивать стационарозамещающие технологии — когда пациенты обследуются, их смотрит хирург и назначает день операции, пациент подъезжает, оперируется и после наблюдения в течение 2-х часов выписывается домой.

— Куда же будут направляться эти хирургические пациенты с несложными случаями?

— Проведена большая работа по усилению амбулаторного звена. Сегодня в Департаменте здравоохранения Москвы подготовлен приказ о создании центров амбулаторной хирургии. При крупных стационарах, при амбулаторно-поликлинических объединениях появятся подразделения, в которых будет оказываться хирургическая помощь по всем современным стандартам пациентам, которым нечего делать в стационаре.

Порядок действий таков: пациент наблюдается и обследуется в амбулаторно-поликлиническом учреждении, у него выявляется липома, атерома или что-то подобное, он направляется в Центр амбулаторной хирургии, где после взятия анализов крови, кардиограммы назначается день проведения операции. В назначенный день пациент оперируется, наблюдается после этого несколько часов и выписывается домой. Если раньше хирург в поликлинике лишь смотрел пациента и направлял его в стационар, то теперь все будет делаться на месте.

Такие центры не нужны в каждой поликлинике, они будут создаваться в округах, где есть крупные амбулаторно-поликлинические объединения, чтобы пропускать через себя большое количество пациентов.

— Каким образом будут набираться специалисты для работы в таких центрах?

— Это тоже продумано. Есть врачи, которые не соответствуют уровню учреждений стационарной помощи, где сегодня сконцентрирована самая технологичная, самая сложная медицинская помощь. Иначе говоря, не каждый хирург готов к проведению высокотехнологичных вмешательств. Такие кадры перейдут в амбулаторные центры, где будут выполнять менее сложные вмешательства, но на хорошем профессиональном уровне.

Параллельно мы хотим отобрать пул высокопрофессиональных врачей и сконцентрировать их работу в нескольких крупных, самых мощных стационарах. Там они будут проводить сложные вмешательства даже не ежедневно, а по нескольку раз в день, многократно, на потоке. Только многократность повторения операции хирургом приведет в конечном счете к снижению процента осложнений и, конечно, снижению летальности.

— На какую методическую базу опираются сегодня московские хирурги?

— Все шаги по реструктуризации, все решения просчитывают серьезные международные аналитические компании совместно с главными специалистами Департамента здравоохранения Москвы, эксперты в своей работе основываются на тщательном анализе информации.

Хирургия, оторванная от анестезиологии, реаниматологии, трансфузиологии, торакальной хирургии, проктологии и других смежных направлений, существовать сегодня не может. Поэтому и нужны крупные многопрофильные больницы.

Для того чтобы не страдало качество лечения и чтобы помощь была максимально эффективной, в настоящее время проводится стандартизация и регламентирование действий хирургов. Это важная работа. Стандарты были и раньше, но 90-е годы были провальными, мы утратили многое из того, что создавалось в Советском Союзе. Кроме того, развитие медицины кардинально изменило ситуацию по некоторым вопросам. На сегодняшний день по всем основным нозологическим группам разработаны национальные рекомендации, федеральные протоколы и стандарты диагностики и лечения в хирургической практике. Их внедрение позволит одинаково качественно проводить диагностику, лечение, восстановление и в Подмоскovie, и в Москве, будь то Центральный административный округ, Бутово или Хамовники.



Только многократность повторения операции хирургом приведет в конечном счете к снижению процента осложнений и, конечно, снижению летальности

— Алексей Васильевич, как вы оцениваете профессиональный уровень хирургов Москвы? Как отслеживается их подготовка?

— Уровень хороший, а будет еще лучше! Есть выстроенная система аттестации — это определение квалификации врача-специалиста в соответствии с его теоретической и практической подготовкой, проводимое специальной комиссией. Квалификация специалиста определяется по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей. Каждые пять лет хирург должен или подтвердить свою категорию, или претендовать на ее повышение. Он предоставляет материалы по результатам проделанных оперативных вмешательств, по проценту осложнений, летальности, сообщает, какие новые методики освоил. Сначала все материалы утверждаются по месту его работы, в самом стационаре, и это очень важно, потому что внутри больницы каждый прекрасно знает, кто из себя что представляет. И только после того, как хирург проходит этот первичный барьер, его данные представляются в городскую аттестационную комиссию, которую возглавляет главный хирург Москвы и в которую входят лучшие специалисты города.

Аттестация предусматривает тестирование и собеседование по теоретическим и практическим вопросам, соответствующим специальности, заявленной в квалификационной документации. Получая ответы на задаваемые вопросы, члены комиссии — лучшие московские хирурги — определяют профессиональный уровень коллеги. По результатам аттестации врачу присваивается соответствующая квалификационная категория или подтверждается имеющаяся.

Параллельно работает система сертификации кадров, которую хирург должен проходить тоже раз в пять лет. Сертификационной комиссией учитывается не только подготовка специалиста, но и его участие в работе Российского общества хирургов по Москве.

Эта система отлажена и будет только совершенствоваться в дальнейшем. Прогнозы развития московской хирургии многообещающие. Для успеха у нас есть все необходимое — технический, научный и человеческий потенциал.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА В МОСКВЕ

На состоявшемся летом совещании с участием главных врачей московских больниц на тему «Дальнейшее совершенствование лечения острого инфаркта миокарда в г. Москве» главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения Москвы Александр ШПЕКТОР подвел предварительные итоги работы по совершенствованию организации медпомощи больным этого профиля и представил коллегам методические рекомендации департамента «Лечение острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST».

20 центров вполне достаточно

Доклад, представленный Александром Шпектором, был посвящен анализу июньских данных о работе московской «инфарктной сети». Большинство показателей ее деятельности, характеризующих I квартал этого года, к началу лета удалось заметно улучшить. Как подчеркнул профессор, главная цель современного лечения больных с острым инфарктом с подъемом сегмента ST на ЭКГ состоит в том, чтобы в течение не более 2 часов после обращения к врачу по поводу ишемии доставить больного в рентгенооперационную с целью открытия доступа в эти сроки к так называемой инфаркт-связанной артерии. По мнению специалиста, 20 уже действующих в Москве центров экстренной ангиопластики (в конце зимы прошлого года их было 17) вполне достаточно для того, чтобы обеспечить всех больных нашего города

с этим заболеванием столь же качественным и своевременным лечением, какое доступно жителям мегаполисов других развитых стран.

Московская статистика подтверждает

Важнейшая задача при лечении больных с острым инфарктом с подъемом ST заключается в том, чтобы они доставлялись только в те больницы, где действует экстренная ангиографическая служба. Решается она достаточно успешно — 98% таких пациентов в июне поступили в специализированные центры, в апреле их было только 80%. По сравнению с апрельскими показателями сократилось и время от первого контакта врача СМП с больным до его доставки в ангиоцентр с 75 до 68 минут. Время от поступления пациента в ангиоцентр до восстановления кровотока («дверь—баллон») составляет



сейчас 45 минут. А время от вызова скорой помощи до раздутия баллона — 114 минут (в начале года — 125 минут) при европейской норме меньше 2 часов. Количество операций экстренной ангиопластики, выполненных больным с инфарктом с подъемом сегмента ST, в течение этого года постоянно увеличивалось и во втором квартале достигло 1358. Причем такие вмешательства проводились уже для 68% пациентов (в II квартале — для 59%). Летальность от этого заболевания, постоянно снижающаяся в Москве с начала прошлого года, составила в июне в среднем для всех столичных больниц 11,3%, а для специализированных стационаров с рентгенооперационными — 10,4%. В то же время в развитых европейских странах показатель летальности у данных пациентов составляет около 7—8%. Такие показатели — следствие того, что подавляющему большинству пациентов проводится экстренное стентирование. Московская статистика подтверждает эту зависимость. В тех столичных стационарах, где чрескожное коронарное вмешательство выполняется более чем 70% больных с инфарктом с подъемом сегмента ST, показатель летальности составил 7,1%. К таким

учреждениям, в частности, относятся ГКБ № 1, 3, 15, 20, 23, 57, 64, 79, РКНПК, НПЦИК. Там, где подобная операция проводилась менее чем 60% больных (ГКБ № 7, 12, 13, 51, 52, 70 и ГКБ им. С.П. Боткина), показатель летальности доходил до 14,1%. Как подчеркнул Александр Шпектор, руководству больниц, где летальность в результате данного заболевания остается высокой, надо срочно принять меры, чтобы как можно больше пациентов получали экстренную ангиопластику.

Опасная отсрочка

При этом справедливости ради надо отметить, что одной из основных причин недостаточного количества проведения операций по стентированию является поздний вызов скорой помощи к больным. Среднее время «боль — вызов СМП» сейчас составляет 3 часа. Это большая и опасная отсрочка, поскольку ангиопластика наиболее эффективна в течение первых нескольких часов от окклюзии артерии. Чем быстрее она будет проведена, тем выше вероятность, что часть миокарда, которую она снабжает кровью, останется сохранной. Чтобы

снизить время вызова СМП, требуется настойчивая и кропотливая работа врачей поликлинического звена с населением.

— Необходимо использовать и социальную рекламу в СМИ, — подчеркнул Александр Шпектор.

Вторая по значимости причина невыполнения операций (5% от всех случаев) — отказ от них пациентов. Казалось бы, в такой ситуации лечащий кардиолог не виноват. Но, по мнению Александра Шпектора, объяснить больному необходимость операции — важнейшая часть обязательной работы сотрудников ангиоцентров. Анализ показал, что есть центры, где лишь немногие больные отказываются от операций, а есть такие, где это происходит в разы чаще.

Докладчик подчеркнул, что сегодня в Москве сред-



ВТОРАЯ ПО ЗНАЧИМОСТИ ПРИЧИНА НЕВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ (5% ОТ ВСЕХ СЛУЧАЕВ) — ОТКАЗ ОТ НИХ ПАЦИЕНТОВ. ПО МНЕНИЮ АЛЕКСАНДРА ШПЕКТОРА, ОБЪЯСНИТЬ БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМОСТЬ ОПЕРАЦИИ — ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ АНГИОЦЕНТРОВ.

ний возраст больных с острым инфарктом с подъемом сегмента ST составляет 55 лет. И гораздо чаще стентирование проводится молодым пациентам, у которых не отмечалось предшествующих тяжелых кардиологических заболеваний. Что же касается пожилых больных с коморбидными состояниями, то они получают подобную медицинскую помощь заметно реже. Эта группа пациентов представляет собой существенный резерв для снижения летальности в результате острого инфаркта миокарда, а значит, в специализированных стационарах с такими пациентами кардиологи должны работать более активно.

Острой проблемой московской кардиологической службы является и лечение инфаркта с подъемом сегмента ST в стационарах с кардиологическими

отделениями, где нет блоков для проведения экстренной ангиопластики. За I полугодие 2014 года в них поступило 379 подобных пациентов. И только 27% было переведено для лечения в специализированные центры. Смертность оставшихся 73% больных составила 25%. Александр Шпектор убежден, что больные с острым инфарктом миокарда должны как можно скорее переводиться в специализированные центры, обладающие возможностью проведения ангиопластики.

Показания к стентированию

По сравнению с крупноочаговым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, мелкоочаговые инфаркты без подъема такого сегмента в практике московских кардиологов, как и в других развитых странах, встречаются чаще. Госпитальная летальность при них ниже, зато выше отдаленная смертность. Инфаркты без подъема ST чаще поражают пожилых больных с тяжелой сопутствующей патологией, в том числе сердечно-сосудистой.

В московских стационарах в первой половине 2014 года экстренная ангиопластика выполнялась примерно в три раза чаще больным с крупноочаговыми инфарктами, чем с мелкоочаговыми. Однако уже в июне 2014 года в 20 центров столичной «инфарктной сети» было доставлено 95% пациентов с инфарктами без подъема сегмента ST, как и 96% всех больных с нестабильной стенокардией.

Александр Шпектор напомнил, что инфаркт без подъема сегмента ST является таким же показанием к стентированию, как и с подъемом ST. Но в первом случае вмешательство может проводиться не экстренно, а в течение 24 часов. Участникам совещания были представлены методические рекомендации «Лечение острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST», отражающие современные принципы диагностики и терапии таких больных.

Чтобы не ошибиться

Прозвучали в докладе Александра Шпектора и замечания, касающиеся общей организации службы и работы с кардиобольными. В частности, докладчик отметил, что с января по июнь 2014 года в некардиологических отделениях московских стационаров был зарегистрирован 351 случай острого инфаркта миокарда. Летальность среди таких больных оказалась катастрофически высокой — в среднем 65%, а в ГКБ № 36, 20, 52 даже 93—100%. В целом же в первой половине этого года в некардиологических отделениях стационаров происходил 21% всех смертей от этого заболевания.

— Лечение больных с острым инфарктом миокарда в некардиологических стационарах и отделениях является серьезной ошибкой врачей, и решением этой проблемы должны стать административные меры, — убежден Александр Шпектор.

Еще одна проблема — случаи необоснованной постановки диагноза острого инфаркта миокарда. Результат — искаженная статистика по заболеваемости. Анализ показал, что существуют три основные причины выставления необоснованного диагноза: — постановка такого диагноза на основании повышения уровня тропонина в плазме крови без клинических или ЭКГ-признаков острого инфаркта;

— заключительный (посмертный) диагноз инфаркта у пациента без предшествующих признаков данного заболевания;

— постановка диагноза только на основании признаков некроза миокарда на секции, но без обнаружения специфических изменений коронарных сосудов.

— Чтобы таких ошибок стало меньше, — заявил Александр Шпектор, — надо принять клинко-анатомический консенсус, отвечающий современным требованиям. Очевидна также необходимость повышения квалификации всех специалистов, участвующих в лечении острого инфаркта миокарда. Для этого нужно организовать и регулярно проводить очно-заочные курсы повышения квалификации.

Был затронут в докладе и вопрос финансирования работы ангиоцентров. Александр Шпектор отметил, что на основании московских стандартов лечение в них одного больного с острым инфарктом миокарда с применением экстренного стентирования в начале года оплачивалось из расчета 203 тысячи рублей, но затем, в соответствии с федеральным стандартом, подобное финансирование снизилось до 159 тысяч рублей. Докладчик выразил пожелание, чтобы оплата лечения таких больных проводилась вновь по городским стандартам.

Подводя предварительные итоги работы столичной кардиологической службы по лечению острого инфаркта миокарда, профессор отметил два важных достижения: создание в Москве отвечающей всем современным требованиям «инфарктной сети», что позволило увеличить количество экстренных чрескожных коронарных вмешательств и снизить летальность при остром инфаркте с подъемом сегмента ST, а также разработка и начало реализации программы лечения инфаркта без подъема сегмента ST.



По мнению профессора кафедры кардиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководителя центра атеротромбоза на базе ГКБ № 23 и указанной кафедры Елены Васильевой, успешное лечение инфаркта миокарда зависит от правильного определения типа этого заболевания.

Проект консенсуса

Выступление заведующего патологоанатомическим отделением ГКБ № 67 имени Л.А. Ворохобова Олега Орехова стало откликом на предложение принять клинко-анатомический консенсус по инфаркту миокарда, высказанное Александром Шпектором. Специалист подчеркнул, что патологоанатомы московских больниц не менее чем кардиологи обеспокоены частыми случаями ошибок в постановке посмертных диагнозов этого заболевания.

— Впрочем, надо помнить, что клиническая наука всегда развивалась более динамично, чем

патологоанатомическая, и что постановка диагноза нередко является весьма сложной задачей. А потому вполне возможны и ошибки «добросовестного характера», для борьбы с которыми необходимо повышение качества знаний патологоанатомов, — заметил он.

В ряде крупных прозектур Москвы были проанализированы протоколы вскрытий в тех случаях, когда подозревались ошибочные посмертные диагнозы, относящиеся к коронарогенным или, возможно, некоронарогенным некрозам миокарда. С участием кардиологов было проведено и заседание Московского общества патологоанатомов, по итогам которой удалось выработать проект консенсуса «Коронарогенные и некоронарогенные некрозы миокарда. Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда (дефиниции, статистика, классификации, критерии диагностики)». Представляя этот документ, Олег Орехов перечислил основные группы заболеваний, проявлением или осложнением которых могут стать некрозы миокарда. Он рассказал о патогенезе подобных некрозов и дал определение инфаркта, в котором заболевание рассматривается исходя из особенностей некротических поражений.

— Инфаркт миокарда, — уточнил Олег Орехов, — это вид коронарогенного или ишемического некроза, который может быть как нозологической формой в составе ИБС, так и проявлением или осложнением различных заболеваний или травм. В последних случаях допустимо использовать термины «метаболический или гипоксический некроз миокарда».

Особую сложность в постановке патологоанатомического диагноза представляет инфаркт миокарда второго типа, который является вторичным по отношению к ишемическому дисбалансу. Этот вид инфаркта развивается в случаях, когда другое состояние, помимо ИБС, приводит к дисбалансу между потребностью в кислороде и его доставкой. Речь идет, например, об эндотелиальной дисфункции, коронароспазме, эмболии, анемии, дыхательной недостаточности, гипо- или гипертензии с гипертрофией миокарда или без нее.

— Инфаркт миокарда второго типа не всегда является нозологической формой в составе ИБС, — объясняет Олег Орехов. — Большое значение в его патогенезе имеет коморбидность. В таких случаях очень важно исключить другие коронарогенные или некоронарогенные некрозы миокарда. К сожалению, пока нет клинико-морфологических критериев, которые позволили бы провести четкую границу между инфарктом второго типа при ИБС и крупноочаговыми некрозами миокарда гипоксического генеза. Эти расстройства могут развиваться у больных, скажем, при тяжелой

анемии и наличии атеросклероза. Подобная «серая зона» смешанных по патогенезу инфарктов второго типа требует проведения в каждом конкретном случае кропотливого и вдумчивого дифференциального диагноза.

Олег Орехов пообещал, что проект консенсуса скоро будет доработан в окончательный документ, который окажется востребованным не только среди патологоанатомов, но и кардиологов-клиницистов.

Распространенные заблуждения

По мнению профессора кафедры кардиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководителя центра атеротромбоза на базе ГКБ № 23 и указанной кафедры Елены Васильевой, успешное лечение инфаркта миокарда зависит от правильного определения типа этого заболевания. В постановке уточненного диагноза необходимо пользоваться наиболее современными и точными критериями, в качестве примера которых она привела «Третье универсальное определение инфаркта миокарда». Оно было изложено в экспертном консенсусальном документе, подготовленном в 2012 г. четырьмя наиболее авторитетными организациями кардиологов западных стран.

— Согласно этому определению, — заметила специалист, — основным критерием диагностики острого инфаркта миокарда является повышение или снижение уровня кардиоспецифических биомаркеров, причем предпочтительно сердечного тропонина, по крайней мере на одно значение выше 99 перцентиля верхнего референсного значения. Причем в сочетании как минимум с одним из следующих признаков: симптомы ишемии, ЭКГ-признаки новой ишемии, формирование патологических зубцов Q на ЭКГ, доказанная при визуализации новая потеря жизнеспособности миокарда или появление новых зон нарушенной сократимости, наконец, выявление интракоронарного тромбоза при ангиографии или аутопсии.

Елена Васильева дала определение 5 типов инфаркта миокарда, рассказала о причинах развития и основных признаках каждого из них. Она также перечислила и опровергла четыре самых распространенных, по ее мнению, заблуждения в отношении инфаркта миокарда, которые встречаются не только среди врачей общей практики, но и у некоторых кардиологов. Коронарный атеросклероз и ИБС — это не одно и то же. Некроз миокарда — это не инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда — это не форма ИБС. Наконец, инфаркт миокарда не является сам по себе причиной смерти больного.

Подготовил **Александр РЫЛОВ**

ВОПРОС — ОТВЕТ

Вопрос

Каким образом следует оформить размещение на территории ГБУЗ учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ на безвозмездной основе? Как правильно оформить совместные научные исследования, имеющие грантовое или целевое финансирование, которые проводятся научными подразделениями (кафедрами) других организаций, размещенных на территории ГБУЗ или взаимодействующих с ГБУЗ иным образом?

Ответ

Размещение на территории ГБУЗ учебных кафедр вузов или научных отделов НИИ оформляется безвозмездным договором, заключаемым по форме и в порядке, утвержденными приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2011 № 380 «О взаимодействии лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских образовательных и научно-исследовательских институтов города Москвы». ГБУЗ имеют право осуществлять научные исследования, в том числе совместно с иными лицами, при условии, если уставом ГБУЗ предусмотрен данный вид деятельности. Данные отношения оформляются гражданско-правовым договором на выполнение НИР, условия которого зависят от применимого законодательства (российского или иностранного законодательства), а также от требований документации, определяющей порядок и условия проведения соответствующей НИР.

Обоснование

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

В соответствии с указанным выше приказом рассмотрение договоров, заключаемых по утвержденной форме, осуществляется на комиссии Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) по контролю за использованием недвижимого имущества государственных учреждений здравоохранения и государственных унитарных и казенных предприятий.

Для рассмотрения на комиссии ДЗМ соискатели подают следующие документы:

- обращение на имя руководителя Департамента здравоохранения (либо его заместителей);
- договор в 4 экз.

На комиссии рассматриваются документы, прошедшие экспертизу в Управлении организации медицинской помощи, Управлении организации медицинской помощи детям и матерям Департамента здравоохранения города Москвы. Результат оформляется служебной запиской на имя председателя комиссии.

Поскольку речь идет о распоряжении недвижимым имуществом, находящимся в собственности г. Москвы и переданным ГБУЗ на праве оперативного управления, то в соответствии с п.п. 10 и 11 ст. 9.2. Федеральным законом «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ (с последующими изменениями и дополнениями) ГБУЗ может распоряжаться таким имуществом лишь при согласии собственника имущества в лице уполномоченного органа — Департамента городского имущества города Москвы (ДГИ).

Для согласования и регистрации договора в ДГИ соискатели подают следующие документы:

- обращение на имя руководителя Департамента имущества города Москвы;
- договор в 4 экз., согласованный в Департаменте здравоохранения в установленном порядке (то есть договоры подаются 1 раз в ДЗМ в установленном количестве);
- копии свидетельства о регистрации на право оперативного управления на здания и сооружения, оформленные медицинским учреждением;
- копии поэтажных планов с обозначением (выделением) кабинетов, используемых совместно медицинским учреждением и институтом либо предоставленных институту для приема сотрудниками кафедр пациентов больницы;
- копии свидетельства о регистрации и Устава (Положения) института.

Документы для ДГИ подаются через Департамент здравоохранения города Москвы.

После согласования договора в Департаменте имущества города Москвы один экземпляр ГБУЗ представляет в Департамент здравоохранения для сведения.

Договор заключается сроком на 11 месяцев и считается продленным на следующий год, если за месяц до окончания срока не последует заявления от одной из Сторон об отказе или внесении изменений в договор, общий срок действия договора не может превышать 3 года.

Форма типового договора

СОГЛАСОВАНО

Первый заместитель руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы

СОГЛАСОВАНО

Заместитель руководителя
Департамента городского имущества
города Москвы

ТИПОВОЙ ДОГОВОР

г. Москва

«_____» _____ 21__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «_____ Департамента здравоохранения города Москвы» в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Учреждение здравоохранения», и институт (академия, университет, учебный центр и т.д.) _____

в лице ректора (директора) _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Институт», с другой стороны, в соответствии с Положением о клиническом лечебно-профилактическом Учреждении, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.1993 № 228 «Об утверждении Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором стороны принимают на себя взаимные обязательства по совместной организации, совершенствованию и обеспечению медицинской помощи населению и организации педагогического процесса, эффективному использованию кадровых, материальных ресурсов и научного потенциала Института и Учреждения здравоохранения, направленных на улучшение здоровья населения, а не на получение прибыли.

1.2. Оказание совместной медицинской помощи осуществляется в помещениях Учреждения здравоохранения (согласно приложению № 1 к настоящему договору), совместно используемых и находящихся в технически исправном рабочем состоянии, укомплектованных в соответствии с табельным перечнем.

1.3. Совместному использованию подлежат площади, медицинская техника, оборудование и аппаратура, технические средства обучения, наглядные пособия, указанные в перечне (согласно приложению № 2 к настоящему договору). Совместно используемые помещения содержатся в чистоте и порядке, не допускается порча имущества, выполняются правила пожарной безопасности. Медицинская техника, оборудование и аппаратура находятся на балансе той организации, которая обладает правом на их оперативное управление.

1.4. Медицинская техника, оборудование, аппаратура, инвентарь, выведенные из строя вследствие нарушения правил эксплуатации, восстанавливаются за счет виновного Учреждения.

1.5. По взаимному согласию сторон разрабатываются и утверждаются должностные инструкции сотрудников Института, работающих на базе Учреждения здравоохранения.

2. Обязанности сторон в производственной деятельности

2.1. Учреждение здравоохранения обязуется:

2.1.1. Предоставить помещения, указанные в приложении № 1 к настоящему договору, и предоставить Институту право совместного пользования медицинской техникой, принадлежащей Учреждению здравоохранения.

2.1.2. Осуществлять оплату коммунальных и эксплуатационных услуг помещений и медицинской техники, находящейся на праве оперативного управления Учреждения здравоохранения, за счет средств Учреждения здравоохранения.

2.1.3. Своевременно и качественно выполнять технические работы по ремонту и обслуживанию совместно используемой медицинской техники, находящейся на балансе Учреждения здравоохранения.

2.1.4. Обеспечить работников Института медицинскими инструментами, приборами, аппаратурой и специальной одеждой, необходимыми для проведения учебно-педагогического и лечебно-диагностического процесса.

2.1.5. Обеспечить:

— плановые капитальные и текущие ремонты зданий и помещений, в которых размещены кафедры, лекционные аудитории и т.п., силами Учреждения здравоохранения во внеучебное время;

- условия для проведения лечебно-диагностической, педагогической и научно-исследовательской работы сотрудникам кафедр, практическим врачам;
- контроль за участием кафедральных сотрудников в проведении лечебно-диагностического процесса, в том числе ведения медицинской документации, оценки эффективности лечения и динамики состояния больного, рекомендаций по постгоспитальному лечению;
- сохранность кафедрального инвентаря и оборудования;

2.2. Институт в составе кафедр _____ обязуется:

- 2.2.1. Обеспечить использование по назначению предоставленных помещений и выполнение технических условий эксплуатации и сохранность совместно используемой медицинской техники, не допускать к работе с данной техникой лиц, не имеющих специальной подготовки.
- 2.2.2. Предоставить Учреждению здравоохранения право совместного пользования медицинской техникой, принадлежащей Институту. Своевременно и качественно выполнять техническое обслуживание, ремонт и эксплуатацию медицинского оборудования, находящегося на балансе Института и используемого в совместной деятельности, за счет средств Института.
- 2.2.3. Использовать медицинскую технику, принадлежащую как Учреждению здравоохранения, так и Институту, в полном объеме для лечебно-профилактического, диагностического, педагогического процесса и научных целей.

2.2.4. Обеспечить:

- научно обоснованную систему ведения больных;
- разработку и внедрение новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных в соответствии с установленными требованиями законодательства Российской Федерации;
- согласование с руководством Учреждения здравоохранения рабочего времени сотрудников Института, отпусков, времени дежурств, консилиумов, порядка ведения больных, фиксированных дней обходов и консультаций, их периодичность;
- строгое соблюдение сотрудниками Института правил внутреннего распорядка Учреждения здравоохранения.

3. Порядок финансово-хозяйственной деятельности

Стороны обязуются:

3.1. Обеспечить строгое соблюдение требований трудового законодательства Российской Федерации в отношении сотрудников Института при выполнении ими лечебно-диагностических работ.

3.2. По взаимному согласию сторон медицинская техника, оборудование и аппаратура, принадлежащие Институту, расположенные в помещениях лечебно-профилактического Учреждения, ставятся на забалансовый учет в ЛПУ на период действия договора.

4. Особые условия

4.1. За неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение сторонами принятых на себя обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.2. Все споры, возникающие между сторонами по настоящему договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.3. Договор заключается сроком на 11 месяцев и считается продленным на следующий год, если за месяц до окончания срока не последует заявления от одной из Сторон об отказе или внесении изменений в договор, общий срок действия договора не может превышать 3 года.

4.4. Договор вступает в силу после его согласования в Департаменте здравоохранения города Москвы и Департаменте имущества города Москвы в установленном порядке.

4.5. Реквизиты и подписи сторон:

Приложение № 1

к Договору № от _____ 20__ г.

**СПИСОК ПОМЕЩЕНИЙ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ
В СОВМЕСТНОЕ ПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТИТУТУ**

| № | Адрес местонахождения (наименование Учреждения здравоохранения, адрес, № корпуса) | № кабинета, этаж | П л о - щадь, кв. м | Примечание (совместное использование либо используется для приема пациентов Учреждения здравоохранения отрудниками кафедр) |
|---|---|------------------|---------------------|--|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Реквизиты и подписи сторон

Приложение № 2

к Договору № от _____ 20__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ НАХОДЯЩИХСЯ В СОВМЕСТНОМ ПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, ТЕХНИКИ И АППАРАТУРЫ, ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ, НАГЛЯДНЫХ ПОСОБИЙ

| № | Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий | Место расположения (№ кабинета, этаж) | Балансодержатель медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий | Примечание |
|---|--|---------------------------------------|--|------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Реквизиты и подписи сторон

По второй части вопроса, касающейся правильности «оформления совместных научных исследований, имеющих грантовое или целевое финансирование, которые проводятся научными подразделениями (кафедрами) других организаций, размещенных на территории

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

Из п. 1 ст. 49, п. 5 ст. 50 ГК РФ и п. 1 ст. 24 ФЗ «О некоммерческих организациях» прямо следует, что учреждения, в том числе различающиеся по типам, в частности, ГБУЗ, не обладают универсальной правоспособностью. Иными словами, ГБУЗ вправе осуществлять лишь те виды деятельности, в том числе на платной основе, которые предусмотрены их учредительными документами (уставом). Указанные в уставе виды деятельности являются исчерпывающими. Осуществление видов деятельности, не указанных в уставе, запрещено. Следовательно, ГБУЗ будет вправе осуществлять научные исследования на возмездной (платной) основе по заданию третьих лиц в качестве исполнителя или соисполнителя лишь при условии, когда научные исследования прямо указаны в уставе ГБУЗ в качестве одного из видов основной или предпринимательской деятельности.

Выполнение научно-исследовательских работ осуществляется на основании возмездного договора, заключенного в соответствии с главой 38 «Выполнение научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ» части II Гражданского кодекса РФ (ГК РФ). В случаях, когда оплата работ по договору осуществляется за счет грантов или целевого финансирования, договор должен содержать в себе существенные условия, указанные в соответствующих программах, принятых организациями, выделяющими соответствующие гранты, или органами (организациями), установившими целевое финансирование и его условия.

Если стороной по договору выступает иностранная организация, то такой договор должен учитывать требования соответствующих статей раздела VI части III ГК РФ, которые регламентируют вопросы международного частного права. Если стороной по договору с ГБУЗ будет иностранная организация, то высока вероятность заключения договора по праву иного государства.

В ряде случаев заключение договора на выполнение научно-исследовательских работ осуществляется на основании результатов проведенных конкурентных процедур (например, конкурсов). В этом случае договор будет заключен с победителем конкурентной процедуры и на условиях, изложенных в документах, размещаемых в соответствии с проводимой процедурой.

Из вопроса также следует, что научные исследования проводятся прежде всего третьими лицами, как имеющими кафедры на территории ГБУЗ, так и не имеющие таковых. Таким образом, можно заключить, что ГБУЗ в таких исследованиях может принять участие лишь в качестве соисполнителя. В такой ситуации в целях защиты финансовых интересов ГБУЗ последнее должно осуществить мероприятия, направленные на установление полномочий основного исполнителя по договору на привлечение третьих лиц в качестве соисполнителей. В этом случае необходимо получить заверенную заказчиком исследований копию договора с основным исполнителем, а если это невозможно, например, по условиям конфиденциальности, то получить подписанный заказчиком исследования документ, разрешающий исполнителю привлекать в качестве соисполнителей третьих лиц вообще или конкретное ГБУЗ в частности.

При наличии необходимости в получении более детального ответа необходимо сформулировать вопрос с изложением конкретной ситуации как в отношении предмета интересующего договора, так и в отношении его сторон, а также иных заслуживающих внимание обстоятельств.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 29 сентября, была рассмотрена история болезни страдающего шизофренией 55-летнего мужчины, причиной смерти которого стала двусторонняя субтотальная абсцедирующая пневмония.

Пациент был госпитализирован в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 22 июля 2014 года из психоневрологического интерната № 20, где пребывал с 2006 года, после того как по решению суда был признан недееспособным. Характеризуя состояние больного при поступлении в клинику, заведующий психосоматического отделения ГКБ № 1 Владимир Гридякин отметил:

— При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в правом ухе и наличие отделяемого из него. Пребывал в состоянии средней тяжести с температурой 38,5°C. Контакт с больным был малопродуктивен вследствие основного заболевания, при этом психопродуктивной симптоматики выявлено не было. При поступлении в общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, эритроциты — $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты — $11,3 \cdot 10^9$ /л. На рентгенографии органов грудной клетки данных за свежие очаговые инфильтративные изменения — нет, плевральные синусы свободны.

Диагноз при поступлении: «основное заболевание — хронический правосторонний гнойный отит в фазе обострения, фоновое заболевание — шизофрения непрерывно текущая, состояние дефекта, апатоабулический синдром».

Данные осмотра лор-врачом при поступлении:

- жалобы на боль в правом ухе, отделяемое из правого уха;
- со слов больного и врачей СМП, дискомфорт в правом ухе в течение 2-х месяцев и гноетечение из уха в течение двух дней;

ОТ РЕДАКЦИИ

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

- нос: слизистая полость носа розовая, влажная; перегородка искривлена влево;
- глотка: слизистая глотки розовая, влажная; асимметрии, налетов нет;
- AS: заушная область не изменена, б/болезненна; барабанная перепонка — серая, отделяемого нет;
- AD: заушная область не изменена б/болезненна; в наружном слуховом проходе содержится умеренное количество гнойного отделяемого, пульсации нет; визуализируется перфорация в задненижнем отделе.

Данные рентгенографии от 27.07.14:

- умеренное снижение пневматизации левой лобной и левой верхнечелюстной пазухи, искривление носовой перегородки (в этот же день произведена диагностическая пункция левой верхнечелюстной пазухи, получена чистая промывная жидкость, идет свободно);
- справа отмечается снижение пневматизации сосцевидных ячеек.

Проводимое лечение:

- системная антибактериальная терапия:
цефтриаксон 3 г/сутки

- по назначению лор-врача:

транстимпанальное нагнетание 1%-ного раствора диоксидина;

транстимпанальное нагнетание цефтриаксона.

- профилактика острого повреждения ЖКТ:

омепразол 40 мг/сут.

- антипсихотическая поддерживающая терапия:

азалептин 25 мг 2 р/д;

галоперидол 1,5 мг 3 р/д;

циклодол 2 мг 2 р/д.

— На фоне проводимого лечения к 31 июля воспалительный процесс в правом ухе значительно уменьшился, количество гнойного отделяемого снизилось, нормализовалась температура тела. При диагностической пункции левой верхнечелюстной пазухи получено геморрагическое отделяемое, гноя нет, соустья хорошо проходимы, — уточнил Владимир Гридякин.

8 августа состояние пациента лор-врачом расценено как обострение хронического гнойного среднего отита в стадии разрешения. Его состояние оставалось стабильным, вследствие чего даны рекомендации к выписке пациента.

В последующие дни, по словам заведующего отделением, продолжалась активная антибактериальная, противовоспалительная, поддерживающая и антипсихотическая терапия. В анализах крови отмечалась незначительная положительная динамика, температура оставалась субфебрильной.

Однако 19 августа температура (рис. 1) у пациента поднялась до 37,6°C. Для исключения рецидива воспалительного процесса в среднем ухе была проведена повторная консультация лор-врачом.

Данные осмотра лор-врачом от 20.08.14 г.:

- AD: заушная область не изменена, безболезненна, наружный слуховой проход широкий, свободен, Mt незначительно гиперемирована, перфорация в задненижнем квадранте прикрыта гнойной коркой, последняя удалена;
- область проекции околоносовых пазух не изменена, безболезненна; при осмотре полости носа слизистая розовая, не отечная, отделяемого в носовых ходах нет, перегородка носа искривлена влево; носовое дыхание свободное;
- произведена диагностическая пункция левой внутричелюстной пазухи, получено гнойно-геморрагическое отделяемое.

Рекомендации лор-врача:



То, что мы до сих пор не понимаем разницу между внебольничной и внутрибольничной пневмонией, – стыд наш и позор!

Леонид ПЕЧАТНИКОВ

- для исключения повторного обострения отита и воспаления околоносовых пазух, а также возможного развития вторичного менингита показано проведение КТ головы;
 - повторная консультация лор;
 - консультация невролога;
 - смена режима антибактериальной терапии;
- метронидазол 1500 мг/сут в/в;
амикацин 1500 мг/сут в/в;
ципрофлоксацин 1200 мг/сут в/в;
- 1%-ный раствор диоксидина транстимпанально в правое ухо.

Данные МСКТ головы от 21.08.14 г.:

- левая в/ч пазуха заполнена неоднородным содержимым плотностью от 7 ЕН до 32 ЕН; утолщение слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта и лобной пазухи слева до 4–7 мм с аналогичным содержимым в небольшом количестве;
- правая барабанная полость без патологического содержимого; в некоторых сосцевидных ячейках и сосцевидной пещере правой височной кости определялось патологическое содержимое жидкостной плотности; костные перегородки ячеек без признаков костной деструкции.

По результатам томографии состояние было расценено как левосторонний гемосинусит. После проведения пункции левой верхнечелюстной пазухи, трепанопункции левой лобной пазухи и парацентеза барабанной перепонки пациенту рекомендовано продолжить антибактериальную терапию и транстимпанальное нагнетание 1%-ного раствора диоксидина, а также пройти консультацию инфекциониста.

Таблица 1. Динамика показателей клинических анализов крови

| | 28.07.14 | 01.08.14 | 06.08.14 | 15.08.14 | 20.08.14 | Норма |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| Лейкоциты, $10^9/л$ | 11,0 | 12,2 | 11,8 | 10,5 | 41,2 | 4–9 |
| Эритроциты, $10^{12}/л$ | 4,77 | 4,49 | 4,5 | 4,4 | 5,22 | 3,9–4,7 |
| Гемоглобин, г/л | 137 | 143 | 145 | 144 | 143 | 120–140 |
| Гематокрит, % | 39,8 | 43 | 45 | 44 | 44,7 | 36–42 |
| Тромбоциты, $10^9/л$ | 168 | 258 | 249 | 260 | 277 | 180–320 |
| Палочкоядерные, % | 11 | 4 | 5 | 5 | 7 | 2–5,5 |
| Сегментоядерные, % | 69 | 46 | 51 | 46 | 80 | 47–72 |
| Лимфоциты, % | 9 | 41 | 39 | 43 | 4 | 19–37 |
| Моноциты, % | 8 | 8 | 5 | 6 | 9 | 3–11 |
| Эозинофилы, % | 3 | 1 | – | – | – | 0–5 |
| СОЭ, мм/час | 30 | 32 | 27 | 22 | 3 | 2–12 |

На вопрос ведущего клинико-анатомической конференции Леонида Печатникова о данных анализа крови (табл. 1) от 20.08.14 г. Владимир Гридякин ответил: — Уровень лейкоцитов — 41,2, палочкоядерные — 7, сегментно-ядерные — 80, лимфоциты — 4, моноциты — 9, СОЭ — 3.

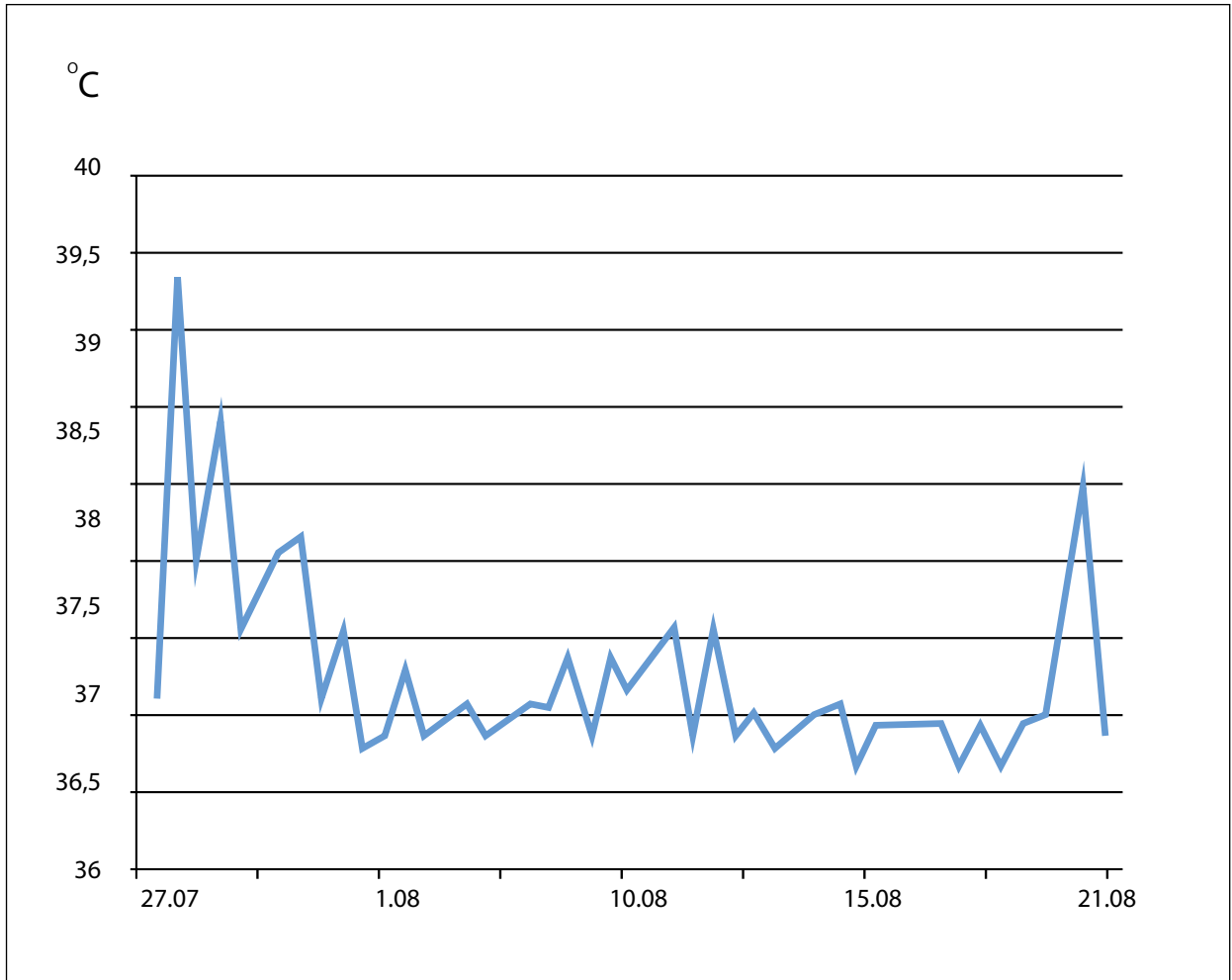


Рисунок 1. Температурная кривая

— Температура поднялась до фебрильных цифр, а в анализах крови запредельный лейкоцитоз, и как вы расценили это состояние? — уточнил Леонид Печатников.

— Пациент для дальнейшего лечения переведен в ОРИТ в связи с подозрением на развитие менингита, — подчеркнул Владимир Гридякин, подтвердив предположение председательствующего о том, что состояние пациента было расценено как возможность развития вторичного гнойного менингита и осложнение среднего отита.

Ход лечения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с сочетанной соматической и психиатрической патологией ГKB № 1 изложил его заведующий Дмитрий Линеv:

— 21.08.14 в 11:45 при поступлении в отделение состояние пациента оценено как тяжелое. Оглушение по шкале Глазго 11 баллов. Положение в кровати вынужденное, лежит на левом боку. Движения во всех конечностях, очаговой неврологической симптоматики нет. Дыхание самостоятельное, ЧД 21 в мин., проводится во все отделы, жесткое, единичные сухие хрипы в н/отделах. АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 112 в мин. Температура — 36,7°C.

Данные общего анализа крови от 21.08.14г.:

- лейкоциты 40,54 ($10^9/L$);
- эритроциты 4,70 ($10^{12}/L$);
- гемоглобин 131 (г/л);
- Ht 38,7 (%);
- тромбоциты 234 ($10^9 /L$);
- нейтрофилы: миелоциты — 2 (%); палочкоядерные— 45 (%); сегментоядерные — 48 (%);
- лимфоциты — 1 (%);
- моноциты— 4 (%);

Данные биохимического анализа крови от 21.08.14 г.:

- общий белок 45,0 г/л;
- мочевины 29,8 ммоль/л;
- креатинин 124 ммоль/л;
- билирубин общий 12,6 мкмоль/л;
- холестерин 2,42 ммоль/л;
- глюкоза 5,33 ммоль/л;
- Na 136,7 ммоль/л;
- K 2,29 ммоль/л.

Данные анализа спинномозговой жидкости:

- ликвор прозрачный, вытекает редкими каплями;
- данных за воспаление не получено.

Данные рентгенографии грудной клетки от 22.08.14 г.:

- правое легкое коллабировано на $\frac{1}{2}$ своего первоначального объема
- корень правого легкого не виден;
- видимые плевральные синусы справа свободные;
- слева в легких без особенностей;
- заключение: пневмоторакс справа.

После рентгенографии больной был осмотрен хирургом, который рекомендовал отложить какие-либо манипуляции и наблюдать больного в динамике с рентгеноконтролем.

22 августа пациент был осмотрен лор-врачом, диагноз остался прежним: «обострение хронического отита».

— В ходе осмотра неврологом-инфекционистом данных за инфекционные и менингеальные заболевания не получено, — подчеркнул Дмитрий Линева.

— Правильно ли я понимаю, что трактовка пневмоторакса осталась за рамками вашего диагностического поиска? — заострил внимание коллег Леонид Печатников.

— Да, на момент осмотра у нас не было данных никаких, — подтвердил заведующий ОРИТ.

Вечером 22 августа пациенту были выполнены еще два рентгенологических снимка. Правда, по словам Дмитрия Линева, они были недостаточного качества, чтобы судить о состоянии легочной ткани.

— 23 августа был выполнен очередной рентгеноконтроль легких, на которых было выявлено коллабирование на $\frac{1}{3}$ первоначального объема. В основном

такая же картина, как и 22-го числа, — добавил он.

По словам Дмитрия Линева, 24 августа состояние пациента было тяжелым, с отрицательной динамикой.

— Нарастают явления острой дыхательной недостаточности, температура 36,2°C. Оглушение, в контакт не вступает, — уточняет специалист.

А уже 25 августа по результатам рентгенографии грудной клетки было сделано заключение о наличии у пациента двусторонней пневмонии. При этом, по словам Дмитрия Линева, это заключение не повлияло на выбранную лечебную тактику, пациенту продолжили давать аминогликозиды, фторхинолоны и метронидазол.

— По динамике состояние осталось крайне тяжелым. Несмотря на проводимую терапию: коррекция водно-электролитного баланса, введение кристаллоидов, профилактика тромботических осложнений, нутритивная поддержка, искусственная вентиляция легких, состояние пациента с отрицательной динамикой, — подчеркивает Дмитрий Линева.

На фоне нарастания нестабильной гемодинамики 27.08.14 г. в 7:20 у пациента произошла остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия не дали эффекта, и в 7:50 была констатирована биологическая смерть.

Заключительный диагноз

«Основное заболевание: пансинусит, острый правосторонний гнойный средний отит, гемисинусит слева, острый гнойный фронтит.

Фоновое заболевание: шизофрения параноидная с дефектом личности.

Осложнения: двусторонняя деструктивная полисегментарная пневмония; дыхательная недостаточность III степени; отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца; атеросклеротический кардиосклероз; ХОБЛ».

Данные патологоанатомического обследования умершего представил заведующий патологоанатомическим отделением ГКБ № 1 Александр Ракша:

— С учетом особенностей формулировки посмертного клинического диагноза вскрытие мы начали с исследования воздухоносных полостей черепа. И в первую очередь мы изучили клиновидную кость: экссудата в ней обнаружено не было. В среднем ухе также не было обнаружено грубых патологических изменений. В последующем через решетчатую кость мы получили доступ к верхним челюстным пазухам, слизистая оболочка которых была неравномерно полнокровная. При микроскопическом исследовании в слизистых оболочках мы нашли признаки хронического воспаления, которые характеризуются умеренно выраженной очаговой лимфо-макрофагальной инфильтрацией. Это позволило констатировать наличие хронического полисинусита. С учетом того, что в воздухоносных полостях не было обнаружено экссудата и доступ к ним осуществлялся достаточно грубым инструментом, бактериологическое исследование из них не производилось. Изучение легких обнаружило, что в нижних долях имеются множественные участки серо-красного цвета, небольших размеров, но сливающиеся в очаги размерами до сегмента, что расценивалось нами как двусторонняя полисегментарная пневмония. При гистологическом исследовании обнаруживались множественные мелкие полости, заполненные гнойным экссудатом. При дальнейшем исследовании легочной ткани были обнаружены признаки хронического бронхита: умеренно выраженная лимфо-макрофагальная инфильтрация. При тщательном исследовании легочной ткани обнаружены так называемые амилоидные тельца. Микроскопическое исследование других органов, в частности миокарда, выявило мелкоочаговый

кардиосклероз и контрактурные повреждения кардиомиоцитов. В селезенке, которая имела массу 100 граммов, то есть не была значительно увеличена, имело место выраженное полнокровие. А увеличение количества клеток миелоидного ряда, нейтрофилов и макрофагов, что было бы характерно для септической селезенки, здесь не было обнаружено. В печени определялись умеренно выраженные дегенеративные изменения в перивентрикулярных зонах, и в почках также определялись дегенеративные изменения нефроцита. На основании анализа клинических данных и результатов морфологического исследования следует считать, что у больного 55 лет, страдавшего параноидной шизофренией с дефектом личности, имел место полисинусит, по поводу которого проводились эффективные лечебные мероприятия. Однако по результатам рентгенологического исследования на 27 сутки пребывания в стационаре, то есть за трое суток до смерти у больного развилась двусторонняя субтотальная абсцедирующая пневмония, которая с учетом выявленных возбудителей, скорости развития и степени распространенности могла носить характер микроаспирационной. При бактериологическом исследовании легких нами выявлено наличие там клебсиеллы и стафилококка, так же как и при бактериологическом исследовании крови. Предрасполагающим фактором для развития пневмонии явилась определенная история легочных заболеваний, как мы считаем, и на что указывало наличие хронического бронхита и амилоидных телец в просветах бронхов. Имевший место полисинусит, по поводу которого больной изначально поступил в ГКБ № 1, на 30-е сутки пребывания носил характер хронического и, наряду с другой сопутствующей патологией, безусловно, сыграл определенную роль в течении болезни, но при этом не является основным заболеванием, приведшим к смерти. Статус основного заболевания приобрела абсцедирующая пневмония.

В протоколе вскрытия значится следующий патологоанатомический диагноз. «Основное заболевание: двусторонняя субтотальная абсцедирующая пневмония (IV–X сегменты), (возбудители: *Klebsiella pneumoniae/pneumoniae*, *Staphylococcus aureus ssp.*, по данным бактериологического исследования № 4407, от 02.09.2014 года).

Фоновое заболевание: шизофрения параноидная, непрерывно текущая с апато-абулическим дефектом личности (по данным истории болезни)».

Осложнения основного заболевания:

- дистрофические изменения и полнокровие внутренних органов;
- лимфаденит бифуркационных и трахеобронхиальных лимфатических узлов;
- бактериемия (возбудители: *Klebsiella pneumoniae/pneumoniae*, *Staphylococcus aureus ssp.aureus*);
- дисэлектrolитный синдром, гиперосмолярная дегидратация (Na 158 ммоль/л, К 5,9 ммоль/л);
- коагулопатия (АЧТВ 41,8 с, МНО — 1,44, от 26.08.2014 г.);
- наличие жидкой крови в полостях сердца и крупных сосудах;
- гипопропротеинемия (40,1 г/л);
- азотемия (мочевина 20,6 ммоль/л, креатинин 128 мкмоль/л, от 27.08.2014 г., по данным истории болезни);
- острые эрозии слизистой оболочки желудка;
- отек легких;
- отек вещества головного мозга.

Сопутствующие заболевания:

- атеросклероз аорты, брыжеечных, почечных и коронарных артерий, артерий нижних конечностей (2 стадия, II степень);

- гипертоническая болезнь: гипертрофия миокарда (масса сердца 370 г, толщина стенки левого желудочка — 1,7 см), артериолонефросклероз;
- диффузный мелкоочаговый кардиосклероз стенок левого желудочка;
- хронический бронхит;
- хронический полисинусит;
- хронический правосторонний средний отит.

После выступления патологоанатома Первой Градской больницы Леонид Печатников обратил внимание коллег на два существенных момента: невыраженность стенок абсцесса в легких и золотистый цвет выделяемой мокроты, а также на то обстоятельство, что выявленной пневмонии, скорее всего, никак не три дня, как свидетельствуют результаты патологоанатомического осмотра: уже 20.08.14 г. у пациента были отмечены и повышенный уровень лейкоцитов, и гектическая лихорадка.

Выступление заместителя главного врача по терапевтической помощи ГКБ № 1 Михаила Гилярова было посвящено обсуждению представленного случая на врачебной конференции:

— На обсуждении были поставлены два вопроса: адекватен ли первоначальный выбор антибиотикотерапии при лечении пациента и было ли возможно своевременно диагностировать и лечить нозокомиальную пневмонию данного пациента?

По мнению докладчика, выбор первоначальной антибиотикотерапии был вполне адекватен, так как этиология обострения хронического правостороннего гнойного отита такова, что в качестве первого выбора можно было применять именно цефалоспорины 3-го поколения и цефтриаксон, что и было сделано.

— Характер температурной кривой и клиническое улучшение говорили о том, что первоначальный выбор антибиотиков был верным, — подчеркнул Михаил Гиляров.

На второй вопрос эксперт также дал положительный ответ.

— Появление лейкоцитоза, повышение температуры, нарастание признаков интоксикации у ослабленного больного, исходно склонного к внутрибольничным инфекциям, требует исключения сепсиса, инфекционного эндокардита, пневмонии и других септических осложнений, — уточнил выступавший. — Я не могу сказать, что весь этот поиск был выполнен от начала и до конца. И признаки пневмонии следовало бы искать тщательнее, несмотря на то, что рентгенологически мы их четко не видели.

Михаил Гиляров, в свою очередь, обратил внимание на то, что не была вовремя сменена антибактериальная терапия.

— Наверное, для патологии лор-органов она была правильной, но не для лечения нозокомиальной пневмонии, — уточнил он.

При этом он отметил ряд факторов, которые объективно затрудняли правильный выбор терапии и борьбу с пневмонией.

— Следует обратить внимание на fulminantное течение пневмонии, достаточно быстрое прогрессирование, развитие дыхательной недостаточности. Кроме того, пневмония была вызвана микробной ассоциацией, полирезистентной внутрибольничной флорой. Все это делало прогноз у этого больного плохим изначально, — подчеркнул Михаил Гиляров.

Одним из рецензентов по данному случаю выступил главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения Москвы Андрей Крюков:

— Диагноз: «обострение левостороннего гемисинусита» вызывает вопрос.

Собственно, морфологические исследования, которые показали отсутствие какой-то нейтрофильной агрессии, убедительно свидетельствуют о том, что у пациента, может быть, имелся какой-то фоновый синусит или предшествующий, но в момент поступления гнойно-экссудативного процесса в околоносовых пазухах у этого пациента не было.

Если говорить о состоянии среднего уха, то, конечно же, у пациента имелся хронический гнойный перфоративный средний отит, мезотимпанит. Однако у пациента отсутствовали какие-либо костно-деструктивные изменения в височной кости и экссудативные изменения в барабанной полости. И очевидно, что обострение хронического воспаления в среднем ухе на фоне рациональной антибиотикотерапии было достаточно быстро купировано. Учитывая все обстоятельства, мне не представляется возможным связать осложнения, возникшие в стационаре, с первоначальным диагнозом, с которым пациент был доставлен в Первую Градскую больницу. Из недостатков же работы лор-врача хочется отметить то, что не было выполнено бактериологическое исследование содержимого из уха, на сегодняшний день это недопустимо, и крайне лаконичное описание локального статуса в истории болезни.

С оценкой эффективности действия коллег в ходе лечения возникшей у пациента пневмонии выступил главный внештатный специалист пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы Андрей Белевский:

— Остановлюсь только на критических аспектах этого случая. Первое — пациент с шизофренией, дефектом личности, а это значит, что он не мог как следует выражать свои мысли, жалобы. Второе — пациент был в истощении и в постоянной гипопроотеинемии, у него количество белка иногда спускалось ниже 40 граммов на литр. И, к сожалению, восстановить ему баланс белкового обмена так и не удалось. Однако очевидны и явные просчеты в ведении пациента. Лихорадочный синдром не был своевременно распознан как следствие воспаления. Пациент ни разу не был осмотрен терапевтом. Не была вовремя произведена смена антибактериальной терапии. При диагностировании пневмонии не была предпринята попытка иммунозаместительной терапии, которая по правилам должна быть у пациентов со сниженным питательным статусом. Также мне непонятно, почему необоснованно на сутки отложено дренирование плевральной полости. Наконец, очевидно, что более внимательное изучение рентгенологических снимков и своевременная интерпретация изменений в легких повлекли бы за собой более активный поиск очага воспаления.

В заключение обсуждения интересным наблюдением поделилась главный внештатный специалист патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы Людмила Михалева:

— Я бы хотела обратить внимание на хронологию развития событий — анамнеза заболевания (рис. 2). В анамнезе есть этап, с которым всем вроде бы все понятно, — больной поступает с хроническим правосторонним отитом, лечится, готовится к выписке. Но из-за положений действующих медико-экономических стандартов он вынужден оставаться в стационаре еще неделю, и 19 августа у него повышается температура до 38 градусов и наблюдается лейкоцитоз. После чего возникает ряд тяжелых осложнений, приведших в конечном итоге к смерти. Что же касается заключительного диагноза, то для меня очевидно, что причиной смерти стала нозокомиальная внутрибольничная пневмония, которую целесообразно рассматривать как осложнение основного заболевания.

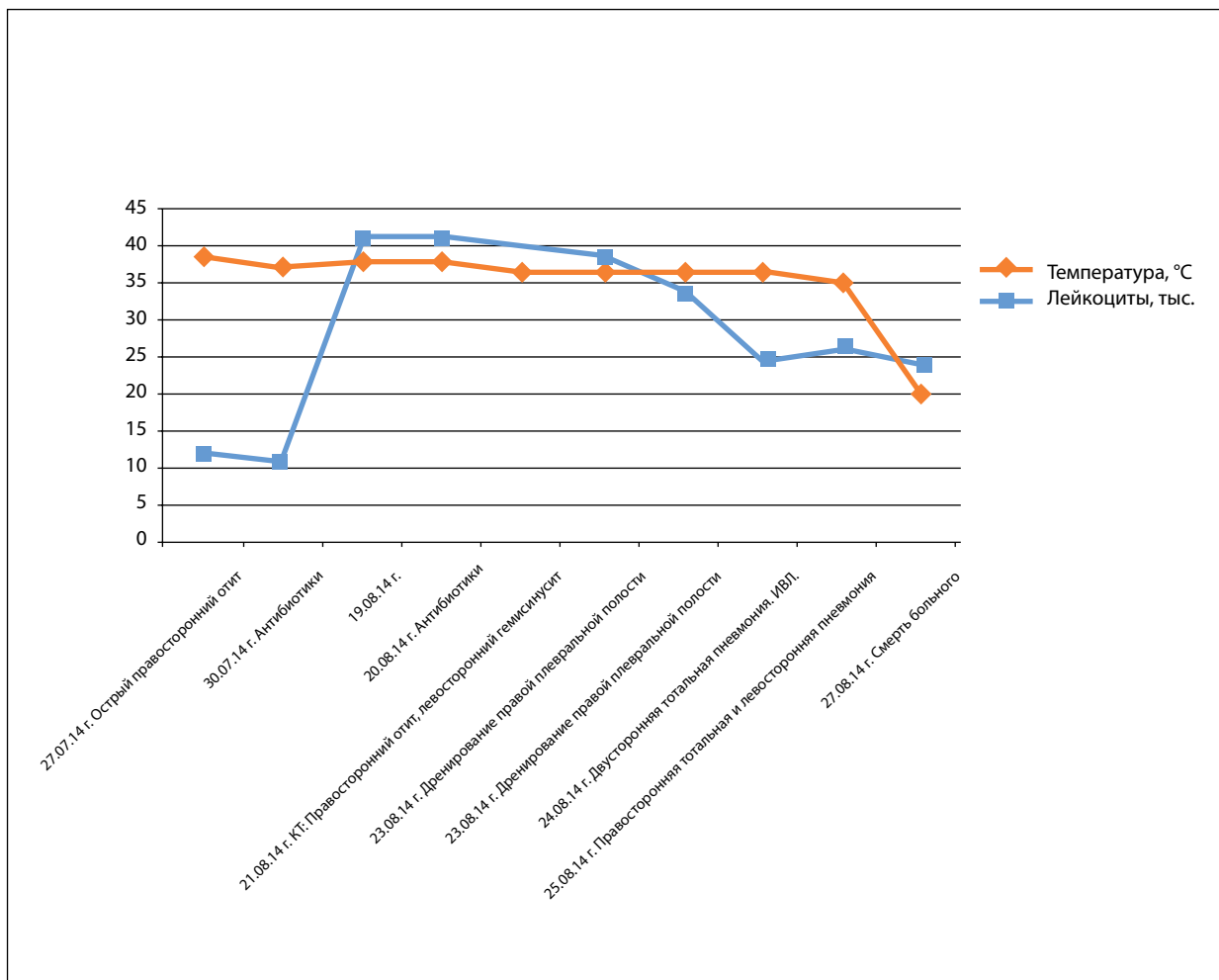


Рисунок 2. Анамнез заболевания

Итоги обсуждения по традиции подвел Леонид Печатников:

— Не хочу никого обидеть из выступавших, но ситуация на самом деле характеризует нашу с вами малограмотность в лечении, казалось бы, всем хорошо известной патологии в не раз случавшейся ситуации. Напомню, что пневмония бывает двух видов: внебольничная и внутрибольничная. Внебольничные пневмонии в большинстве своем вызываются пневмококком и лечатся соответствующими препаратами: фторхинолонами, макролидами, полусинтетическими пенициллинами. Как только пневмония становится внутрибольничной, совершенно очевидно, и всеми доказано многократно, пневмококк никакого влияния на развитие болезни не оказывает. Прежде всего возбудителями внутрибольничных пневмоний являются сапрофитные микробы. Это микроорганизмы, уже живущие в нашем организме, и, для того, чтобы заболеть внутрибольничной пневмонией, надо иметь предрасполагающий фактор. Не каждый человек, слава богу, может заболеть внутрибольничной пневмонией. И как раз наши психосоматические отделения

в больницах — известные очаги заражения внутрибольничной пневмонией. Повторю, для того, чтобы заболеть пневмонией Фридендера, которая вызывается клебсиеллой, надо очень постараться. Обычно такой пневмонией болеют алкоголики, больные туберкулезом, то есть пациенты с заведомо сниженным иммунным статусом. Я не знаю, есть ли работы, где исследуется снижение иммунного статуса при шизофрении, но в данном случае уже то, что больной был малоактивен, мало ел, судя по количеству белка, способствовало развитию инфекции. То же касается и золотистого стафилококка. Чтобы заболеть стафилококковой деструктивной пневмонией, надо тоже постараться, и болеют ею ослабленные люди. И то, что наши доктора не очень понимают разницу между внебольничной и внутрибольничной пневмонией, в рассматриваемом случае сыграло решающую роль.

Следующий момент. Пациент болел пневмонией никак не меньше недели, и то, что доктора не сопоставили пневмоторакс с высокой температурой, по сути дела, гектической, и с лейкоцитозом — врачебная ошибка. Замечу кстати, что при анализе состояния пациента надо помнить о том, что клиническая картина при пневмонии Фридендера отличается от таковой при стафилококковой пневмонии. В данном случае клебсиелла, если и была, то не сыграла никакой роли в танатогенезе. При пневмонии, вызванной палочкой Фридендера, деструктивный процесс развивается от центра к периферии. Первые признаки деструкции мы должны были бы увидеть в корнях легких. Для пневмонии Фридендера это очень характерно. Другой известный симптом при этом виде пневмонии — мокрота имеет вид малинового желе. Это описано во всех учебниках, начиная с учебников пропедевтики! Поэтому совершенно очевидно, что в данном случае главную роль в развитии заболевания играл стафилококк. И тот факт, что за неделю не было найдено стенок абсцесса, подтверждает это. При стафилококковой деструкции никаких стенок абсцессов нет. Поэтому пневмония и называется абсцедирующей, деструктивной. То, что мы видим, — типичная картина стафилококковой деструкции у ослабленного пациента при неадекватном лечении антибиотиками.

И, конечно, никаким осложнением синусита эта ситуация быть не могла. Поэтому хочу отметить явное расхождение клинического и патологоанатомического диагноза. У пациента была нозокомиальная, внутрибольничная пневмония. И не просто пневмония, а стафилококковая деструкция, не такая уж частая в Москве.

То, что мы до сих пор не понимаем разницу между внебольничной и внутрибольничной пневмонией, — стыд наш и позор! И пациенты, которые у нас умирают от внутрибольничных пневмоний, — это проблема. Нам необходимо что-то делать с психосоматическими отделениями вообще, потому что там сгруппировываются больные с различной патологией, и психиатры с разной степенью терапевтической подготовки вынуждены их лечить. Нужно проработать вопрос о том, чтобы в составе психиатрических клиник иметь соматические отделения, а психосоматическими отделениями в многопрофильных больницах надо закрывать. Это серьезная проблема, которую нам надо решить раз и навсегда, потому что мы не можем требовать от психиатров подготовки по всем дисциплинам, включая хирургические.

УЖЕ РЕАЛЬНОСТЬ

Модернизация столичного здравоохранения ощутимо отразилась на оснащении хирургических отделений городских стационаров, где наличие технологически сложного оборудования зачастую является определяющим условием для проведения хирургических вмешательств, отвечающих мировым стандартам. О том, как меняется современная хирургия и на кого нужно равняться московским специалистам, рассказывает директор Московского клинического научного центра **Игорь ХАТЬКОВ**.

— Игорь Евгеньевич, расскажите, пожалуйста, о том, что изменилось в работе столичных хирургов после проведения модернизации?

— Одной из главных целей реформы здравоохранения в целом и в частности в Москве была централизация материальных и интеллектуальных ресурсов — создание клиник с высоким уровнем компетенций, которые могли бы оказывать медицинскую помощь на самом высоком уровне большому количеству пациентов. Этот путь уже опробован в ряде стран, где он доказал свою эффективность. Отражением данного процесса является создание Московского клинического научного центра, который был основан в июле 2013 года на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии и ГКБ № 60. Сегодня в центре сконцентрировано как современное оборудование, позволяющее на самом современном уровне ставить диагнозы и проводить лечение, так и специалисты, обладающие высочайшим уровнем квалификации.

Основная цель — создание замкнутого цикла лечения для пациентов, при котором все этапы лечения, от диагностики до реабилитации, больной получал в пределах одного учреждения на самом высоком уровне. Для этого в центре были сформированы хирургические отделения по всем разделам гастроэнтерологии, а также отделения эндокринологии и метаболической хирургии, ортопедии и сложной травмы. Такой подход позволяет наиболее качественно выстроить процесс лечения пациента с любой гастроэнтерологической проблемой.

— Каков основной тренд в мировой хирургии сегодня?

— Общемировая тенденция — отказ от хирургии через большие разрезы в пользу малоинвазивных вмешательств, минимизация хирургической травмы везде, где это только возможно. Лавинообразное развитие эндоскопических методик началось в 80-х. Первоначально такие операции проводились по поводу грыж, на желчных путях, в гинекологии



Игорь ХАТЬКОВ,
директор Московского
клинического научного
центра

и брюшной полости, но постепенно захватывали все больше и больше областей и распространялись на операции, требующие больших объемов работы, на желудке, печени, толстой кишке. Последним оплотом долгое время оставалась и остается онкология. Достаточно много времени понадобилось, чтобы доказать, что такие малоинвазивные операции возможны в этой области и имеют какое-то преимущество по сравнению с традиционными подходами, но сейчас малоинвазивная хирургия в онкологии используется достаточно широко. В нашем центре до 70% онкологических операций сегодня выполняется лапароскопически, и это при том, что до 80% больных поступают с третьей-четвертой стадией заболевания.

— В чем вы видите потенциал развития системы оказания хирургической помощи в организационном плане?

— В общем случае перспектива в создании высокопрофессиональных коллективов, поддержке существующих и развитии новых хирургических школ. Основа развития — люди, профессионалы, которым интересно работать, которые способны внедрять новые методики, разрабатывать новые подходы к лечению. Если же говорить о перспективах в развитии методов лечения онкологических заболеваний, то, конечно же, в первую очередь они связаны с улучшением диагностики, с тем, чтобы начинать лечить, оперировать пациента на самых ранних стадиях заболевания. Сейчас, как мы уже говорили, процент таких операций в хирургических отделениях крайне мал — 8–10%, не более. С тем, чтобы изменить ситуацию, мы проводим в нашем институте так называемые чекапы (CHECK-UP) — тотальные обследования, нацеленные на прицельный поиск онкологической патологии по всем направлениям. Есть разные программы: для женщин, для мужчин, для молодых людей, для лиц пожилого возраста. Сама проверка, как правило, занимает полдня, и уже вечером пациент может заниматься привычной деятельностью, даже после проведенной одномоментно гастроскопии и колоноскопии под наркозом. На одном из последних конгрессов Европейского общества хирургов-онкологов президент общества обратил внимание аудитории на то, что последние достижения в виде увеличения продолжительности жизни больных с онкологическими заболеваниями связаны не столько с улучшением лечения, хотя и оно изменилось кардинальным образом, сколько с ранней диагностикой.

— Каково соотношение малоинвазивных и традиционных способов хирургического лечения в вашем центре?

— Это соотношение зависит от патологии. Если это доброкачественные патологии желчного пузыря, гинекологическая патология или вмешательство по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, то практически 100%. В колопроктологии процент лапароскопических вмешательств составляет около 80%. Если же это онкологическая патология, как я уже говорил, то это в среднем порядка 70%. Впрочем, по отдельным онкологическим направлениям он может быть и выше. К примеру, при операциях по поводу рака поджелудочной железы, а это одна из наиболее разрабатываемых нами тем, он достигает 90%. Поскольку после реструктуризации у нас сформировался хороший коллектив врачей-гепатологов, сейчас растет доля малоинвазивных операций на печени. Конечно, традиционные способы операции через большие разрезы тоже сохраняются, поскольку к любому случаю необходимо подходить индивидуально, и есть ситуации, когда операцию следует делать только открытым способом. Но если стоит вопрос, что выбирать, то мы выбираем лапароскопию.

— Применение малоинвазивных технологий тесно связано с наличием высокотехнологичного оборудования и соответствующих навыков работы с этим оборудованием у врача. Что должно лежать в основе подготовки современного хирурга?

— В основе подготовки абсолютно любого врача лежит качественное базовое образование плюс желание учиться дальше. В общем-то, давно известно, что даже давно состоявшийся врач должен продолжать учиться всегда. При этом важна внутренняя мотивация. На

32-33 ГОДА

**примерный
возраст, когда
хирург начинает
самостоятельно
практиковать**

сегодняшний день у нас достаточно много университетских кафедр и учебных центров по всей стране, которые занимаются подготовкой специалистов. В настоящее время система последипломного образования модернизируется, внедряется система кредитивных баллов, которая очень удобна для оценки компетенции врачей.

В нашем центре организованы месячные курсы на базе университетской кафедры по эндоскопической хирургии, есть трехдневные тематические курсы по хирургии поджелудочной железы, создан центр роботической хирургии. Кроме того, мы проводим онлайн-трансляции операций для хирургов, что позволяет им фактически удаленно присутствовать в операционной с возможностью задавать вопросы через интернет. Доступными стали и зарубежные стажировки. По крайней мере в нашем центре каждый, кто хотел, хотя бы раз побывал на специализации в зарубежной клинике, и таких врачей у нас много.

В целом подготовка квалифицированного хирурга у нас в стране занимает примерно столько же времени, сколько в любой другой стране мира. То есть самостоятельно практиковать хирург начинает в возрасте примерно 32–33 лет. Что касается овладения новыми методами, в частности лапароскопическими, то исследования показывают, что хирург начинает безопасно выполнять операции после проведения в среднем 100–120 вмешательств. До этого он должен находиться под контролем высококвалифицированного специалиста. Кроме того, очень важно понимать, что при некоторых операциях, таких как операции на поджелудочной железе, на печени, желудке, толстой кишке, должного уровня мастерства можно достигнуть только в клиниках, где в течение года их выполняется не менее 40–60. Это является еще одним обоснованием для создания специализированных центров, которые организуются в данный момент в рамках реформы здравоохранения.

— Как бы вы оценили уровень подготовки московских врачей-хирургов?

— Несмотря на все проблемы, которые у нас были в последние годы с подготовкой врачей, в целом уровень хирургов в Москве достаточно высокий. Во многих стационарах есть специалисты высокого класса, обеспечивающие медицинскую помощь на самом современном уровне. Мы видим, что многие из них стремятся развиваться: посещать научные конференции, тематические мастер-классы, стажироваться за границей, самообразовываться. Тем не менее как руководитель хотел бы отметить, что и при таких условиях подобрать сбалансированно системно работающую бригаду специалистов для стационара — непростая задача. Мне приятно отметить, что в нашем центре она решается успешно. У нас есть много талантливых людей как среди опытных хирургов, так и среди молодых, и, надеюсь, эта тенденция будет сохраняться.

— Заметна ли разница в уровне хирургической помощи между столичными и региональными ЛПУ?

— Региональные клиники оснащены достаточно неплохо как диагностическим оборудованием, так и оборудованием для выполнения малоинвазивных операций. По крайней мере в сравнении с той техникой, которая была в клиниках до модернизации, эта разница огромна. Другое дело, что зачастую имеющееся оборудование перекрывает возможности и желания хирургов. Разница между регионами и клиниками в значительной степени заключается в том, есть или нет в них инициативные люди, которым интересно развивать что-то новое, применять новые методики и технологии. Если такие люди в клинике имеются, то уже неважно, где именно она находится. Конечно, в столице таких людей больше в силу объективных причин, но тут мы снова возвращаемся к теме тиражирования методик и вопросам организации обучения.



В ЯПОНИИ И ЮЖНОЙ КОРЕЕ НЕ МЕНЕЕ 70% ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ИМЕННО В ЭТИХ СТРАНАХ ПРОЦЕНТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНЫЙ.

Подготовила
Татьяна КОЛБАСОВА

В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Ежегодно отмечается рост пациентов с челюстной лицевой патологией, и нередко специалистам приходится сталкиваться с действительно сложными случаями. По мнению главного врача Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн, главного внештатного специалиста по челюстно-лицевой хирургии Департамента здравоохранения Москвы Виктора БЕЛЬЧЕНКО, одной из проблем этой отрасли медицины является нехватка высокопрофессиональных кадров.



Виктор БЕЛЬЧЕНКО,
главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии Департамента здравоохранения Москвы

— Виктор Алексеевич, что нового появилось в последнее время в арсенале челюстно-лицевых хирургов?

— Корни челюстно-лицевой хирургии, как медицинской науки, уходят в начало прошлого столетия. Она вобрала в себя знания и опыт пластической и реконструктивной хирургии, хирургической стоматологии, офтальмологии, оториноларингологии и нейрохирургии. Сегодня в ряду проблем, затрагивающих интересы черепно-лицевых хирургов, одно из первых мест занимают проблемы реконструкции костей и мягких тканей лица. Технические аспекты реконструктивных операций на лице и челюстях сложны и для многих еще остаются новыми. За последние 30–40 лет челюстно-лицевые хирурги столкнулись с очень тяжелой проблемой — с посттравматическими деформациями черепно-лицевой области. Связано это в первую очередь с возросшей частотой автомобильных аварий и техногенных катастроф, во вторую — с недостаточно квалифицированной помощью больным на первых этапах ее оказания. Конечно, прежде всего нужно спасти жизнь больного, но в ходе первичной хирургической обработки раны можно и нужно думать и о его будущем.

— В Москве достаточно специалистов в этой области?

— Сегодня у нас есть 70 коек в ГКБ № 36, где оказывается urgentная помощь пациентам с воспалительными заболеваниями и травмой челюстно-лицевой области, и отделение челюстно-лицевой хирургии на 60 коек в ГКБ № 1. В этих двух стационарах жителям Москвы и всем гражданам, обратившимся по полису ОМС, оказывается экстренная помощь по профилю челюстно-лицевой хирургии.

Что касается плановой помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией, то планируется, что она будет оказываться в нашем учреждении. Мы располагаем 117 койками, хорошей поликлиникой на 63 стоматологических кресла. Клиника оснащена современным диагностическим оборудованием. До 2016 года мы, как бюджетная организация, будем обслуживать ветеранов и участников войн, но уже сегодня работаем над тем, чтобы перейти на ОМС.

— Как бы вы оценили уровень работающих в этой области хирургов?

— Он разный. Поскольку челюстно-лицевая хирургия тесно соприкасается с другими специальностями, то врач должен очень хорошо знать смежные специальности. Когда мы набирали штат сотрудников в наш госпиталь, конкурс составлял примерно 1 к 15 на место. Мы проводили очень тщательный отбор при приеме специалистов на работу. Для того чтобы готовить

высококласных хирургов, нужно консолидировать учебные центры и клинические базы, на которых они базируются. Например, на базе нашего госпиталя будут работать две кафедры: кафедра травматологии челюстно-лицевой области профессора Василия Владимировича Афанасьева от Московского государственного медико-стоматологического университета и моя кафедра — кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, где мы планируем обучать студентов 3–5 курсов стоматологического и лечебного факультетов нашей специальности.

— Сколько специалистов сегодня трудятся в вашем учреждении?

— У нас в штате 443 специалиста, в том числе челюстно-лицевые хирурги, стоматологи и анестезиологи, врачи других специальностей. Причем подавляющее большинство — молодежь. Мы отдаем предпочтение молодым, потому что это люди с амбициями, они готовы учиться, хотят многого достичь, стремятся в эту профессию. Тем более что у нас есть возможность их обучать, готовить высокопрофессиональные кадры для себя и для других клиник Москвы.

— Как бы вы охарактеризовали пациента, который сегодня обращается к челюстно-лицевому хирургу?

— Если говорить о нашем госпитале, то это взрослый пациент практически с любой патологией челюстно-лицевой области. Спектр проблем, которыми мы планируем заниматься, самый разнообразный. Еще раз хочу напомнить, что челюстно-лицевая хирургия находится на стыке нескольких специальностей: это оториноларингология, офтальмология и хирургическая стоматология. К слову, раньше помощь этим пациентам оказывали не челюстно-лицевые хирурги, а хирурги-стоматологи, и наш госпиталь открыт в самом начале Великой Отечественной войны, в 1941 году, именно как челюстно-лицевой. На его базе было организовано несколько отделений, в том числе офтальмологическое, лор и челюстно-лицевое. Уже в те непростые годы здесь удалось реализовать мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с ранениями в лицо.

— Увеличилось ли в последние годы количество обращений людей к челюстно-лицевым хирургам?

— Ежегодно отмечается рост пациентов с челюстно-лицевой патологией. С увеличением автомобильного парка в стране растет и количество пациентов, пострадавших в автокатастрофах, также много обращений с бытовыми травмами. Но ключевая проблема этого направления — кадры. Руководство города, Департамент здравоохранения оснастили практически все учреждения современным оборудованием, и сейчас акцент должен перемещаться на качество оказания медицинской помощи. А это неразрывно связано с подготовкой специалистов.

— В каком направлении будет развиваться это направление хирургии в ближайшее время?

— Среди специалистов уже давно обсуждаются вопросы внедрения в челюстно-лицевую хирургию высоких технологий. Речь идет об эндоскопических операциях, об экзопротезировании, о большем использовании микрососудистой техники. Следует продолжать развивать методы экзопротезирования — внедрение имплантатов, на которые фиксируются протезы, восстанавливающие утраченные сложные части лица: нос и ткани глазничной области. Нужно сказать, что сегодня эти методики незаслуженно забыты, хотя с их помощью можно решить многие проблемы пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. Кстати, в нашем госпитале имеется хорошо оснащенная лаборатория, где мы планируем этим заниматься. Конечно, нам есть, что позаимствовать из зарубежного опыта, но все же не стоит забывать, что основные ведущие клиники нашей страны, работающие в области челюстно-лицевой хирургии, идут в ногу со временем, отслеживая все мировые достижения в этой области.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

УЧИТЬСЯ ВСЮ ЖИЗНЬ

Нейрохирургия развивается очень динамично, и чтобы эффективно использовать новые технологии и сложное современное оборудование, врач-нейрохирург должен постоянно повышать квалификацию. Об основных направлениях развития этого направления медицины в московских клиниках рассказывает главный внештатный специалист нейрохирург Департамента здравоохранения Москвы Андрей ГРИНЬ.



Андрей ГРИНЬ,
главный внештатный
специалист нейрохи-
рург Департамента
здравоохранения
Москвы

— Андрей Анатольевич, что значит сегодня быть нейрохирургом?

— Нейрохирургия — очень высокотехнологичная специальность и требует высокого уровня специальных знаний. Проводя операцию на мозге, стоит уйти на миллиметр влево — и пациент останется калекой, на миллиметр вправо — человек всю жизнь будет улыбаться, на миллиметр вверх — может умереть, а миллиметр вниз — к счастью, ни на что не повлияет. Нейрохирург обязан знать все достижения современной нейрохирургии. Однако не стоит забывать, что эта область медицины обширна, и существует специализация внутри специальности. Например, наш руководитель, академик Владимир Крылов, занимается хирургией головного мозга, аневризмами, опухолями. Проведение таких операций можно назвать высшим пилотажем нейрохирургии, сложнее фактически ничего нет.

— А каковы требования к оборудованию для проведения нейрохирургических операций?

— Главная задача — обеспечение безопасности пациента и удобства работы нейрохирурга. Даже укладка больного на операционный стол требует дорогостоящей техники, ведь нужен специальный операционный стол. Он должен быть полностью рентгенопрозрачным, изгибаться в разных плоскостях, к нему должно быть много разных приставок, которые будут поддерживать больного во избежание пролежней, ведь операции бывают длительные. Соответствующим должно быть и освещение. Удивительно, но сейчас даже операционный микроскоп — не просто прибор, позволяющий выполнять операцию под увеличительным стеклом. Современный микроскоп позволяет видеть сосуды, работая в ангиографическом режиме. Кроме того, мы можем совместить его с навигационной системой и, не отрываясь от окуляра микроскопа, видеть операционное поле с отображением инструмента на трехмерной реконструкции головного мозга, сделанной до операции на высокопольном МРТ или КТ и совмещенной в реальном времени с мозгом пациента.

Работают в операционной и современные навигационные системы, позволяющие, к примеру, оперировать небольшую каверному в глубине головного мозга, не повреждая прилегающих тканей. Система позволяет точно попасть в заданное положение через сантиметровый доступ, попасть в заданную глубину и просчитать безопасные зоны доступа.

Есть теперь в наших специализированных клиниках и такие важные инструменты, как интраоперационный флоуметр и ультразвуковой аппарат для прямой доплерографии. Во время операций на сосудах мозга, например, после клипирования (выключения из кровотока) разорвавшейся аневризмы хирург сразу же проверяет наличие кровотока в сосуде. Эти измерения важны и при реваскуляризации мозга через внечерепные сосуды, которые вшивают в сосуды мозга для улучшения его кровообращения после инсультов, или при отсутствии кровотока по внутренней сонной артерии.

Активно применяются в нейрохирургии эндоскопические технологии. Они позволяют производить операции при труднодоступной локализации аневризм мозга, удалять некоторые опухоли основания черепа через нос или рот. С применением эндоскопии производят удаление внутримозговых гематом при геморрагических инсультах, удаляют хронические внутричерепные гематомы. Большой сегмент операций с применением эндоскопической техники выполняют при травмах и заболеваниях позвоночника, что сокращает время операции, уменьшает ее травматичность, снижает кровопотерю, сокращает сроки лечения.

Когда мы оперируем больного хоть на головном, хоть на спинном мозге, нам нужно понимать: не заденем ли мы функционально значимую зону. Представьте: больной спит, врач удаляет большую опухоль, мозг смещается, анатомия меняется. Спинной мозг толщиной с мизинчик, там проходят миллионы волокон и находятся десятки тысяч нейронов, и когда удаляешь опухоль спинного мозга, важно знать, что уже дошел до границы здоровой ткани. Благодаря нейрофизиологическому оборудованию, мы можем это увидеть. На больного надеваются датчики, и во время операции врач интраоперационно контролирует, проходят ли импульсы по спинному мозгу. Как только импульс не проходит, значит, он дошел до зоны, которую нельзя трогать, и нужно остановиться.

И это далеко не полный перечень приемов и оборудования, которыми должен в совершенстве владеть нейрохирург. Необходимо знать все особенности используемой техники, как ее применять, фиксировать, интерпретировать выдаваемые ей данные, как соединить между собой микроскоп, эндоскоп и навигационную технику, чтобы увидеть полную картинку происходящего с больным. Наши врачи постоянно учатся, ездят на стажировки в ведущие европейские клиники, на конференции. Кроме того, обучающие семинары проводятся и в России, на базе Тюменского и Новосибирского федеральных нейрохирургических центров. Нейрохирург обязан постоянно повышать свою специализацию. Знаю это на личном опыте. Имея немалый багаж знаний по своей специальности, я постоянно получаю новую информацию на различного рода симпозиумах и семинарах. Стоит не поездить пару лет, и безнадежно отстанешь. Нейрохирургия — динамично развивающаяся специальность, и чтобы в ней работать, необходимо постоянно совершенствоваться.



**ХОРОШАЯ ОСНАЩЕННОСТЬ КЛИНИКИ
ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ ОЧЕНЬ
ПОМОГАЕТ ОПТИМИЗИРОВАТЬ ПРОЦЕСС
ЛЕЧЕНИЯ.**

230

**нейрохирургов
работали в системе
здравоохранения
Москвы в 2013 году.
С учетом научных
сотрудников и нейро-
хирургов на кафедрах
медуниверситетов —
порядка 270 человек.**

— А изменились ли каким-то образом подходы к организации лечения пациентов?

— Сейчас в Москве происходит оптимизация коечного фонда и персонала. Дело в том, что в 2013 году в городских клиниках работало 1000 нейрохирургических коек. За год на них лечились порядка 26 тысяч пациентов. 260 из них предназначались для больных с патологией позвоночника и спинного мозга, но примерно 15–16 тысяч пациентов в год — это больные с черепно-мозговой травмой. И около 8–9 тысяч из этих — больные с сотрясением головного мозга. Сотрясение — это функциональное расстройство, которое не требует нейрохирургического лечения. По сути, таких пациентов не нужно госпитализировать. Но до оснащения стационаров компьютерными томографами часто невозможно было точно диагностировать состояние больного. Поэтому раньше всех госпитализировали для лечения и динамического наблюдения, и эта тактика была обоснованной. Теперь же после выполнения диагностических исследований некоторых из больных можно отправлять на лечение в поликлинику по месту жительства. Пациентов же с сотрясением мозга, у которых большая рана, кровопотери, мы можем госпитализировать на несколько дней до полной стабилизации состояния.

Хорошая оснащенность клиники диагностическим оборудованием очень помогает оптимизировать процесс лечения. Раньше МРТ или КТ больные могли ждать несколько суток, в ГКБ № 20 в свое время норма на нейрохирургов составляла всего два КТ в день, а в некоторых больницах совсем не было компьютерного томографа. Теперь, благодаря быстрой диагностике, сокращается предоперационный койко-день, и современные технологии позволяют некоторых больных выписывать буквально через несколько дней. За счет этого увеличивается оборот койки: мы можем лечить больше пациентов, но за меньшее количество времени. При этом хочу подчеркнуть, что в моем понимании оптимизация коечного фонда должна происходить так: было 60 коек, сократили количество коек до 40, но размер отделения остается прежним, а значит, улучшаются условия пребывания больных, улучшается качество лечения.

— Нет ли кадровых проблем? Хватает ли в Москве квалифицированных нейрохирургов?

— По старым нормам на одного нейрохирурга приходилось 15 пациентов. Нагрузка была высокая. Но в 2007 году Минздрав РФ разработал новые нормы, согласно которым на одного врача должно приходиться 10 пациентов. Если сократить койки и оставить прежнее количество врачей, то они будут как раз выполнять работу в соответствии с этим приказом. Однако есть при этом нейрохирурги, которые в год выполняют всего 10–15 операций. При такой частоте операций говорить о качестве хирургического лечения не приходится. Считается, что врач должен выполнять хотя бы 100 операций в год, тогда рука будет натренирована. А однотипных операций нужно делать не меньше 30 в год, чтобы поддерживать их высокий уровень. Если операций выполняется мало, то и избыточного числа нейрохирургов быть не должно, а в отделении больных могут вести неврологи — они будут готовить пациента к операции, обследовать, писать показания к операции. Пациент от этого только выиграет. Но пока речь идет об оправданном сокращении коек. С кадрами нужно действовать аккуратно. Подготовка нейрохирурга — длительный и дорогостоящий процесс, и надо не растерять в погоне за сокращением ценные кадры.

— Квалификация московских хирургов на высоте?

— Она традиционно хорошая. Примечательно, что сейчас при сохранении высокой квалификации московских специалистов заметно подтянулись регионы. В настоящее время, чтобы получить высокотехнологичную медицинскую помощь, не обязательно

приезжать в Москву. Во многих регионах есть свои высококлассные специалисты, которые ездят за рубеж, перенимают опыт у иностранных коллег. Недавно я был в Лионе на Европейском съезде спинальных хирургов (Eurospine) и встретил там коллег со всей России — от Южно-Сахалинска до Калининграда.

Также хочу заметить, что работа московских нейрохирургов контролируется профессиональным обществом. Если случается ЧП, у нас происходит серьезный разбор на уровне города. Если врач оказывает помощь ненадлежащего качества, то будет решаться вопрос о его профпригодности. Другое дело, если после операции возникли осложнения, которые никак не связаны с профессионализмом хирургов. К сожалению, каждый организм реагирует на хирургическое вмешательство по-своему. Если бы реакция была одинаковой, мы могли бы поручить весь процесс роботам.

— Уровень подготовки студентов тоже высокий?

— Честно говоря, хотелось бы получше. Поскольку нейрохирургов мало, идет селекция. Ребята, которые приходят к нам в студенческий кружок по нейрохирургии, знают, что академик Владимир Крылов предъявляет очень высокие требования. Правда, мы встречали людей, которые приходили сдавать экзамены и не знали, какие сосуды отходят от аорты. Но всегда есть и студенты с очень хорошей подготовкой — умные, талантливые ребята, сердце радуется за них. Например, у нас есть молодой врач, который отработал всего год, но уже сам выполняет операции, побывал на пяти международных симпозиумах, ездит на обучающие семинары, владеет двумя языками, уже начинает внедрять новые методики, которым научился за рубежом. Очень приятно работать с такими людьми. Можно смело сказать, что именно за ними будущее.

— С какими проблемами чаще всего пациенты обращаются к нейрохирургу?

— Традиционно много молодых пациентов с черепно-мозговой травмой и травмой позвоночника. На мой взгляд, это социально значимая проблема, которая требует нашего участия. Существенно же улучшить ситуацию способна только профилактика травматизма.

Немало больных с инсультами, кровоизлияниями в мозг. К сожалению, больные с инсультом молодеют. Например, особенному риску подвержены курящие женщины, принимающие пероральные противозачаточные средства. Больные с инсультом не обращаются к врачу — их привозит скорая помощь! Так как инсульт не предупреждает... Это расплата за наш малоподвижный образ жизни, неправильное и избыточное питание. Над этим направлением нужно работать. Правительство РФ несколько лет назад начало внедрять Программу по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в которую входят и инсульты. Министр здравоохранения России Вероника Скворцова и академик Владимир Крылов были одними из инициаторов этой программы и ее разработчиками. Были дооснащены все клиники в РФ и разработаны стандарты по оказанию помощи больным с инсультами и инфарктами миокарда. Поскольку Москва вступила в эту программу совсем недавно, нам еще предстоит серьезная работа.

Надо сказать, что за последние 10 лет структура пациентов в наших стационарах изменилась. Если 10 лет назад в структуре всех больных было 15% пациентов с проблемами спины, то сейчас таких уже 26%. Мы прогнозируем, что в будущем сократится количество больных с черепно-мозговой травмой за счет пациентов с сотрясением головного мозга, но увеличится количество пациентов с проблемами позвоночника и спинного мозга. Нужно помнить об этом направлении и развивать его. Болезни позвоночника — это в основном болезни образа жизни, связанные со слабым мышечным корсетом и внешними разрушающими позвоночник факторами: сидячий образ жизни,

езда за рулем, лишний вес, нерациональная структура питания. Сегодня все чаще к нам обращаются пожилые люди с выраженными изменениями позвоночника, которым требуется операция с применением металлофиксаторов. Но очень много молодых людей, особенно девушек после родов, с грыжей позвоночных дисков. Беременность, роды — это большая нагрузка на позвоночный столб, и не у всех девушек мышцы готовы ее выдержать. К тому же они с детства ведут малоподвижный образ жизни: учеба в школе, институт, сидячая работа, ездят на машине, много времени проводят за компьютером. А ведь самое плохое для позвоночника — это сидение.

— Что, по вашему мнению, предстоит сделать в ближайшее время для развития системы оказания помощи такого рода больным в Москве?

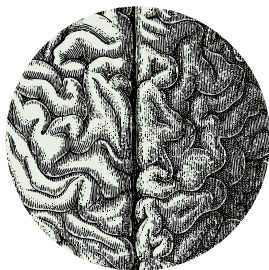
— Нужно уделить внимание дальнейшему совершенствованию организации оказания помощи на всех этапах: и догоспитальном, и госпитальном. Необходимо наладить взаимодействие всех служб: скорой помощи, реаниматологов, трансфузиологов и анестезиологов, хирургов, реабилитологов, психологов, неврологов и других. Ведь лечение больного — это комплексный процесс, требующий мультидисциплинарного подхода. Сбой на каком-то из этапов недопустим. Например, все идет хорошо, но операция откладывается на несколько часов только потому, что нет свободного анестезиолога: все заняты на операциях. Или есть анестезиолог, но нет сестры-анестезиста. Такого быть не должно.

Кроме того, нужно отладить систему реабилитации. Хирургия, на мой взгляд, это только 25% успеха. Сегодня москвичи могут получить любую высокотехнологичную медицинскую помощь бесплатно. Однако из-за организационных моментов ее можно получить только во второй половине года. Я считаю, эту ситуацию нужно менять, чтобы нуждающийся в помощи человек не ждал так долго.

Когда к нам приходят люди и спрашивают, где им лучше оперироваться — у нас или в Германии, я советую оперироваться здесь, потому что наши специалисты и технологии не уступают западным. При этом мы оперируем только тех, кому это действительно нужно и строго по показаниям. На мой взгляд, в этом наше преимущество. Кроме того, люди могут получить квалифицированную помощь нейрохирурга совершенно бесплатно.

Подготовила
Елена ВОСКАНЯН

ПОДРОБНОСТИ



Во всех клиниках города

Сегодня практически во всех нейрохирургических операционных городских больниц работают микроскоп Pentero 900, установлено навигационное оборудование Brainlab или Medtronic, являющееся самым современным на сегодняшний день. В ГКБ № 67 работает интраоперационный КТ и там же используют роботоассистенцию при операциях на позвоночнике. Подписана и заявка на закупку аналогичного робота для НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, но уже более

современного, с модулем не только для позвоночника, но и для головного мозга. В такой комплектации робот будет первым в РФ. И очень приятно, что он будет работать в московском городском стационаре, доступном для всех жителей города. На этапе закупки и поступления в клиники стереотаксическое оборудование для функциональной нейрохирургии при эпилепсии и различных поражениях глубоких структур головного мозга.

ВСЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАТЬ

Хирургический комплекс Городской клинической больницы № 67 имени Л.А. Ворохобова — один из крупнейших в городе. Служба состоит из нескольких отделений, в которых развернуты 480 хирургических и 240 травматологических и нейрохирургических коек. Созданы в ГKB № 67 и специализированные профильные реанимационные отделения, позволяющие добиться более быстрого излечения пациентов. Об особенностях работы хирургической службы рассказывает заместитель главного врача ГKB № 67 по хирургической помощи **Константин ПОКРОВСКИЙ**.

По всем направлениям

Основная задача, поставленная перед хирургией в целом и хирургической службой нашей клиники в частности, — обеспечение доступности высокотехнологической и высококвалифицированной медицинской помощи по всем направлениям хирургии, травматологии и ортопедии.

Хирургический комплекс клиники — это в первую очередь два отделения общей хирургии, которые занимаются оказанием как плановой, так и экстренной помощи. ГKB — одна из ведущих скоропомощных больниц в Москве.

Одна из основных хирургических специализаций клиники — хирургическое лечение эндокринных нарушений при различных заболеваниях, опухолей и новообразований щитовидной железы, надпочечников и других органов эндокринной системы. В прошлом, 2013, году хирургической эндокринной службой больницы было выполнено около 1000 операций.

В абдоминальной хирургии, занимающейся лечением заболеваний органов брюшной полости, применяется лечение лапароскопическими минимально травмирующими методами всего спектра экстренных хирургических патологий внутренних органов. С появлением в клинике специального ангиографического оборудования значительно расширились возможности ангиохирургов и увеличился список операций при различных сосудистых патологиях. Наиболее частым вмешательством является эндопротезирование аорты и других крупных сосудов.

Одним из первых было отделение гнойной хирургической инфекции, где оказывается неотложная и плановая хирургическая помощь пациентам с гнойными заболеваниями мягких тканей, трофическими язвами различной этиологии, гнойными



**Константин
ПОКРОВСКИЙ,**
заместитель главного
врача ГKB № 67
по хирургической
помощи

ОКОЛО
1000
ОПЕРАЦИЙ

было выполнено в
2013 году хирургической
эндокринной
службой ГКБ № 67

поражениями костной системы. Специфическим направлением отделения является консервативное и оперативное лечение диабетической стопы и атеросклеротических поражений конечностей. При этом используются современные вакуумные системы ведения ран, позволяющие не только предотвратить распространение инфекции, локализовать и затормозить развитие раневого процесса, но и добиться хороших результатов лечения.

В колопроктологическом отделении осуществляется обследование и лечение пациентов с воспалительными заболеваниями и новообразованиями прямой кишки с использованием достижений современной медицинской науки и практики. В городе подобных профильных отделений немного, поэтому поток пациентов из разных округов Москвы не уменьшается. Разработанные и усовершенствованные методики лечения позволили десяткам тысяч людей избавиться от неприятных проявлений болезни и вернуться к обычному образу жизни.

Большой поток пациентов и в урологическое отделение, приоритетными направлениями деятельности которого является оказание неотложной помощи и ведение пациентов с острыми заболеваниями органов мочеполовой системы в круглосуточном режиме, а также диагностика и лечение в плановом порядке всего спектра урологических заболеваний с использованием современных методик диагностики и лечения, в том числе малоинвазивных и высокотехнологичных эндоскопических, лапароскопических методик и перкутанных видов оперативных лечебных и диагностических вмешательств. Проводится лечение мочекаменной болезни, операции по поводу патологии почек, недержания мочи у женщин и другие.

В отделении гинекологии оказывается экстренная гинекологическая помощь, проводятся все объемы все тех же лапаротомических и эндоскопических операций, пластических и реконструктивных операций, малых операций для лечения различных видов внутриматочной патологии, в том числе с использованием гистероскопии, операций, выполняемых влагалитическим доступом. Большая востребованность в услугах данного отделения привела к расширению операционного блока, на сегодняшний день состоящего из двух эндоскопических и одной малой операционной.

Несколько месяцев назад на базе больницы был открыт Городской центр диабетической ретинопатии, принимающий москвичей с указанным осложнением сахарного диабета амбулаторно и стационарно. Новизной в его работе является наблюдение и ведение пациентов, осуществляемое врачебным тандемом офтальмологов и эндокринологов для максимально полного оказания помощи в разрешении этой проблемы.

Кроме того, пациентов с офтальмологическими заболеваниями ведут в отделении микрохирургии глаза, где проводится лечение глаукомы, катаракты, заболеваний сетчатки глаза современными методами на современном оборудовании, включая вмешательства с применением лазера. Многопрофильность больницы обуславливает наличие в штате клиники врачей самых разных специальностей, что в свою очередь позволяет успешно оказывать медицинскую помощь пациентам с комплексом заболеваний. Пример работы врачей в тандеме по лечению диабетической ретинопатии не единственный, часто заболевания глаз возникают в том возрасте, когда у человека сформировался уже целый букет соматических заболеваний разной степени тяжести. У многих пациентов наряду с заболеваниями глаз имеются хронические заболевания: уже упоминавшийся сахарный диабет, отягощенные формы гипертонической болезни, инфаркты и инсульты в анамнезе. Оперативная активность здесь очень высока, в отделении выполняется около 3 тысяч операций ежегодно.

В отделении оториноларингологии могут получить современную высококвалифицированную стационарную и амбулаторную хирургическую помощь пациенты с лор-заболеваниями или, иначе, болезнями уха, горла и носа. Проводятся микрохирургические операции на среднем и внутреннем ухе, слухоулучшающие операции по поводу отосклероза, адгезивного и гнойного отита, применяются пластические методы закрытия дефектов глотки, трахеи, пищевода. Оперативные вмешательства по поводу доброкачественных образований гортани и глотки и различных патологий верхних дыхательных путей осуществляются с помощью эндоскопического оборудования, без чрескожного доступа. Техническая и штатная оснащенность отделения, а также использование новейших методик и комплексного подхода в диагностике и лечении лор-заболеваний способствуют хорошим результатам выздоровления каждого пациента и отсутствию косметических дефектов по завершению лечения.

Все эти отделения связаны с реанимацией для пациентов с хирургической патологией, которую можно назвать уникальной и универсальной. Это отдельное подразделение на 12 коек занимается ведением пациентов в ближайший послеоперационный период после крупных и сложных хирургических вмешательств или пациентов с подозрением на развитие послеоперационных осложнений. Опыт показал, что с созданием этого отделения статистические показатели результатов хирургической работы значительно улучшились. Данное отделение оснащено не только современным оборудованием, но и профессиональными и опытными специалистами. Так, например, в отделении работает клинический фармаколог, который совместно с лечащим врачом подбирает препараты каждому пациенту индивидуально, основываясь на результатах проведенных исследований. Особенно актуально это для выбора адекватной антибиотикотерапии, ибо у разных микроорганизмов чувствительность к той или иной группе антибиотиков будет различаться, и именно индивидуальный подход дает максимальный эффект от приема назначенных препаратов.

В 2012 году в ГКБ № 67 была открыта операционная, оснащенная инновационной модульной системой чистых помещений, разработанной специально для операционных и реанимационных отделений клиник. Этот модуль позволяет создать в операционной особый микроклимат с определенными температурой, влажностью и другими параметрами, поддерживающийся на протяжении всего времени проведения операции на заданном уровне. Таких операционных в Москве еще очень мало. В ней проводится большой спектр операций, в первую очередь емких по времени, что позволяет снизить риск развития послеоперационных воспалительных процессов.

Травматологический комплекс, включающий в себя травматологию, ортопедию, нейрохирургию и хирургию катастроф (общей численностью на 240 коек), оказывает круглосуточную помощь пострадавшим при авариях, катастрофах и чрезвычайных ситуациях, высокотехнологичную нейрохирургическую помощь пациентам с черепно-мозговыми травмами, травмами позвоночника, конечностей и суставов. Накоплен огромный опыт в лечении пациентов с политравмами и сочетанными травмами. В больнице создан запас различных металлоконструкций, что позволяет не откладывать операции по эндопротезированию. Если раньше



**ПО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ
ЛЕЧЕНИЯ, ДОСТИГНУТЫМ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ГКБ № 67 ВХОДИТ
В ТРОЙКУ ЛИДЕРОВ МОСКОВСКИХ КЛИНИК.**

при необходимости подобной операции сроки ожидания необходимого протеза доходили до недели, то сейчас пациентов оперируют уже в течение первых суток с момента поступления, на профессиональном сленге — «только сняв с колес». Наша позиция в вопросе постоянного и обязательного наличия большого ассортимента ортопедических металлоконструкций для эндопротезирования позволяет оптимально подбирать их в соответствии с учетом формы перелома и особенностей строения скелета пациента, что интенсифицирует лечебный процесс и ускоряет выздоровление. Отделение ортопедии в год выполняет порядка 500 эндопротезирований тазобедренных, коленных и плечевых суставов, что переводит эти достаточно филигранные операции в разряд поточных. По положительным результатам лечения, достигнутым в результате эндопротезирования, ГКБ № 67 входит в тройку лидеров московских клиник.

Центр спинальной хирургии

В конце 2013 года в ГКБ № 67 открыт долгожданный Центр спинальной хирургии, в котором осуществляются хирургические вмешательства по трем направлениям: дегенеративные изменения позвоночника, переломы при травмах, остеохондрозы. Возглавил центр Дмитрий Николаевич Дзукаев — нейрохирург с колоссальным опытом, врач высшей квалификации, лауреат телевизионной премии «Призвание», заведующий Первым нейрохирургическим отделением ГКБ № 67. Открытие центра в ГКБ № 67 логично, ведь комплексное обследование и лечение пациентов с травмами и патологиями позвоночника, повреждениями опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы является одним из приоритетных направлений в работе стационара.

С прошлого года в клинике начали проводить операции на позвоночнике, костях таза, костях верхних и нижних конечностей с применением интраоперационного компьютерного томографа Bodytom. Приобретение столь современного оборудования позволило расширить возможности оказания помощи пациентам с различными проблемами, нуждающимся в нейрохирургическом лечении. Это первый томограф подобного уровня в России, и один из двух имеющихся в Европе. Ранее пациенты, нуждающиеся в высокоточном оперативном спинальном вмешательстве, могли получить помощь лишь в медицинских центрах других стран, но это было сопряжено с трудностями транспортировки и высокой стоимостью лечения, что не могло не сказываться на доступности данного вида лечения.

Bodytom — киберпомощник хирурга. Электронный мозг робота каждую минуту сверяется с компьютером, куда занесена вся история болезни пациента и куда в режиме онлайн поступают данные о состоянии пациента и каждом этапе оперативного вмешательства. Дан-

ные транслируются в память робота, процесс контролируется навигационной станцией. Применение мобильного томографа дает возможность постоянно оценивать каждый нюанс выполнения операции. Предельная точность при вмешательствах на позвоночнике, особенно в случаях травм, жизненно необходима. Прибор позволяет четко понимать, что происходит с пациентом во время операции, осуществлять оперативный контроль за манипуляциями, помогает производить их безопасно и надежно для пациента. Это делает операцию точной, малоинвазивной, позволяет



РЕПУТАЦИЯ БОЛЬНИЦЫ, КАК СИЛЬНОЙ КЛИНИКИ, СКЛАДЫВАЕТСЯ НЕ ТОЛЬКО ИЗ ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НО И БЛАГОДАРЯ ПОТЕНЦИАЛУ РАБОТАЮЩИХ В НЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ.

сократить количество осложнений. И, кроме того, значительно влияет на успешность исхода операции и дальнейшей реабилитации больного.

К инновациям, приносящим дивиденды в виде скорейшего выздоровления и восстановления пациента, относится не только робот, но и операционный стол, выполненный из углепластика, этот материал минимизирует помехи и искажения при визуализации области вмешательства на снимках во время операции. Структура стола напоминает функциональную медицинскую кровать: за счет сегментации и поддерживающих валиков стол «подстраивается» под пациента и может менять конфигурацию своей поверхности, это важно, так как операции длятся порой по 10 и более часов. Благодаря такой конструкции стола удастся избежать изменений венозного давления у пациента, уменьшить риск кровотечения, топических расстройств, обеспечить лучшее самочувствие человека после операции.

Уникальность проводимых в спинальном центре операций в уровне их сложности, чего удалось достичь, внедряя и применяя новейшие технологии, не имеющие пока аналогов в российском здравоохранении. При этом важно не забывать, что проведение диагностики и оперативного вмешательства — не завершающий этап лечения, а всего лишь «середина пути». В Центре спинальной хирургии работает отделение реабилитации, принимающее не только спинальных пациентов, но и пациентов ортопедического и травматологического отделений. Разработанные врачами программы реабилитации, включающие интенсивные занятия лечебной физкультурой в специализированном зале и бассейне и широкое применение физиотерапии, дают очень хорошие результаты, позволяющие пациентам сохранить после операций высокий уровень качества жизни.

Оборудование и койки не простаивают

За последние 3 года оборудование больницы не просто обновилось, а значительно расширилось: появились аппараты МРТ, ангиограф, открыто современное отделение трансфузиологии крови и многое-многое другое. По программе модернизации в клинику поставлено свыше 300 единиц медицинской техники. Хирургической службе досталась ровно половина полученных новинок — 150 единиц нового оборудования: лапароскопические и эндоскопические стойки, современные операционные столы, компьютерные томографы, ядерно-магнитный резонансный томограф и многое другое, может, и не столь крупное, но не менее необходимое. Удалось практически полностью переоснастить больницу по отделениям всех профилей и направлений. Благодаря программе модернизации отделение ангиографии получило модульный операционный ангиограф. Это позволяет провести ангиографию пациентам с острым инфарктом миокарда, поступившим по скорой помощи в отделение кардиореанимации, и в самые сжатые сроки с момента появления и развития симптомов болезни, в так называемый золотой час, провести под контролем рентгеноаппарата необходимые манипуляции, такие как стентирование поврежденного сосуда. Все это значительно уменьшает риск развития осложнений, приводящих к инвалидизации пациента, и помогает обезопасить его от развития инфаркта в будущем.

Компьютерный томограф и ядерно-магнитный резонансный томограф работают в круглосуточном режиме, что позволяет проводить необходимые диагностические исследования и связанные с ними лечебные манипуляции сразу же после поступления пациента. Стационар в среднем принимает 200–250 больных ежедневно. Ежегодно в больнице оказывается помощь около 75 тысячам пациентов, из них до 45 тысяч человек находились на лечении в хирургических отделениях.

Полученное по программе модернизации современное оборудование не могло не сказаться на совершенствовании диагностического и лечебного процесса и повысило интенсивность работы учреждения, что подтверждается данными медицинской

статистики. Если в 2009 году хирургический койко-день составлял 12 суток, в 2012 году — 8, то в 2014 году — уже всего лишь 5. Сократить сроки пребывания пациентов в стационаре удалось в первую очередь за счет внедрения малоинвазивных технологий, используя современное оборудование, а также благодаря созданию отделения хирургической реанимации. Интенсификация этого процесса идет постоянно. Сокращение времени пребывания в больнице позволяет пациентам не выпадать надолго из привычного ритма жизни, а самой клинике за счет ускорения койко-оборота удалось ликвидировать очереди и сократить разрыв между темпами оказания экстренной и плановой помощи населению.

Коллектив стабильный и молодой

Репутация больницы, как сильной клиники, складывается не только из оптимальных условий для лечения пациентов, но и благодаря потенциалу работающих в ней специалистов. Плеяду врачей и ученых, работавших в разные годы в больнице, успешно продолжают молодые коллеги. Сегодня в хирургической службе ГКБ № 67 работают 5 докторов наук и 18 кандидатов наук.

Коллектив в больнице стабильный, сработавшийся за много лет, и в то же время молодой. Среди 150 наших хирургов всех профилей преобладают специалисты молодого возраста. На базе клиники работают пять кафедр хирургического профиля медицинских вузов. Благодаря сотрудничеству с кафедрами у руководства стационара есть возможность оценить в работе молодых хирургов, которые обучаются в ординатуре и интернатуре, понять потенциал их развития в дальнейшем, а затем отобрать сотрудников, исходя из их качеств и нужд клиники, чтобы целенаправленно обучать и готовить к практической работе. Молодежь со своей стороны знакомится с коллективом и условиями работы и работает с желанием зарекомендовать и проявить себя. Начинающие врачи активно включаются в лечебный процесс, постепенно привыкают к работе в операционной и в течение 2-х лет выходят на добротный больничный уровень. Решить проблему молодых специалистов в отсутствие опыта удается и грамотным составлением графика дежурств, когда рядом есть опытные коллеги и товарищи, которые всегда помогут. Плюсы молодости коллектива в том, что высокотехнологичное оборудование, которое поставлено в клинику в последние годы, и новые методики работы с ним специалисты молодого поколения зачастую осваивают быстрее, чем люди с опытом.

Хирургия шагает вперед

Сегодня ГКБ № 67 характеризует наличие практически всех направлений современной хирургии, за исключением торакальной и челюстно-лицевой. Перспективными видятся лапароскопические методы лечения различных хирургических патологий. В случае лечения кишечных непроходимостей, осложненных опухолевых заболеваний органов брюшной полости необходимо осваивать новые методики лечения и внедрять их в работу. В планах — развитие и лечение пациентов с новообразованиями и опухолями органов эндокринной системы, внедрение новых методик в работу отделений проктологии и гнойной хирургии. Развитие получит и урологическое отделение, расширится спектр проводимых в нем профильных операций. С дальнейшим развитием Центра диабетической ретинопатии клиника будет принимать все больше пациентов, нуждающихся в проведении лазерных операций на заднем отрезке глаза.

Но одним из основным направлений работы в ГКБ № 67 останется развитие помощи больным с сочетанной политравмой. Количество таких пациентов лишь возрастает, и в клинике разработаны схемы и алгоритмы их ведения. Совместная работа по протоколам нейрохирурга, травматолога, общего хирурга, реаниматолога должна повысить эффективность и качество лечения.

Подготовила
Римма ШЕВЧЕНКО

МОДЕЛИРОВАНИЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Служба лучевой диагностики современного многопрофильного медицинского учреждения является межклиническим подразделением, а ее организация должна отвечать мировым стандартам качества и безопасности и иметь возможность масштабирования рабочих процессов без существенных изменений инфраструктуры. Опытom в области организации управления такой службой на базе крупного многопрофильного медицинского центра делятся врач-рентгенолог, врач-радиолог, доктор медицинских наук, профессор Сергей МОРОЗОВ и бизнес-аналитики Дмитрий ВОЗНЮК и Екатерина КУРБАТОВА.

Введение

Служба лучевой диагностики современного многопрофильного медицинского учреждения обеспечивает проведение рутинных и специализированных лучевых исследований методами рентгенографии и рентгеноскопии, МСКТ, МРТ, маммографии, УЗИ, ортопантомографии, ПЭТ, ОФЭКТ в круглосуточном режиме и высокой интенсивности.

В нашем учреждении работают 14 рентгеновских установок, 27 УЗ-сканеров, 2 дентальных КТ, 1 ортопантомограф, 3 маммографа, 4 аппарата МСКТ, 3 аппарата МРТ, 1 аппарат ПЭТ, 1 аппарат ОФЭКТ и 3 оцифровщика. Стабильное функционирование такого парка оборудования обеспечивается при постоянной поддержке инженерной службы, IT-департамента, службы снабжения расходными материалами и диагностическими препаратами.

Для достижения соответствия действующим стандартам качества и безопасности, а также возможности масштабирования рабочих процессов при становлении и развитии службы лучевой диагностики существенную помощь оказывает использование новых форм организации работы и информационных систем, в том числе эффективной интеграции системы хранения и передачи изображений (PACS) с клинической/медицинской/радиологической информационной системой (CIS/HIS/RIS).

Наличие HIS/RIS позволяет отслеживать каждое исследование в режиме реального времени с помощью системы статусов (Guidelines and standards for implementation of new PACS/RIS solutions in the UK, the Royal College of Radiologists, [https://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/BFCR\(11\)4_PACS.pdf](https://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/BFCR(11)4_PACS.pdf)), а также проводить анализ причин отмены исследования или его коррекции. Удобным инструментом также является использование рабочих списков (worklists), которые могут быть созданы как для групп сотрудников отделения, выполняющих определенную роль в бизнес-процессе, так и персонально. Рабочие списки включают в себя задачи со степенью детализации, достаточной для того, чтобы не обращаться к другим источникам информации или свести подобные транзакции к минимуму (Radiology information systems, the Royal College of Radiologists, <https://www.rcr.ac.uk/publications.aspx?PageID=310&PublicationID=275>).

Основными задачами интегрированных информационных систем являются:

- объединение всей диагностической информации о пациенте, в том числе заключений и изображений по ранее проведенным лучевым исследованиям;

- распределение выполненных исследований между врачами-рентгенологами для подготовки заключений как внутри клиники, так и при организации консультативного приема, удаленной диагностической работы в режиме «второго мнения»;

- предоставление оперативного доступа клиницистам и рентгенологам к протоколам исследований и изображениям с возможностью их анализа и обработки (интранет, VPN).

Основу успешной работы и развития службы лучевой диагностики составляют приоритет интересов пациента, привлечение мотивированных и квалифицированных специалистов, повышение квалификации персонала, рациональная организация службы, высокое качество исследований, применение современных стандартов диагностики, внедрение новых методов, тесное взаимодействие с клиницистами, педагогическая и научно-исследовательская деятельность (Ondategui-Parra S1, Bhagwat JG, Gill IE, Nathanson E, Seltzer S, Ros PR. Essential practice performance measurement// J Am Coll Radiol. 2004 Aug;1(8):559-66).

Цель службы лучевой диагностики — предоставление пациентам высококачественных диагностических услуг на основе современных достижений медицинской науки в партнерстве с клиническими отделениями. Результатом такой работы является индивидуальное, качественное, современное исследование, позволяющее клиницисту определить оптимальную тактику лечения.

Основными принципами деятельности службы лучевой диагностики являются:

1. Приоритет интересов пациента.
2. Перспективное развитие квалифицированных специалистов.
3. Высокое качество и эффективность диагностики.
4. Развитие методов лучевой диагностики.
5. Активное сотрудничество с клиницистами.

Задачами службы лучевой диагностики являются:

1. Повышение удовлетворенности пациентов и клиницистов качеством диагностических услуг.
2. Уменьшение времени ожидания исследования и результатов.
3. Повышение квалификации врачей-рентгенологов, врачей УЗИ и рентгенолаборантов.
4. Вовлечение сотрудников в организацию работы и развития службы.
5. Внедрение стандартов проведения и интерпретации УЗИ, рентгенологических, КТ- и МРТ-исследований.

6. Внедрение новых методик КТ, МРТ, рентгенологии, УЗИ.
7. Повышение доступности результатов исследований и «прозрачности» работы службы лучевой диагностики за счет развития систем RIS и PACS.

Моделирование бизнес-процессов

Для модернизации работы важно понимать текущее состояние бизнес-процессов службы, а также учитывать пожелания и предложения сотрудников для включения в проектную документацию (Ondategui-Parra S1, Gill IE, Bhagwat JG, Intrieri LA, Gogate A, Zou KH, Nathanson E, Seltzer SE, Ros PR. *Clinical operations management in radiology*// J Am Coll Radiol. 2004 Sep;1(9):632-40; Jinyan Zhang, Xudong Lu, Hongchao Nie, Zhengxing Huang, W. M. P. van der Aalst. *Radiology information system: a workflow-based approach*// International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery, September 2009, Volume 4, Issue 5, pp 509-516). Аудит и детальное описание бизнес-процессов — это командный проект, который выполняется рабочей группой из врачей-рентгенологов, рентгенолаборантов, ассистентов службы лучевой диагностики, сотрудников IT-департамента и бизнес-аналитиков.

Для успешного выполнения такого проекта важна поддержка главного врача клиники, а также интенсивная коммуникация между членами рабочей группы. Руководителем проекта выступает руководитель службы лучевой диагностики, который определяет срок выполнения проекта, его основную цель и назначает двух главных исполнителей: представителя службы и представителя IT-департамента. Главные исполнители осуществляют сбор и анализ имеющейся исходной документации, регламентирующей текущую деятельность отделения, проводят непосредственное наблюдение за деятельностью выделенных ролей бизнес-процесса, интервьюирование всех участников процесса с учетом распределения сотрудников по разным клиникам, консультируются с членами рабочей группы и другими специалистами. Консолидируя собранную информацию, выполняют моделирование бизнес-процессов, используя выбранную нотацию. Первым шагом для этого является утверждение верхнеуровневой модели бизнес-процессов, которая ложится в основу создания альбома бизнес-процессов (Álvaro Rebugea, Diogo R. Ferreira. *Business process analysis in healthcare environments: A methodology based on process mining*// Information Systems Volume 37, Issue 2, April 2012, Pages 99–116). Обсуждение предварительных результатов, согласование моделей бизнес-процессов и подведение итогов должно осуществляться на регулярных собраниях рабочей группы.

Результатом проекта является формализованный альбом бизнес-процессов службы лучевой диагностики, верхне-уровневая модель которого состоит из следующих блоков (рис. 1):

1. Формирование направления на исследование.
2. Создание записи в расписании.
3. Формирование рабочих списков лаборанта и процедурной медсестры.
4. Прием пациента.
5. Проведение исследования.
6. Формирование заключения. Второе мнение.
7. Внутренний аудит.
8. Оформление отчетных документов, учет услуг.

Каждый блок верхнеуровневой модели представляет собой бизнес-процесс с участием сотрудников разных отделений и занимаемых должностей: ассистенты отделений, колл-центр, средний медицинский персонал, врачи. Для каждого бизнес-процесса выделяется владелец бизнес-процесса и его исполнители. Владелец верхнеуровневой модели является руководителем службы лучевой диагностики.

Далее рассмотрим каждый из приведенных этапов подробнее.

отделение без корректно оформленного направления возникает необходимость в уточнении вида исследования и его цели, что, по нашим оценкам, приводит к дополнительным затратам рабочего времени сотрудников службы лучевой диагностики от 36 до 55 часов в месяц.

Создание направления присваивает исследованию статус «Создано направление» и запускает в HIS череду событий, которые также отслеживаются с помощью присвоения статусов, специфичных для каждого этапа исследования.

Важной составляющей правильно сформированного направления является сопроводительный опросный лист, заполняемый направляющим врачом. В опросный лист включена вся клиническая информация о пациенте, которую следует учесть при планировании конкретного вида исследования. Например, при назначении МСКТ с контрастным усилением опросный лист будет содержать следующие вопросы:

1. Возраст пациента.
2. Аллергическая реакция на контрастный препарат.
3. Наличие оперативных вмешательств на почках.
4. Наличие артериальной гипертензии.
5. Наличие сахарного диабета.
6. Наличие подагры.

В результате тесного сотрудничества врачей службы лучевой диагностики и других клинических отделений должны быть созданы сопроводительные листы для всех видов исследований, имеющих выделенную специфику. В идеале HIS позволит автоматически заполнять опросный лист необходимой информацией при наличии таковой в системе.

Создание записи в расписании

Владелец процесса: руководитель административного отдела

Исполнители: ассистенты клиницистов, колл-центр, ассистенты службы

В процессе создания записи в расписании принимают участие разные подразделения ЛПУ: клинические отделения, колл-центр и непосредственно служба лучевой диагностики. Для удобства пациента заявка может быть подана любым удобным способом: звонок по телефону, заявка из личного кабинета или личное обращение на рецепцию.

Запись на исследование, не требующие специальной подготовки пациента, выполняется колл-центром и ассистентами клинических отделений, при этом сотрудники данных подразделений используют инструкции, разработанные службой лучевой диагностики для внешних пользователей. Для исследований, требующих специальной подготовки, применения контрастного усиления, а также для «внешних» пациентов (из стороннего ЛПУ) запись осуществляется только сотрудниками службы.

Ассистент вносит запись на исследование в расписание HIS по направлению от клинициста. При получении запроса на проведение исследования от «внешнего» пациента ассистент службы лучевой диагностики самостоятельно оформляет направление и сопроводительный опросный лист на исследование, после чего производит запись на исследование в расписании.

Для максимально эффективной работы с модулем расписания необходим следующий набор функций:

1. Автоматический подбор свободного слота в расписании.
2. Лист ожидания для пациентов, которым не подобрали оптимальное время.
3. Уведомление системой о конфликтующих записях, таких как запись пациента на одинаковое время к разным специалистам или назначение несовместимых исследований (ирригоскопия и КТ брюшной полости с интервалом менее 1 недели).
4. Автоматическая рассылка пациентам посредством SMS, email или в личный кабинет пациента уведомлений о создании записи в расписании с указанием времени, адреса,

ссылкой на web-страницу с описанием подготовки к исследованию.

В случае успешной записи пациента в расписание исследованию присваивается статус «Запланировано», при занесении в лист ожидания «Отложено», при отмене записи «Отменено».

Формирование рабочих списков лаборанта и процедурной медсестры

Владелец процесса: руководитель службы лучевой диагностики

Исполнители: врачи-рентгенологи

Для исключения возможных ошибок при формировании направления и предупреждения отмены/переноса исследования внедрен процесс верификации направления врачом-рентгенологом. Учитывая вероятность отказа пациента от предлагаемого обследования, верификация направлений осуществляется после создания записи в расписании. Верификация направления проводится строго в день создания записи в расписании, что позволяет информировать пациента об изменениях/отмене записи в максимально короткие сроки. Верификация направления подразумевает принятие врачом-рентгенологом решения о дальнейшей судьбе направления, а именно:

1. Подтвердить направление и определить технический протокол исполнения исследования статус «Направление подтверждено».
2. Инициировать процесс корректировки наименования/модальности/длительности назначенного исследования с обязательным указанием причины (статус «Отменено» для отмены, «Отложено» для переноса исследования). Внесение любых корректировок в обязательном порядке согласуется с врачом-клиницистом, при необходимости создается новое направление.

Подтвержденная методика регистрируется в качестве задачи в рабочих списках лаборанта и процедурной медсестры. Участие процедурной медсестры требуется для ограниченного количества методик.

Прием пациента

Владельцы процесса: руководитель административного отдела

Исполнители: ассистенты отделения

При поступлении в отделение пациент заполняет необходимые документы с участием ассистента. Удобным инструментом для этого является check-in-приложение для регистрации, интегрированное с HIS: пациент вносит необходимую информацию в приложение на планшетном компьютере, при нажатии кнопки «закончить» данные пересылаются в HIS, а также распечатываются на принтере для подписания бумажных копий и хранения документов в бумажном архиве.

Приход пациента фиксируется в HIS → статус «Пациент пришел». В случае неявки пациента исследованию присваивается статус «Пациент не пришел», ассистент в свою очередь связывается с пациентом для выяснения причин неявки.

Наличие информационных табло, рассредоточенных по отделению, позволяет оповещать сотрудников о прибытии и статусе нахождения пациента в отделении с указанием модальности и вида исследования, на которое записан пациент.

Ассистент создает в HIS запись в электронной медицинской карте (ЭМК) о проведении исследования и формирует задание для аппарата (modality worklist, MWL).

При наличии у пациента исследований, выполненных в стороннем ЛПУ, ассистент импортирует их в PACS, при этом данные автоматически объединяются с существующим профилем пациента, а ассистент создает соответствующую запись в ЭМК пациента.

Проведение исследования

Владелец процесса: руководитель службы лучевой диагностики

Исполнители: рентгенолаборанты

Результатом выполнения предшествующих процессов становится сформированный в HIS/RIS рабочий список рентгенолаборанта, в котором прописан перечень планируемых исследований с данными о пациенте и уточненными протоколами, а также сформированный на аппарате MWL.

По факту начала исследования в систему передается сообщение о статусе исследования «Начало», по факту завершения статус меняется на «Окончено», а в рабочем списке врача-рентгенолога автоматически формируется задача «требуется заключение».

Изображения поступают в PACS, при этом параметры проведенного исследования автоматически передаются в PACS: лучевая нагрузка, факт введения контрастного средства (КС), наименование КС, фаза введения КС, объем КС, скорость введения КС. Для реализации подобного механизма необходима интеграция HIS и PACS с инжектором для введения контрастного средства и учетной системой ЛПУ.

Формирование заключения. Второе мнение

Владельцы процесса: руководитель службы лучевой диагностики

Исполнители процесса: врачи-рентгенологи

При утверждении окончательной версии заключения врачом службы исследованию присваивается статус «Заключение окончательное».

Поскольку заключение является важнейшим атрибутом рентгенологического исследования, необходимо проведение комплексных мер по повышению и контролю качества заключений.

К подобным мерам можно отнести следующее:

1. Улучшение коммуникации врачей-рентгенологов как внутри отделения, так и с врачами других отделений.
2. Стандартизация протоколов: создание шаблонов протоколов с типовым описанием нормы и чек-листом диагностического заключения, использование справочника используемых аббревиатур.
3. Сохранение ключевых изображений в отдельной серии, в том числе с выполненными измерениями.
4. Наличие интерактивных ссылок на ключевые изображения в протоколе.
5. Тегирование исследований.
6. Второе мнение — консультация второго врача-рентгенолога.
7. Процесс внутреннего аудита.
8. Автоматическое уведомление клинициста о готовности заключения.
9. Обратная связь от клинициста о сформированном заключении.

Рассмотрим подробнее каждый из перечисленных пунктов. Процесс внутреннего аудита будет рассмотрен отдельно.

Врачи-рентгенологи не менее 20% своего рабочего времени консультируют клиницистов по вопросам выбора оптимальных методов диагностики и по вопросам интерпретации результатов лучевых исследований с учетом клинической картины заболеваний. В свою очередь, коммуникация с клиницистами позволяет врачам-рентгенологам существенно сузить круг диагностического поиска при описании заключения. В настоящее время это взаимодействие активно применяется в системах HIS/RIS: при выставлении услуги фиксируется информация о коде услуги, области исследования и предварительном диагнозе, что в дальнейшем используется системой для предложения оптимального шаблона описания и чек-листа диагностического заключения из имеющейся библиотеки (Rita Noumeir. Radiology interpretation process modeling// Journal of Biomedical Informatics Volume 39, Issue 2, April 2006, Pages 103–114). Врачи-рентгенологи, радиологи и специалисты ультразвуковой диагностики выполняют описание результатов исследования по стандартизованным шаблонам

протоколов, а чек-лист диагностического заключения помогает им определить минимальный объем интересующей клинициста информации, которую необходимо отразить в заключении.

Из вышесказанного следует, что, несмотря на то, что использование шаблонов протоколов само по себе не является новым словом в лучевой диагностике, использование информационных систем выводит это решение на принципиально новый уровень.

Использование справочника аббревиатур помогает ускорить ввод данных рентгенологом при сохранении информативности протокола. При написании протокола врач-рентгенолог использует аббревиатуры, которые распознаются информационной системой и автоматически расшифровываются. Библиотека аббревиатур может быть общей, индивидуальной, смешанной.

Ключевые изображения важны для обоснования заключения, а также наблюдений за динамикой патологического процесса. При этом исключается субъективность интерпретации за счет использования четких анатомических ориентиров в сохраненных изображениях.

Интерактивные ссылки в протоколе на ключевые изображения позволяют клиницисту получить визуальное подтверждение заключения.

Тегирование исследований необходимо для их быстрого поиска и должно включать указание на анатомическую область, нозологию, направившую специализацию, а также возможное применение данного исследования: обучение, консилиум, наука.

Возможность получить второе мнение для сложных исследований необходима для повышения качества и точности формируемого заключения. Однако для успешного функционирования такого процесса крайне важна возможность удаленного доступа врача-рентгенолога к просмотру изображений и формированию заключения. Врач-консультант может отсутствовать на рабочем месте в момент запроса консультации, что может приводить к увеличению времени формирования окончательного заключения до 72 часов. Современные RIS/PACS системы предоставляют доступ к архиву с помощью мобильных приложений для планшетных компьютеров и смартфонов. Помимо этого существуют вендор-независимые выюеры, имеющие доступ непосредственно к PACS. При запросе второго мнения статус исследования меняется на «Требуется консультация», а после оказания консультации на «Проконсультировано». Возможность просмотра предварительного/окончательного заключения клиницистом, в том числе удаленно, улучшает коммуникацию между врачами разных отделений, а также используется для контроля статуса исследования. Автоматическое уведомление клинициста о готовности заключения, несомненно, ускоряет процесс обратной связи. После просмотра заключения клиницистом статус исследования меняется на «Просмотрено клиницистом». Дальнейшие изменения статуса зависят от действий клинициста:

1. Клиницист запрашивает пересмотр исследования, указывая цель и причину потребности в пересмотре → статус «Запрос пересмотра». HIS/RIS формирует задачу на пересмотр в рабочий список рентгенолога, подготовившего протокол.
2. Нет действий → статус «Принято клиницистом», исследование считается подтвержденным клиницистом. Длительность паузы между моментом просмотра протокола (статус «Просмотрено клиницистом») и выставления статуса «Принято клиницистом» должна быть согласована с клиницистами и доведена до всех участников коммуникации.

Внутренний аудит

Владельцы процесса: руководитель службы лучевой диагностики

Исполнители: врачи-рентгенологи

Внутренний аудит осуществляется на постоянной основе членами комиссии, назначенными из числа врачей-рентгенологов. Система случайным образом осуществляет выборку из проведенных исследований за определенный период и рассылает задания в рабочие

списки участников комиссии. Размер такой выборки и период является результатом обсуждения, например 5–10% всех исследований со статусом «Заключение окончательное» за предыдущий день. Задачи внутреннего аудита в обязательном порядке должны быть анонимизированы по ФИО пациента и врача-рентгенолога.

Члены комиссии производят оценку по 4-балльной шкале на соответствие мнения аудитора сформированному заключению:

1. Полное соответствие.
2. Соответствие с небольшими недочетами.
3. Недостаточное соответствие.
4. Грубое несоответствие.

При грубом несоответствии заполняется сигнальная форма, которая отправляется ответственному лицу. В поступившей сигнальной форме исследование деанонимизируется. Ответственное лицо изучает все стороны сложившейся ситуации и принимает необходимые меры.

Для внутреннего аудита важна настройка исключений, поскольку ряд исследований не нуждаются в контроле. Примером могут являться исследования, проконсультированные вторым рентгенологом, а также некоторые анатомические области (параназальные синусы).

Оформление отчетных документов, учет услуг

Владелец процесса: руководитель административного отдела

Исполнители: ассистенты отделения

Оформление отчетных документов — в большей степени внутренний процесс отделения. Для успешного взаимодействия сотрудников клиники с пациентами необходимо наполнить его максимально продуктивным общением с пациентом, удовлетворив потребности и желания пациента как клиента.

Несмотря на то, что пациенты понимают, что на подготовку качественного заключения уходит немало времени, большинство пациентов все же желает получить результаты исследования и ответы на интересующие их вопросы сразу после окончания обследования. Именно поэтому, перед тем как пациент покинет отделение, он в обязательном порядке должен быть проинформирован, когда и где он сможет ознакомиться с результатами исследования (Making your Radiology Services more patient-friendly, the Royal College of Radiologists, <https://www.rcr.ac.uk/publications.aspx?PageID=310&PublicationID=147>). Использование информационных систем позволяет частично автоматизировать коммуникацию с пациентом. Например, в ряде случаев удобным инструментом является отправка протокола и ссылки на изображение в автоматическом режиме при присвоении статуса «Заключение окончательное» или «Проконсультировано».

Ассистенты отделения особое внимание должны уделять проверке записи пациента на прием к лечащему врачу для обсуждения результатов исследования. Если запись пациента не была произведена заранее, ассистент предлагает пациенту произвести необходимую запись.

В условиях высокой интенсивности работы ассистентов (телефонные звонки, запись в расписание, прием пациентов, оформление документов, переводы) и сменного графика работы важно обеспечить сохранение и преемственность информации о текущих задачах, что обеспечивается введением рабочего списка ассистента службы.

Рекомендованными полями рабочего списка ассистента являются:

1. ФИО пациента.
2. Название отделения лучевой диагностики (если отделений несколько).
3. Дата исследования.
4. Модальность исследования.
5. Тип задачи.

ПОДРОБНОСТИ

Основные этапы

Основными этапами рабочего процесса службы лучевой диагностики являются: формирование направления на исследование, создание записи в расписании, формирование рабочих списков лаборанта и процедурной медсестры, прием пациента в отделении, проведение исследования, формирование заключения и второе мнение, внутренний аудит, оформление отчетных документов и учет услуг.

Для контроля выполняемых исследований и сбора аналитической информации используется система статусов «Создано направление», «Направление подтверждено», «Отложено», «Запланировано», «Отменено», «Пациент пришел», «Пациент не пришел», «Начало», «Окончено», «Заключение окончательное», «Требуется консультация», «Проконсультировано», «Просмотрено клиницистом», «Запрос пересмотра», «Принято клиницистом».

6. ФИО ассистента, создавшего задачу.
 7. Дата создания задачи.
 8. ФИО ассистента, выполнившего задачу.
 9. Дата выполнения задачи.
 10. Время, прошедшее от момента создания задачи до текущего момента.
 11. Текущий статус задачи (к исполнению, выполнено).
- Все указанные поля должны позволять ранжировать записи в рабочем списке по любому из указанных признаков. Для удобства работы с таким рабочим списком важно использовать пиктограммы, условные обозначения и аббревиатуры.

Типы задач определяются по согласованию с сотрудниками и должны включать наиболее частые варианты, например:

1. Report — отправка заключения по email.
2. Translate — подготовка перевода протокола на иностранные языки.
3. CD — запись CD с изображениями.
4. Link — отправка ссылки на изображения по email.
5. Call back — перезвонить пациенту.
6. All info — подготовить полный пакет документов.
7. Images — напечатать изображения на пленке.

Для отдельных типов задач должен быть установлен крайний срок выполнения, при превышении которого HIS осуществляет цветное выделение записи для привлечения внимания сотрудника.

Важной особенностью является привязка каждой задачи ассистента к записи конкретного исследования в электронной медицинской карте (ЭМК) пациента: при чтении ЭМК возможно точно установить, какая работа была проведена с пациентом, что важно для разрешения конфликтных ситуаций.

Заключение

Конкурентоспособность отделения лучевой диагностики основана не только на внедрении новых сложных диагностических методик и комплексных обследований, но и на своевременной реорганизации рабочих процессов и постоянном развитии информационных систем.

Внедрение новых методик исследований требует высокой эффективности систем передачи, хранения, обработки и воспроизведения данных, особенно в условиях территориальной разобщенности подразделений клиники.

Для успешной автоматизации работы службы лучевой диагностики важной предпосылкой является детальное описание бизнес-процессов с графическим оформлением и составление списка требований к информационным системам, исходя из реальных потребностей отделения и желаемых целей.

ДРАЙВЕР РАЗВИТИЯ

В современной медицине постоянно увеличивается количество нозологических форм, возрастает сложность диагностики, методов лечения, экспоненциально увеличивается количество информации медицинского характера. Другим становится и пациент, более требовательным и информированным. В такой ситуации требования к квалификации врача постоянно растут, и, чтобы поддерживать себя в «форме», нужно постоянно учиться. О перспективах развития системы постдипломного образования рассказывает ректор Медицинской школы Европейского медицинского центра Сергей МОРОЗОВ.

— Какие ключевые проблемы существуют сегодня в российской системе постдипломного образования?

— В едином депозитории всех публикаций по медицине — системе PubMed — каждый год растет количество статей. Врач уже не в состоянии контролировать весь этот объем информации, быть специалистом во всем. Поэтому в медицине происходит определенное расслоение. Есть специалисты общего профиля, которые в курсе широкого круга проблем, но более поверхностно, чем узкие специалисты. Технологичность медицины повышается. Требования у пациентов очень высокие, они сами все знают, сами себе зачастую назначают исследования, соответственно спрашивают и с врача. В этой ситуации врач должен постоянно совершенствоваться в своей профессии. Залогом правильного функционирования системы здравоохранения является высокая экспертиза врачей.

При этом существующая сегодня в России система постдипломного образования врачей устарела. И не столько по контенту, сколько по системе организации процесса. Согласно современным требованиям, наши врачи должны повышать квалификацию не менее чем раз в пять лет, хотя весь прогрессивный мир пришел к тому, что обучение должно идти на протяжении всей профессиональной жизни специалиста. Во многих странах развита система непрерывного медицинского образования. Российский же врач раз в пять лет идет на курсы, платит за обучение 20–25 тысяч рублей, не ходит на лекции, а потом получает бумажку о том, что курсы пройдены, и продолжает лечить пациента, исходя из тех знаний, которые были получены еще 30 лет назад во время интернатуры или ординатуры. Соответственно в медицине работает специалист, не обладающий реальными знаниями не только по своей специальности, но и в области обеспечения качества лечения, работы с информационными системами, коммуникаций с пациентами и коллегами, действующего законодательства.



Сергей МОРОЗОВ,
ректор Медицинской
школы Европейского
медицинского центра

84

курса по сестринскому делу запланировано на будущий год

Напротив, система непрерывного медицинского образования, попытки разработки и внедрения которой сейчас предпринимаются в нашей стране, предполагает, что врач должен в течение пяти лет накопить определенное количество баллов, зачетных единиц или кредитов через различные формы обучения. Это может быть самообразование, посещение различных курсов, написание информационных материалов для пациентов, проведение семинаров. За каждую из этих активностей врач получает определенное количество кредитов, накапливает их и представляет на рассмотрение органу, который проводит сертификацию специалиста. При этом врач обязан пройти определенные курсы. Только таким образом он сможет обновить свой сертификат. Эта система ориентирована на мотивированных врачей, у которых есть моральная ответственность и понимание того, что они должны учиться. К сожалению, таких сегодня меньшинство, но именно они являются драйвером развития медицины.

— Как может быть организована, по вашему мнению, такая система?

— Тут возникает масса вопросов. Например, как считать эти кредиты? Понятно, что должен быть единый реестр и депозитарий как образовательных курсов, так и кредитов на каждого врача. То есть любой из участников процесса (ЛПУ, регулирующие органы) может заглянуть в единую базу данных, увидеть, сколько этот врач накопил кредитов и сколько курсов посетил за прошедшие два года. Естественно, что требования к информационному обеспечению такого подхода достаточно высокие.

Есть требования и к контенту, потому что сегодня становится понятно, что ответственность за него необходимо переложить на профессиональные медицинские сообщества и ассоциации, которые смогут аккредитовывать учебные курсы. Они должны решать, какой учебный курс может участвовать в системе непрерывного медицинского образования, оценивая качество учебной программы и формы преподавания.

Не стоит забывать и о системе мотивации: врач должен быть замотивирован рублем на посещение этих курсов. Например, если за два года он не набрал определенное количество кредитов, руководство клиники может пересмотреть премиальную часть его зарплаты. Система мотивации подразумевает, что врач обязан участвовать в непрерывном медицинском образовании. Это будет проверяться на всех уровнях.

— Опробована ли уже новая система?

— Пилотный проект с участием ряда профессиональных врачебных ассоциаций проходил в Москве и Липецкой области. Как только накопится критическая масса и будет доказано, что система работает, можно будет внедрять ее повсеместно.

— Это можно реализовать на региональном уровне или все-таки требуется принятие решений на уровне Федерации?

— Конечно, это должна быть федеральная система. И, думаю, ждать осталось недолго. Тем более есть заинтересованность, есть активные участники, поддерживающие эту систему. В течение года вполне реально внедрить ее на практике.

— А какие возможности повышения профессионального уровня есть сегодня у врача?

— Прежде всего важно, что необходимость обучения транслируется руководством столичного здравоохранения на всех уровнях. Для врачей это должно стать дополнительной мотивацией. Прежде чем в своей рутинной клинической работе следовать стандартам и быть готовыми отвечать за те методы диагностики, лечения, которые были назначены и проведены, следует помнить, что появилась система контроля, появился спрос на грамотных специалистов. Соответственно исполнители на местах начинают вести себя по-другому. Возможностей учиться много: это и самообразование, и курсы, которые

организовываются на постоянной основе в различных больницах, и конференции. Правда, зачастую сегодняшние курсы и конференции — это фактически кружки по интересам. При реализации обучающих программ отсутствует система входящего контроля, система оценки качества преподавания, поскольку регламентация и аккредитация профессиональными сообществами проходит один раз, а дальнейшего контроля качества преподавания не существует. А ведь должна работать и субъективная оценка обычного слушателя в виде заполненных анкет после лекций, и объективная оценка контролирующей качество организации. Только тогда организатор мероприятия может трансформировать продукт под реальные нужды врачей.

— Как формируются программы вашего учебного центра?

— В наших программах мы используем именно такой подход: стараемся очень четко реагировать на жалобы, недовольства, пожелания наших слушателей, поскольку для нас важно их регулярное посещение. Сейчас мы концентрируем усилия на формировании коротких модулей по 18–36 часов, которые впоследствии могут быть включены в систему непрерывного медицинского образования. Контент формируется на основании того, что актуально на конференциях в Европе, США, а затем адаптируется под российские реалии. При этом мы стараемся реализовать мультидисциплинарный подход к проблеме, практически по всем направлениям преподавание ведется с участием разных специалистов: например, стоматологов и лоров, рентгенологов и травматологов или рентгенологов и онкологов, онкологов и лучевых терапевтов. Сочетание на лекциях, семинарах, курсах нескольких специальностей помогает создавать совершенно уникальный контент, интересный слушателям. Специалисты из разных областей разбирают проблему с разных точек зрения. В ходе мероприятия возникают дискуссии, это вносит элемент живого обсуждения, характерного для клинических разборов.



— По каким направлениям можно пройти обучение в вашем центре?

— Сегодня у нас есть курсы по 22 направлениям. На постоянной основе проводится курс по патоморфологии с участием зарубежных специалистов. Его особенность — работа на базе нашей патоморфологической лаборатории. Используется оборудование, позволяющее симулировать диагностический процесс. Фактически через электронные микроскопы участники курса сами оценивают результаты биопсии, микропрепараты и вместе с лектором учатся ставить диагноз. Есть курс по психиатрии, охватывающий такие направления, как психоонкология, тренинги коммуникационных навыков, психосоматика, психодерматология. Постоянно проходят курсы по дерматовенерологии. Началась работа по школе неврологии. К нам приезжали руководители нейрохирургического и эпилептологического центров университетской клиники Фрайбурга, с которой у нас заключен договор о сотрудничестве, которые в течение двух дней проводили лекции, разборы клинических наблюдений пациентов вместе с неврологами из разных учреждений, собравшихся на нашей площадке. Еще одно постоянное направление — травматология. Сейчас по ней формируется программа на 2015 год в партнерстве с Российским университетом дружбы народов. Активно развиваются курсы по репродуктологии, охватывающие ЭКО и вспомогательные репродуктивные технологии. Действуют две постоянные программы по радиологии. Годовой курс по мышечно-скелетной радиологии разбит на несколько тем: коленный сустав, кисть, плечо, тазобедренный сустав, позвоночник и так далее. Второе направление по радиологии, открывшееся недавно и уже пользующееся

СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО ВРАЧ ДОЛЖЕН В ТЕЧЕНИЕ ПЯТИ ЛЕТ НАКОПИТЬ ОПРЕДЕЛЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦ ИЛИ КРЕДИТОВ ЧЕРЕЗ РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ.

большой популярностью, — онкорадиология. На каждый учебный курс собирается около 30 слушателей из Москвы и других регионов России.

На будущий год запланировано 84 курса по сестринскому делу. Хотя со средним медперсоналом работать сложнее: они в меньшей степени по сравнению с врачами мотивированы на обучение. Поэтому сейчас эти курсы фактически бесплатные, мы приглашаем медицинских сестер из всех учреждений Москвы на курсы по риск-менеджменту в сестринском деле, по коммуникациям, по эндоскопическим технологиям, по проведению химиотерапии. В планах — урология, стоматология, оториноларингология, хирургия.

— А кто платит за обучение?

— В системе непрерывного медицинского образования постулируется, что такое образование должно быть бесплатным. Но я не верю в эффективность такого подхода. Если обучение бесплатное, человек начинает считать его необязательным. Но стоит врачу хоть что-то заплатить за участие, и у процесса появляется ценность. У нас был опыт бесплатной регистрации на курс, приходят максимум 15% зарегистрировавшихся. Если курс двухдневный, не факт, что те, кто пришел, останутся на второй день. А, если ввести хотя бы небольшую стоимость — 500–1000 рублей, то зарегистрировавшиеся и заплатившие придут и пройдут курс полностью. Потому что придут люди, которым это реально нужно.

— Кто сегодня готов платить за знания?

— Наша статистика подтверждает, что 97% аудитории — работники государственных лечебных учреждений. Они готовы платить.

— А какова стоимость курсов?

— Стоимость варьируется от 1 до 15 тысяч рублей за одно- двухдневный курс. Мы стараемся учитывать интересы аудитории и ориентируемся на потребности и запросы практикующих врачей.

— Есть ли какие-то планы по взаимодействию вашего учебного центра с Департаментом здравоохранения Москвы, который сейчас крайне заинтересован в переобучении многих московских врачей?

— Планы есть, но прежде всего мы ориентированы сейчас на отработку тех программ, которые смогли бы предложить в качестве конечного продукта. Наша школа еще очень молодая, фактически в течение прошлого года проект проходил стадию формирования и созревания. Системный процесс начался в 2014 году. Чтобы провести курс, нужно решить множество вопросов: подготовить программу с учетом ее востребованности аудиторией, определить приемлемую стоимость, подготовить систему регистрации на сайте, предусмотреть понятную систему оплаты, решить вопросы с командировочными удостоверениями, договорами. Но уже сегодня все программы, которые мы проводим, включаются в план Департамента здравоохранения города Москвы. Сформировав стандартный продукт, мы готовы к его трансформации с учетом пожеланий заказчика и слушателей, и уже тогда можем предлагать его партнерам, в частности Департаменту здравоохранения Москвы, для обучения московских медиков. Таким образом, у государственных учреждений появляется возможность не создавать что-то свое, а работать с организациями, существующими на самоокупаемости, заказывая у них образовательные услуги.

— Есть уже какие-то примеры взаимодействия с московскими клиниками?

— Да, по сестринскому делу мы работаем с Первым Московским государственным медицинским университетом, на нашей базе проходят практику студенты, ординаторы, сестринский персонал медучилищ. Едут к нам коллеги и из регионов. На учебный курс «Менеджмент в радиологии», который мы проводили в апреле, приехали специалисты из 18 регионов России. На данный момент врачи из регионов составляют 10% от общей аудитории.

ИЗ ВЕКА В ВЕК

Городское здравоохранение Москвы сегодня — это сложная система организаций и учреждений, обслуживающая многомиллионное население столицы. А как же обстояло дело с организацией медицинской помощи жителям Москвы сто лет назад? Ведь и тогда, в начале XX века, городским медицинским и санитарным учреждениям приходилось обслуживать один из крупнейших городов Европы. По площади Москва занимала 3-е место (92 кв. км), уступая Лондону и Вене и превосходя Париж, Берлин и Петербург, а число жителей города составляло свыше 1,2 млн человек при ежегодном приросте населения в 15%.

Елена ШЕРСТНЁВА, кандидат исторических наук
Ирина ЕГОРЫШЕВА, кандидат исторических наук
Национальный НИИ общественного здоровья

В ведении города

Тогда, как и сейчас, ведущую роль в организации противозидемических мероприятий и обеспечении населения Москвы медицинской помощью играли не частные и не ведомственные, а городские органы и учреждения. Положение о городском общественном управлении, введенное в Москве в 1862 году, предоставило городским властям право на «участие в мероприятиях по охране народного здоровья, развитие средств врачебной помощи городскому населению, изыскание способов улучшения местных условий в санитарном отношении». В результате принятых мер к началу XX века в Москве сложилась и успешно действовала достаточно сложная система городского управления здравоохранением. Все вопросы, касающиеся открытия лечебных учреждений, их финансирования и утверждения штатов, решались городской думой. Предварительно они обсуждались специальной комиссией «общественного здоровья», состоявшей из 15 гласных думы. Врачебно-санитарной

частью заведовала городская управа, при которой имелись совещательные органы: врачебный совет (состоял из врачей — гласных городской думы, главных врачей городских больниц, начальника московского врачебного управления и др.) и ряд медицинских комиссий. Старейшей из них была созданная в 1884 году санитарная комиссия. В последующие годы при московской городской управе заработали амбулаторные, больничные, училищные комиссии, а также торгово-санитарных врачей, акушеров, психиатров и др. В 1911 году при городской управе было создано санитарно-статистическое бюро, занимавшееся разработкой материалов по санитарным условиям жизни населения города, общей и инфекционной заболеваемости.

На средства города и не только...

К началу XX века в Москве функционировало 15 больниц, находившихся в ведении городского общественного управления. По данным на 1905 год, городские

больницы Москвы имели 5135 коек и приняли 54 329 больных. Среди больниц, принадлежавших городу, большую часть составляли бывшие больницы приказа общественного призрения. Самой крупной из них являлась основанная в 1844 году Старо-Екатерининская больница для чернорабочих с филиалами: Мясницкой (1861), Яузской (1866) и Басманной больницами (1876). Старейшая московская психиатрическая больница (1809) — Преображенская (на 325 коек) — также ранее принадлежала приказу общественного призрения.

Многие лечебные учреждения передавались городу и из других ведомств. Так, в 1887 году после многолетних ходатайств из Ведомства императрицы Марии в ведение городских властей перешла 1 Градская больница (536 коек), которую город финансировал с момента ее открытия (1833). Также в ведение города перешла и больница Александровской общины сестер милосердия «Утоли моя печали» (160 коек).

Огромную роль в создании лечебных учреждений сыграли благотворители: многие больницы Москвы были построены на благотворительные средства и затем подарены городу. Так, на средства П.Г. фон Дервиз, но на земле, купленной городом, в 1876 году была построена детская больница Св. Владимира (265 коек), где принимали детей до 12-летнего возраста, в том числе грудных. А.К. Медникова построила и подарила городу больницу для неизлечимо больных с богадельней при ней (1903), а за год до этого на пожертвования В.Е. Морозова была открыта детская больница (400 коек) и на средства И.Д. Баева — Дом призрения для неизлечимо больных на 200 коек. Крупные пожертвования горожан позволили открыть в 1894 году психиатрическую больницу им. Н.А. Алексеева на 400 коек за Серпуховской заставой, на Канатчиковой даче. В ряде случаев основатели даже после передачи лечебных учреждений городу продолжали их финансировать. Так, больница для хронических больных (на 238 коек) была не только построена (1887), но и содержалась на средства братьев Бахрушиных. На тех же основаниях (по завещанию

В.А. Алексеевой) была создана небольшая Алексеевская глазная больница на 54 койки (1900), имевшая специальное детское отделение.

Ряд лечебных учреждений был создан самим городом, среди них — 2-я городская больница им. кн. А.А. Щербатова (1867), Сокольническая инфекционная больница (1898). В начале XX века началось строительство новой городской больницы на 500 коек, на которую по духовному завещанию К.Т. Солдатенкова было пожертвовано 1,2 млн рублей.

Во время эпидемий город открывал инфекционные отделения в своих больницах, а также в больницах других ведомств, оплачивая при этом содержание больных, направляемых сюда санитарными врачами и полицией. Еще с конца XIX века в Москве действовала специальная диспетчерская, державшая телефонную связь с городскими больницами, что позволяло равномерно распределять больных по лечебным заведениям.

Справедливости ради

Большой интерес представляет вопрос о доступности медицинской помощи и формах ее оплаты.

Уже тогда определенная часть медицинской помощи предоставлялась пациентам бесплатно. Согласно закону 1890 года, горожане, уплатившие в городскую казну больничный сбор в размере 1 руб. 25 коп. в год и проживавшие в Москве не менее 2-х месяцев, имели право на бесплатное лечение в городских больницах. Больничный сбор был распространен на лиц обоого пола без различия званий, нанимающихся в черте города для домашнего услужения, занимающихся извозом, ремеслом, торговлей «в разнос и развоз». Плата за лечение остальных категорий населения варь-

ровала в пределах от 4-х до 7 руб. в месяц. Больные же острозаразными и венерическими болезнями принимались бесплатно городскими больницами без уплаты больничного сбора.

Городская управа освобождала от платы за лечение несостоятельных больных. Больницы городского



ПОМИМО ГОРОДСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В МОСКВЕ ИМЕЛОСЬ ДОВОЛЬНО МНОГО МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ, ПРИНАДЛЕЖАВШИХ РАЗЛИЧНЫМ МИНИСТЕРСТВАМ, БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫМ ОБЩЕСТВАМ И ЧАСТНЫМ ЛИЦАМ, КУДА ПРЕДПОЧИТАЛИ ОБРАЩАТЬСЯ СОСТОЯТЕЛЬНЫЕ МОСКВИЧИ. СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЬНОЙ ПАЛАТЕ В НЕКОТОРЫХ ЧАСТНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ ДОСТИГАЛА 125 РУБ. В МЕСЯЦ.



Доля расходов Московского городского управления на врачебно-санитарную часть в 1910 году составляла 15% городского бюджета, однако современники, как и сейчас, считали, что врачебно-санитарная организация Москвы была недостаточна

управления обслуживали главным образом малоимущие слои населения. Согласно переписи, проведенной в больницах в 1910 году, среди пациентов московских городских больниц 21,1% составляли поденщики, безработные и лица без определенных занятий, 12,3% — домашняя прислуга, 9,4% — ремесленники, 10,1% — фабричные рабочие, 7,9% — служащие торговых предприятий и т.д. Значительную часть пациентов московских больниц составляли больные инфекционными заболеваниями (с 1905-го по 1909 год — 37,1%).

При большинстве городских больниц был организован амбулаторный прием специалистов — хирургов, терапевтов, гинекологов, а в некоторых больницах — невропатологов

и оториноларингологов. С 1886 года в Москве стали создаваться самостоятельные амбулатории, и к 1902 году их было уже 14. На одного врача в среднем приходилось по 60 больных в день.

Организация городом акушерской помощи началась в 1880 году. К 1903 году в различных частях города действовало 12 родильных приютов, общее количество коек в них составляло 138. Врачебный совет признал более целесообразным устройство крупных родильных домов с числом коек не менее 50. Причем акушерская помощь должна была охватывать беременность,

роды и послеродовый период, что соответственно должно было отразиться на структуре родильных домов. В 1905 года число коек в родовспомогательных



ГОРОДСКАЯ УПРАВА ОСВОБОЖДАЛА ОТ ПЛАТЫ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ. БОЛЬНИЦЫ ГОРОДСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ОБСЛУЖИВАЛИ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ МАЛОИМУЩИЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ. ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ ЧАСТЬ ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКИХ БОЛЬНИЦ СОСТАВЛЯЛИ БОЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

учреждениях города достигло 414, в 1906 году был открыт родильный дом им. А.А. Абрикосовой, в 1907 году — им. С.В. Лепехина. Большинство городских родовспомогательных учреждений принимало рожениц бесплатно.

Также бесплатно Городское управление Москвы организовало оспопрививание в амбулатории в Проточном переулке, в детской больнице Св. Владимира и др. За счет города содержались и приемные покои при полицейских домах, предназначенные для оказания первой помощи при травмах. В ведении городского управления состояло несколько богаделен, домов для неизлечимо больных, странноприимных домов, а также приютов для детей-сирот и рабочих домов.

Интересно, что уже тогда умели считать деньги и были озабочены их рациональным использованием. Управление имело собственный аптекарский склад, обслуживавший городские лечебные учреждения. Это позволило уменьшить расходы на лекарственное обеспечение на 30% по сравнению с ранее практикуемой системой приобретения лекарственных препаратов и медицинской техники в частных аптеках. При этом помимо городских лечебных учреждений в Москве имелось довольно много медицинских заведений, принадлежавших различным министерствам, благотворительным обществам и частным лицам, куда предпочитали обращаться состоятельные москвичи. Стоимость лечения в отдельной палате в некоторых частных лечебных заведениях достигала 125 руб. в месяц.

Под санитарным надзором

Отдельного внимания заслуживает организация санитарной службы в городе. К началу XX века московские специалисты в этой области накопили немалый опыт борьбы с массовыми заболеваниями. Москва была разделена на 18 (позднее 20) районов, каждый из которых находился в ведении санитарного врача. Наиболее неблагополучным в санитарном отношении был район Хитрова рынка,

где были сосредоточены 4 самых крупных частных ночлежных дома с населением 6 тыс. человек. Для удовлетворения потребности в жилье многочисленного пришлого рабочего люда московское городское управление содержало 6 ночлежных домов на 5650 мест. Скученность населения ночлежных домов провоцировала вспышки инфекционных заболеваний. А потому они постоянно находились в поле зрения санитарных врачей. При каждом ночлежном доме имелся приемный покой с фельдшером. Все городские ночлежные дома были снабжены специальными устройствами для дезинфекции и борьбы

с насекомыми-паразитами: здесь производилось «выжаривание» одежды в печах «Гелиос», «выжигание» насекомых на нарах и кроватях при помощи шведских паляльных ламп.

Среднее число жителей одного санитарного района города составляло 70–75 тыс. человек. Благодаря существовавшей в Москве карточной системе, сведения об острозаразных больных поступали в городскую управу, распределялись между санитарными участками и доставлялись санитарному врачу. Санитарный врач, руководствуясь полученной информацией, обходил все обозначенные дома,

а в случае подозрения на холеру обязан был нанести визит немедленно. Даже без уточнения диагноза все необходимые мероприятия производились в полном объеме: за домом устанавливалось наблюдение, производилась дезинфекция. Для обеззараживания применяли сулему, карболовую кислоту, формалин, для выгребных ям — неочищенную карболовую кислоту, негашеную известь. Этот метод борьбы с распространением заразных болезней хорошо зарекомендовал себя и получил широкое распространение.

Повседневная деятельность санитарных врачей подразумевала также осмотр отдельных владений, торгово-ремесленных заведений. Доклады санитарных врачей о найденных беспорядках служили основой для разработки и издания Московской городской думой обязательных санитарных постановлений.



К ЧИСЛУ МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ФИНАНСИРУЕМЫХ ГОРОДОМ, ОТНОСИЛОСЬ УСТРОЙСТВО БЕСПЛАТНЫХ БАНЬ ДЛЯ БЕДНЕЙШЕГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРЕДПРИНЯТОЕ ВПЕРВЫЕ В 1907 ГОДУ В СВЯЗИ С УГРОЗОЙ ЭПИДЕМИИ ТИФОВ. С 1909 ГОДА В МОСКВЕ ЗА СЧЕТ ГОРОДА ПРОВОДИЛАСЬ ПОДВОРНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ И РЕВАКЦИНАЦИЯ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ МЕРЫ ПРОТИВ ОСПЫ.

В городе осуществлялся специализированный санитарный надзор. Наблюдение за качеством пищевых продуктов в местах их приготовления и продажи и за санитарным состоянием самих помещений было возложено на 10 торгово-санитарных врачей. Пробы пищевых продуктов отправлялись на городскую санитарную станцию при гигиеническом институте Московского университета (открыта в 1891 году). На станцию была возложена также обязанность производить регулярный анализ воды городского водопровода. Колоссальная работа санитарной станции (2130 анализов) по выяснению оптимального устройства фильтров для очистки московской воды имела огромное значение для санитарного благополучия города.

В ведении городской санитарной организации был и надзор за школами и учащимися. В 1910 году городское самоуправление содержало 18 училищных врачей, в ведении которых было 320 школ с 54 тыс. учеников. В их обязанность входило обследование учащихся в начале каждого учебного года и оформление индивидуальных санитарных карт, наблюдение за ослабленными детьми, отбор детей для отправки в летние оздоровительные колонии. Училищные врачи проводили санитарно-просветительную работу, давали заключения о пригодности школьных помещений и мебели.

В ведении московского городского управления находился и санитарный надзор за проституцией. Для осмотра и лечения «публичных женщин» была устроена специальная амбулатория, при которой состояло 10 врачей, а при Мясницкой больнице было создано центральное бюро для регистрации проституток.

Хорошо, но мало

Расходы Московского городского управления на врачебно-санитарную часть уже тогда были весьма существенными и постоянно росли. Если в 1870 году их доля в общем городском бюджете составляла 5%, то в 1910-м — 15%. А если присоединить затраты города на водопровод, канализацию и общественное призрение, то общая сумма расходов доходила до 30%. Однако современники, как всегда, были настроены критично и считали, что врачебно-санитарная организация Москвы была недостаточна по отношению к огромным по тому времени размерам города и численности его населения. Но одно бесспорно: уже тогда организация медпомощи в городе была самой передовой в России.



Не медициной единой

Санитарное благополучие города в огромной степени зависело от его благоустройства и оснащенности необходимыми коммуникациями. Строительство и эксплуатация водопровода входили в компетенцию Московского городского управления. В начале XX века в Москве действовали Мытищинский (основанный еще во второй половине XVIII века), Ходынский, Преображенский, Артезианский (снабжавший городские бойни и скотопригонный двор) и Московский водопроводы. От городского водопровода было сделано 3240 домовых ответвлений. Вода в водоразборных будках отпускалась бесплатно, но на дом она подавалась за плату (12 коп. за 100 ведер). Постановка контроля над водоснабжением в Москве считалась образцовой.

Канализация начала действовать в Москве в 1898 году. Она была устроена по сплавной раздельной системе с отводом нечистот и грязных фабричных вод на поля орошения. Сухие отбросы вывозили на места свалок специальным городским обозом, который содержал 368 лошадей. В штате ассенизационной организации города работало свыше 400 человек. К канализационной московской городской сети в начале XX века было присоединено 3 тыс. владений центральной части города.

НАГРАЖДЕННЫ ЗА 2014 ГОД

В новой рубрике, которая будет появляться в последнем за текущий год номере журнала, редакция «Московской медицины», присоединяясь к поздравлениям, будет публиковать список всех московских медиков, чья работа в течение года была отмечена вниманием руководства на федеральном и городском уровне.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 03.06.2014 № 580-п и от 18.07.2014 № 743-п награждены медалью «ЗА ЗАСЛУГИ ПЕРЕД ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ»:

Шмилович Аркадий Липович, заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

Иоселиани Давид Георгиевич, директор ГБУЗ «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗМ»

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 18.07.2014 № 743-п и от 03.06.2014 № 580-п награждены ПОЧЕТНОЙ ГРАМОТОЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:

Абахова Валентина Анатольевна, медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 10 ДЗМ»

Абуталипова Рашида Хайдаровна, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Агафонова Надежда Викторовна, медицинская сестра ГБУЗ «Диагностический центр № 5 с поликлиническим отделением ДЗМ»

Азимова Анна Ильинична, заведующая операционным блоком ГБУЗ «ГКБ № 71 ДЗМ»

Акирейкина Лидия Анатольевна, заведующая учебной частью ГБОУ СПО «Медицинское училище № 19 ДЗМ»

Алдохина Татьяна Николаевна, врач-методист ГБУЗ «Диагностический центр № 5 с поликлиническим отделением ДЗМ»

Алексеева Екатерина Викторовна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «ГКБ № 7 ДЗМ»

Алтунян Вартануш Левоновна, заведующая кабинетом ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»

Андреева Валентина Петровна, медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 99 ДЗМ»

Андреева Светлана Анатольевна, врач ультразвуковой диагностики ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Андриевская Ольга Николаевна, заведующая отделением ГБУ «Лечебно-трудовые мастерские при психиатрической больнице № 3 ДЗМ»

Андрияко Ираида Георгиевна, врач стоматолог-терапевт открытого акционерного общества «Медицина»

Андрусев Антон Михайлович, заведующий отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Анистратова Галина Павловна, медицинская сестра ГБУЗ «ГКБ № 50 ДЗМ»

Анопа Надежда Викторовна, медицинская сестра ГКУЗ «Хоспис № 5 ДЗМ»

Антуфьева Римма Ильинична, врач по лечебной физкультуре ГБУЗ «ГКБ № 36 ДЗМ»

Анучина Галина Михайловна, врач-методист ГБУЗ «Городская поликлиника № 12 ДЗМ»

Асратян Саркис Альбертович, заведующий отделением ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ»

Афанасьев Владимир Викторович, водитель 3 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Афанасьева Елена Ивановна, медицинская сестра по массажу ГКУЗ «Хоспис № 5 ДЗМ»

Байдаков Александр Александрович, заведующий отделением, врач-хирург ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ»

Бандовцева Людмила Владимировна, санитарка ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

Баринков Вячеслав Ильич, врач-хирург ГБУЗ «ГБ № 56 ДЗМ»

Башаран Марина Леонидовна, врач-терапевт ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ»

Баяндин Николай Леонардович, заведующий отделением ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»

Белоусова Татьяна Николаевна, врач стоматолог-терапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

Бери Вадим Ефимович, заведующий отделением ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ»

Беспалова Нина Даниловна, заместитель заведующего отделом безрецептурного отпуска ЗАО «Аптека № 72 «На Автозаводской»

Бесчетнова Елена Борисовна, врач-педиатр ГБУЗ «Тушинская детская городская больница ДЗМ»

Богданова Татьяна Михайловна, рентгенолаборант ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Болотов Андрей Васильевич, заведующий отделением ГБУЗ «ГКБ № 79 ДЗМ»

Большакова Марина Николаевна, врач по лечебной физкультуре филиала № 8 ГБУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Борисенко Ольга Андреевна, врач-педиатр филиала № 2 ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 105 ДЗМ»

Борисов Василий Иванович, заместитель главного врача по химиотерапии ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1 ДЗМ»

Бровкина Валентина Евгеньевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Будяк Ирина Валентиновна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»

Букарева Галина Евгеньевна, техник ГБУЗ «ГКБ № 81 ДЗМ»

Букреева Елена Анатольевна, заведующая отделением ГБУЗ «НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗМ»

Быкова Галина Ивановна, лаборант ГБУЗ «Городская поликлиника № 25 ДЗМ»

Быкова Екатерина Вячеславовна, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Валуева Светлана Юрьевна, заместитель заведующего отделом аптечного склада № 2 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Вальц Наталья Львовна, заведующая отделением ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Варламова Лидия Григорьевна, врач-терапевт ГБУЗ «Городская поликлиника № 202 ДЗМ»

Варьясова Валентина Анатольевна, начальник отдела правового обеспечения и кадровой политики ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения СВАО города Москвы»

Васильева Любовь Валентиновна, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «ГКБ № 71 ДЗМ»

Васильева Надежда Петровна, заведующая отделением ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ»

Ватагин Андрей Анатольевич, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Ватажникова Наталья Ивановна, бухгалтер ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 5 ДЗМ»

Вахин Борис Леонидович, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Ведехина Надежда Юрьевна, медицинская сестра филиала Тушинский ГБУЗ «МНПЦ дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Визенкова Ольга Петровна, медицинская сестра ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Винник Раиса Сергеевна, врач-лаборант ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»

Виноградова Наталья Алексеевна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1 ДЗМ»

Витковская Светлана Мечеславовна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 48 ДЗМ»

Власовских Роман Владимирович, заместитель главного врача по медицинской части — филиала № 5 ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Власова Тамара Викторовна, бухгалтер ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 5 ДЗМ»

Волин Михаил Владимирович, фельдшер бригады ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ»

Волкова Ольга Евгеньевна, заведующая отделением ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр по специфической иммунопрофилактике ДЗМ»

Воловик Нина Самуиловна, врач-кардиолог ГБУЗ «Диагностический центр № 5 с поликлиническим отделением ДЗМ»

Володыева Елена Борисовна, заведующая отделением ГБУЗ «Станция переливания крови ДЗМ»

Вольвак Татьяна Сергеевна, преподаватель дисциплины «Сестринское дело в педиатрии» ГБОУ СПО города Москвы «Медицинский колледж № 8 ДЗМ»

Воронина Елена Анатольевна, заведующая отделом ГБУЗ «Центральный объединенный архив ДЗМ»

Воробьева Галина Юрьевна, заместитель начальника Управления делами и координации деятельности ДЗМ

Вылегжанина Надежда Петровна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 180 ДЗМ»

Габоян Яна Сергеевна, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»

Гаврилина Ирина Сергеевна, старшая медицинская сестра ГКУЗ «Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжёлыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих ДЗМ»

Гаврилова Светлана Николаевна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»

Гайда Галина Сергеевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Галкина Ирина Всеволодовна, заведующая психиатрическим отделением ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Гарина Наталья Александровна, старший фармацевт аптечного склада № 1 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Гаскина Леонора Владимировна, заведующая отделением ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»

Геворкян Ашот Рафаэлович, заведующий отделением филиала № 2 ГБУЗ «Городская поликлиника № 195 ДЗМ»

Герасимова Светлана Юрьевна, врач детский хирург ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Гераськин Александр Иванович, врач по лечебной физкультуре ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ»

Гинзбург Борис Иосифович, врач акушер-гинеколог филиала № 1 ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ»

Гичан Степан Степанович, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Гладкова Ольга Леонидовна, зубной техник ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

Глебов Игорь Николаевич, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой ДЗМ»

Глоба Валентина Николаевна, заведующая отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы»

Гогичаев Тамерлан Казбекович, заместитель главного врача по медицинской части филиала № 2 ГБУЗ «Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»

Голубева Ольга Анатольевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Тушинская детская городская больница ДЗМ»

Гончаренко Валентина Андреевна, преподаватель ГБОУ СПО «Медицинский колледж № 3 ДЗМ»

Горлова Наталья Викторовна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 36 ДЗМ»

Горская Людмила Николаевна, заведующая отделением ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. Г.А. Захарьина ДЗМ»

Горшенкова Елена Юрьевна, фельдшер бригады ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ

Горянская Ирина Анатольевна, заведующая отделом ГКУЗ «Центральный объединенный архив ДЗМ»

Граников Олег Дмитриевич, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Григорян Аршак Степанович, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 4 ДЗМ»

Гришакова Валентина Владимировна, главный бухгалтер ЗАО «Аптека № 72 «На Автозаводской»

Гришина Ирина Алексеевна, медицинская сестра ГБУЗ «Московский городской центр реабилитации больных со спинномозговой травмой и последствиями детского церебрального паралича ДЗМ»

Гришко Татьяна Николаевна, заведующая отделением филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Гудков Александр Николаевич, заведующий отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 81 ДЗМ»

Гудкова Татьяна Ивановна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Гусев Андрей Станиславович, врач ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Гусева Ирина Максимовна, заместитель главного врача по поликлинической работе ЗАО «Юропиан Медикал Сентер»

Данилов Сергей Юрьевич, заведующий отделением ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Даудова Зурахан Шамсудиновна, врач-фтизиатр ГКУЗ «Туберкулезная больница № 11 ДЗМ»

Дворников Анатолий Вячеславович, заведующий отделением ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр по специфической иммунопрофилактике ДЗМ»

Дементьева Любовь Михайловна, врач-дерматовенеролог филиала «Бабушкинский» ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Демьянова Галина Анатольевна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 12 ДЗМ»

Денисова Марина Сергеевна, заместитель главного врача по медицинской части филиала № 4 ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»

Дзядчик Александр Валерьевич, врач-хирург ГБУЗ «Тушинская детская городская больница ДЗМ»

Димант Лариса Евгеньевна, врач-дерматовенеролог Медицинского центра ООО «Дэрайс» ООО «Группа компаний СМ-Клиника»

Дрожжин Николай Викторович, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Дроздов Игорь Владимирович, заведующий отделением ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Дудина Любовь Викторовна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Евдокимова Наталья Николаевна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 36 ДЗМ»

Евланова Людмила Васильевна, врач клинической лабораторной диагностики ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ»

Ермакова Елена Львовна, ведущий специалист отдела № 1 открытого акционерного общества «Столичные аптеки»

Ефремова Елизавета Ростиславовна, врач функциональной диагностики ГБУЗ «Городская поликлиника № 220 ДЗМ»

Жданова Елена Викторовна, технический сотрудник ЗАО «СИА ИНТЕРНЕЙШНЛ ЛТД»

Живоденко Владимир Семенович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 218 ДЗМ»

Жукова Нина Васильевна, мастер участка ГБУ «Лечебно-трудовые мастерские при психиатрической больнице № 3 ДЗМ»

Журавлева Надежда Ивановна, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 104 ДЗМ»

Журбенко Раиса Сергеевна, врач-педиатр ГКУЗ «Туберкулезная больница № 11 ДЗМ»

Зарубин Николай Михайлович, начальник отдела стационарной и специализированной медицинской помощи Управления организации медицинской помощи ДЗМ

Заседателева Елена Владимировна, акушерка ГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 ДЗМ»

Зверев Борис Николаевич, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Золотарева Нина Николаевна, заведующая физиотерапевтическим кабинетом, врач-физиотерапевт ГКУЗ «Детский кардиологический санаторий № 20 «Красная Пахра» ДЗМ»

Зыков Аркадий Евгеньевич, врач-онколог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 40 ДЗМ»

Зюзева Анастасия Борисовна, старшая медицинская сестра ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ»

Иванов Сергей Егорович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»

Иванчик Дмитрий Валентинович, старший врач ГКУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи ДЗМ»

Ивлев Вячеслав Кузьмич, водитель 3 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Илюшин Владимир Иванович, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Исаева Ирина Ивановна, старшая медицинская сестра филиала «Останкинский» ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Ишунина Анна Сергеевна, заведующая отделением медицинской статистики ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн ДЗМ»

Калинина Ирина Владимировна, врач-невролог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 23 им. Медсантруд ДЗМ»

Калугина Юлия Сергеевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Камилов Таймасхан Шамсулвараевич, врач стоматолог-терапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 7 ДЗМ»

Капустина Наталья Германовна, врач аллерголог-иммунолог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Карасева Галина Васильевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»

Квасова Ольга Васильевна, заведующая отделением, врач-невролог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 ДЗМ»

Кирющенко Раиса Владимировна, руководитель аптеки № 2/50 ОАО «Столичные аптеки»

Китаева Татьяна Александровна, рентгенолаборант ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 50 ДЗМ»

Клейменова Светлана Игоревна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская поликлиника № 12 ДЗМ»

Климов Григорий Владимирович, заведующий филиалом по ЮАО г. Москвы ГКУ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Климов Сергей Викторович, врач травматолог-ортопед ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Климчук Олег Владимирович, заведующий отделением ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗМ»

Клюквин Иван Юрьевич, заведующий отделением ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Кобзева Элеонора Александровна, специалист по социальной работе ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ»

Ковкин Игорь Александрович, заведующий отделением ГБУЗ «Тушинская детская городская больница ДЗМ»

Козлова Елена Александровна, старшая акушерка ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»

Козлова Татьяна Ливерьевна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ»

Козырева Елена Михайловна, медицинская сестра операционная ГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 ДЗМ»

Коковина Галина Григорьевна, заведующая филиалом № 13 ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Колударова Екатерина Мстиславовна, заведующая отделением ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ»

Кольцова Валентина Ивановна, врач-оториноларинголог ГБУЗ «Медико-санитарная часть № 51 ДЗМ»

Кондрашкина Любовь Александровна, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Конорев Александр Олегович, врач-уролог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗМ»

- Корнев Анатолий Васильевич**, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»
- Корноухова Людмила Сергеевна**, фельдшер бригады ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ
- Костенко Елена Владимировна**, заведующая филиалом № 6 ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»
- Котлярова Татьяна Ивановна**, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 28 ДЗМ»
- Котова Ирина Юрьевна**, заведующая клинико-диагностической лабораторией ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»
- Кочемасов Михаил Кириллович**, заместитель директора ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
- Кочкарева Светлана Сергеевна**, заведующая отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»
- Кошелева Вера Васильевна**, медицинская сестра ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»
- Красоткина Светлана Михайловна**, врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 105 ДЗМ»
- Кременецкая Людмила Григорьевна**, сестра-хозяйка ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ»
- Крутова Нина Владимировна**, бухгалтер ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»
- Крылова Ольга Ивановна**, акушерка ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ»
- Крюкова Ирина Анатольевна**, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»
- Крюкова Галина Павловна**, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
- Кузнецова Наталия Аркадьевна**, медицинская сестра перевязочная ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ»
- Кузнецова Ольга Михайловна**, врач-терапевт ГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 ДЗМ»
- Кузнецова Ирина Викторовна**, заведующая аптекой ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50 ДЗМ»
- Кузнецова Лариса Михайловна**, заведующая приемным отделением клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»
- Кузнецова Нина Петровна**, заведующая отделением филиала № 1 ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ»
- Кузнецова Елена Николаевна**, фельдшер ГКУЗ «Хоспис № 5 ДЗМ»
- Кузьмин Дмитрий Евгеньевич**, заведующий отделением клиники № 1 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»
- Кузьмичева Светлана Валентиновна**, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 220 ДЗМ»
- Купор Наталья Михайловна**, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 6 ДЗМ»
- Лазарева Александра Васильевна**, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»
- Ламыко Людмила Григорьевна**, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»
- Ларина Ольга Вячеславовна**, фельдшер-лаборант ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 ДЗМ»
- Ларькина Нина Васильевна**, медицинский статистик ГБУЗ «Городская клиническая больница № 81 ДЗМ»

Лебедева Елена Анатольевна, врач-хирург ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Левчук Александр Львович, заведующий отделением ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Лескина Ольга Алексеевна, медицинская сестра ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. Г.А. Захарьина ДЗМ»

Лисицкий Александр Николаевич, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1 ДЗМ»

Литвинова Татьяна Павловна, ведущий бухгалтер ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Луценко Тамара Ральфовна, врач-терапевт ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Львова Елена Алексеевна, врач-оториноларинголог открытого акционерного общества «Медицина»

Лялина Валентина Степановна, врач анестезиолог-реаниматолог филиала № 2 ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»

Ляшенко Нина Владимировна, медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 99 ДЗМ»

Малинников Владимир Валерьянович, заместитель генерального директора ЗАО фирма ЦВ «Протек»

Макаркина Надежда Родионовна, медицинская сестра палатная ГБУЗ «Городская клиническая больница № 20 ДЗМ»

Марисова Татьяна Юрьевна, заместитель заведующего отделом ОАО «Аптека № 35 «На Солянке»

Маркин Николай Львович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 201 ДЗМ»

Марковец Зоя Борисовна, рентгенолаборант ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ»

Мартынов Алексей Иванович, главный врач ГКУЗ «Хосписа № 4 ДЗМ»

Марцинковская Елена Алексеевна, врач-терапевт ГБУЗ «Городская поликлиника № 8 ДЗМ»

Медоев Сослан Батразович, врач-нейрохирург ГБУЗ «Тушинская детская городская больница ДЗМ»

Мезякова Любовь Ивановна, врач акушер-гинеколог филиала № 1 ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ»

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич, управляющий партнер компании «Фарм СИ АЙ ЭС»

Мерзьякко Лариса Константиновна, врач функциональной диагностики открытого акционерного общества «Медицина»

Михайленко Татьяна Михайловна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»

Михайлова Елена Алексеевна, заведующая кабинетом ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ»

Моисеенко Алексей Эдуардович, заместитель главного врача по хирургии, врач-уролог ООО «ДЕТЗДРАВ» ООО «Группа компаний СМ-Клиника»

Морозова Ирина Вячеславовна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 22 ДЗМ»

Мурадян Вера Геннадьевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Щербинская городская больница ДЗМ»

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Назарова Галина Александровна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Неустроева Елена Петровна, главный специалист отдела руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Низовцева Марина Игоревна, заведующая аптекой № 15 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Николаев Валерий Михайлович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»

Никонов Сергей Владимирович, врач мануальной терапии ГБУЗ «Центр мануальной терапии ДЗМ»

- Новикова Наталья Евгеньевна**, заведующая аптечным складом ООО «Полис»
- Носова Елена Юрьевна**, ведущий научный сотрудник ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»
- Овсянникова Галина Яковлевна**, заведующая отделением ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
- Овчинников Алексей Игоревич**, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»
- Овчинникова Ирина Александровна**, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 220 ДЗМ»
- Оганезова Гульнара Саидовна**, заместитель главного врача по клиничко-экспертной работе клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»
- Огиенко Галина Семеновна**, фельдшер-лаборант филиала Савеловский ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»
- Оглио Елена Георгиевна**, медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»
- Одарюк Оксана Анатольевна**, заместитель главного врача по медицинской части филиала № 1 ГБУЗ «Городская поликлиника № 8 ДЗМ»
- Омельчук Татьяна Егоровна**, провизор-технолог аптеки № 21 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»
- Орел Надежда Петровна**, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 150 ДЗМ»
- Осокина Елена Анатольевна**, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Родильный дом № 4 ДЗМ»
- Острейко Людмила Иосифовна**, заведующая диспансерным отделением ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»
- Оськина Валентина Сергеевна**, медицинская сестра ГБУЗ «Детская психиатрическая больница № 11 ДЗМ»
- Павликова Елена Петровна**, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»
- Павличева Нина Витальевна**, первый заместитель генерального директора по персоналу ЗАО фирма ЦВ «Протек»
- Панферова Елена Георгиевна**, врач стоматолог-терапевт ГБУЗ «Городская поликлиника № 202 ДЗМ»
- Парашкина Татьяна Анатольевна**, врач-терапевт ГБУЗ «Городская поликлиника № 201 ДЗМ»
- Пересторонина Любовь Дмитриевна**, заведующая отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 129 ДЗМ»
- Перетрухин Михаил Васильевич**, водитель 2 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»
- Петриков Сергей Сергеевич**, заместитель директора — руководитель регионального сосудистого центра ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
- Петрова Светлана Юрьевна**, заведующая патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»
- Пивоварова Надежда Сергеевна**, заведующая клиничко-диагностической лаборатории ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»
- Племянова Галина Юрьевна**, заведующая отделением ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 65 ДЗМ»
- Пожарская Наталья Ивановна**, главный врач ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
- Полежаева Александра Владимировна**, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
- Полтарев Сергей Васильевич**, заведующий отделением ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ»
- Попов Юрий Яковлевич**, врач-уролог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ»

Поползухин Виктор Германович, программист ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ»

Портнова Татьяна Владимировна, врач-невролог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 71 ДЗМ»

Потекаев Николай Николаевич, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Правдина Валентина Тимофеевна, врач по лечебной физкультуре филиала № 14 ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Правова Татьяна Алексеевна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская больница № 3 ДЗМ»

Прокопьева Марина Валерьевна, сестра-хозяйка ГБУЗ «Городская клиническая больница № 81 ДЗМ»

Пронина Светлана Владимировна, помощник врача-эпидемиолога ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр по специфической иммунопрофилактике ДЗМ»

Проценко Денис Николаевич, заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Пчелкина Галина Викторовна, заведующая отделением ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр по специфической иммунопрофилактике ДЗМ»

Рабинович Марьяна Яковлевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Щербинская городская больница ДЗМ»

Рванцова Татьяна Викторовна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»

Рея Надежда Анатольевна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ»

Ровинская Ирина Константиновна, врач по спортивной медицине филиала № 9 ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Рождественский Максим Анатольевич, врач-оториноларинголог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50 ДЗМ»

Румянцева Вера Леонидовна, главный врач ГКУЗ «Детский бронхолегочный санаторий № 8 ДЗМ»

Савельева Татьяна Вячеславовна, заведующая отделением ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ»

Самохина Наталия Юрьевна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ»

Самыгина Раиса Павловна, врач-терапевт ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Сапрыкина Елена Анатольевна, заведующая отделением ГБУЗ «Станция переливания крови ДЗМ»

Сафронова Светлана Яковлевна, воспитатель ГКУЗ «Детский бронхолегочный санаторий № 68 ДЗМ»

Севостьянова Ирина Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части филиала № 5 ГБУЗ «Диагностический центр № 5 с поликлиническим отделением ДЗМ»

Сергейко Ирина Владимировна, врач акушер-гинеколог Медицинского центра ООО «Дэрайс» ООО «Группа компаний СМ-Клиника»

Сивальнев Николай Иванович, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая больница № 2 им. О.В. Кербилова ДЗМ»

Сивкова Наталия Владимировна, медицинская сестра ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Симдянкина Елена Викторовна, заведующая отделением филиала № 1 ГБУЗ «Городская поликлиника № 36 ДЗМ»

Сиренова Ирина Олеговна, заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Городская клиническая больница № 12 ДЗМ»

Склянчук Евгений Дмитриевич, заведующий ортопедическим отделением негосударственного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на станции Люблино» открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

Слушная Тамара Анатольевна, старший бухгалтер ЗАО Аптека № 72 «На Автозаводской»

Смирнова Ольга Анатольевна, директор по развитию ЗАО фирма ЦВ «Протек»

Смирнова Наталья Алексеевна, врач лечебной физкультуры ГБУЗ «Московский городской центр реабилитации больных со спинномозговой травмой и последствиями детского церебрального паралича ДЗМ»

Смирнова Ольга Валентиновна, медицинская сестра филиала № 2 по СЗАО ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Смирнова Анна Владимировна, заместитель директора по учебной работе ГБОУ СПО «Медицинский колледж № 4 ДЗМ»

Сокол Ольга Абрамовна, заведующая отделением ГБУЗ «Городская больница № 3 ДЗМ»

Сокольская Наталия Юрьевна, медицинская сестра по массажу ГКУЗ «Центр медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих ДЗМ»

Солиева Зумрат Сотволдиевна, заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ»

Спирина Любовь Сергеевна, заместитель директора ГБОУ СПО «Медицинское училище № 1 ДЗМ»

Стародубова Любовь Владимировна, заведующая складом ГБУЗ «Детская психиатрическая больница № 11 ДЗМ»

Степанов Александр Валентинович, заведующий отделением ГБУЗ «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗМ»

Строкина Татьяна Владимировна, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ»

Суворова Наталья Николаевна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская поликлиника № 3 ДЗМ»

Сударушкина Лидия Владимировна, рентгенолаборант ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

Суровцева Ирина Робертовна, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 6 ДЗМ»

Сурьгина Галина Ивановна, рентгенолаборант ГБУЗ «Городской клинической больницы им. С.П. Боткина ДЗМ»

Сухоруков Олег Евгеньевич, заведующий отделением ГБУЗ «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗМ»

Талькова Марина Васильевна, медицинская сестра ГБУЗ «Детская психиатрическая больница № 11 ДЗМ»

Тарасов Андрей Викторович, фельдшер выездной бригады ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ

Тарусин Дмитрий Игоревич, заведующий центром детской и подростковой андрологии ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 131 ДЗМ»

Тахирзаде Тахир Бахлул оглы, заведующий отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 ДЗМ»

Тер-Абрамян Сусанна Давидовна, врач стоматолог-терапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 23 ДЗМ»

Тibaкова Елена Адольфовна, врач-токсиколог ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Титов Борис Александрович, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Кваченко Елена Викторовна, заместитель директора по науке ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр ДЗМ»

Толкачева Валентина Дмитриевна, врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»

Точилкина Валентина Владимировна, фельдшер-лаборант ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 ДЗМ»

Тришина Галина Викторовна, заведующая отделом безрецептурного отпуска ОАО «Аптека № 35 «На Солянке»

Трушин Юрий Викторович, водитель 3 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»

Тюрина Алла Владимировна, врач лечебной физкультуры ГБУЗ «Московский городской центр реабилитации больных со спинномозговой травмой и последствиями детского церебрального паралича ДЗМ»

Улан Наталья Алексеевна, главный бухгалтер ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 53 ДЗМ»

Успенская Ирина Авенировна, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 10 ДЗМ»

Ушакова Галина Борисовна, врач-физиотерапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 32 ДЗМ»

Филипенко Марина Владимировна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Фомина Светлана Эдуардовна, заведующая отделением ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр по специфической иммунопрофилактике ДЗМ»

Фрейман Георгий Ефимович, заведующий лабораторией ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ»

Фролова Нина Владимировна, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Халикова Екатерина Борисовна, медицинская сестра ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Хандзрацян Ара Саргисович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 36 ДЗМ»

Хитрова Ирина Александровна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»

Хлопкова Светлана Викторовна, врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50 ДЗМ»

Хоконов Мухамед Амирханович, заведующий отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ»

Хрипун Алексей Иванович, руководитель Департамента здравоохранения Москвы

Хрупова Марина Андреевна, администратор ООО «Фирма «Дантист»

Царев Владислав Михайлович, главный инженер Государственного унитарного предприятия города Москвы «Гормедтехника»

Цицишвили Тамара Георгиевна, заведующая отделением ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 143 ДЗМ»

Цыганова Наталья Васильевна, ведущий экономист ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Чередниченко Наталья Юрьевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 12 ДЗМ»

Чередниченко Тамара Григорьевна, заместитель заведующего аптекой № 51 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Черемин Роман Авенирович, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Психиатрическая больница №10 ДЗМ»

Черная Марина Эдуардовна, заместитель главного врача ГБУЗ «Городская клиническая больница № 23 им. Медсантруд ДЗМ»

Чимина Татьяна Викторовна, врач стоматолог-физиотерапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

Чувилина Ольга Николаевна, рентгенолаборант ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»
Чудакова Вера Владимировна, главная медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 15 ДЗМ»
Шачнева Татьяна Юрьевна, руководитель отдела по практическому обучению ГБОУ СПО «Медицинский колледж № 4 ДЗМ»
Швец Наталья Олеговна, медицинская сестра ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»
Шерипова Лорета Вахаевна, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Городская больница № 56 ДЗМ»
Шилкина Светлана Викторовна, главный специалист отдела координации деятельности дирекций и контроля качества медицинской помощи в административных округах Управления по работе с округами ДЗМ
Ширина Марина Николаевна, начальник отдела закупок ЗАО фирма ЦВ «Протек»
Широков Анатолий Евгеньевич, водитель 1 класса государственного унитарного предприятия «Мосавтосантранс»
Шленская Любовь Александровна, врач стоматолог-ортопед ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»
Шмелева Ольга Михайловна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 67 ДЗМ»
Шмельков Владимир Борисович, водитель ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»
Шумакова Ольга Николаевна, врач-педиатр открытого акционерного общества «Медицина»
Шурыгин Вадим Геннадьевич, заведующий ортопедическим отделением ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»
Эльдарова Патимат Аслудиновна, врач-терапевт ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»
Юдина Валентина Анатольевна, врач-педиатр ГКУЗ «Детский бронхолегочный санаторий № 12 ДЗМ»
Юсупова Шакият Сагид-Батталовна, заведующая отделением филиала № 1 ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 ДЗМ»
Яворовская Мария Марковна, заведующая отделением ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗМ»
Ясан Елена Макаровна, врач-физиотерапевт ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 34 ДЗМ»
Яхонтов Николай Николаевич, врач стоматолог-ортопед ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 3 ДЗМ»

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 18.07.2014 г. № 743-п награждены нагрудным знаком «ОТЛИЧНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»:

Алихашкина Татьяна Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части Консультативно-диагностического центра «Арбатский» ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
Арабаджян Игорь Саркисович, заместитель директора по хирургии ГБУЗ «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗМ»
Баева Галина Васильевна, заведующая лабораторией ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 105 ДЗМ»
Банарь Сергей Иванович, врач-оториноларинголог ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина ДЗМ»
Бахарева Елена Александровна, врач-невролог ООО «СМ-Клиника»
Варфоломеева Елена Сергеевна, врач-офтальмолог ГБУЗ «Городская поликлиника № 201 ДЗМ»
Виноградова Галина Ивановна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 71 ДЗМ»

Голованова Надежда Викторовна, руководитель группы льготного лекарственного обеспечения материально-технического отдела ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения ВАО города Москвы»

Графова Наталья Васильевна, заведующая отделом аптечного склада № 2 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Ермилова Татьяна Алексеевна, медицинская сестра ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Иванникова Марина Викторовна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9 ДЗМ»

Кадников Юрий Николаевич, заведующий травматологическим пунктом ГБУЗ «Щербинская городская больница ДЗМ»

Леменев Владимир Леонович, главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Ловчинский Евгений Валентинович, заведующий отделением гемодиализа ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн № 2 ДЗМ»

Лужников Евгений Алексеевич, заведующий научным отделением ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Магкоева Земфира Григорьевна, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Городская поликлиника № 69 ДЗМ»

Мышева Татьяна Михайловна, заведующая отделом аптечного склада № 1 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Меркулова Анна Валентиновна, врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7 ДЗМ»

Михайлова Галина Валентиновна, врач судебно-медицинской экспертизы ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ»

Наумов Олег Михайлович, врач-психиатр ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ»

Овчинникова Ирина Ивановна, старший фармацевт аптечного склада № 1 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Олейникова Наталья Анатольевна, заместитель заведующего аптекой № 67 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, первый заместитель директора ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ»

Пруцкова Елена Евгеньевна, медицинская сестра ГКУЗ «Туберкулезная больница № 11 ДЗМ»

Рыкова Таисия Дмитриевна, врач-невролог ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Сапожникова Наталья Александровна, заведующая отделением ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ»

Седова Елена Юрьевна, медицинская сестра ГБУЗ «Городская поликлиника № 25 ДЗМ»

Сидоренкова Татьяна Егоровна, заведующая аптекой ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»

Стрелкова Елена Владимировна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница № 71 ДЗМ»

Субботина Елена Васильевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 105 ДЗМ»

Устинова Нина Васильевна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Психиатрическая больница № 2 им. О.В. Кербикова ДЗМ»

Федотова Татьяна Владимировна, старшая медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 15 ДЗМ»

Хамзалиева Рахно Бакировна, заместитель директора по клинико-экспертной работе ГБУЗ «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗМ»

Черкасова Татьяна Александровна, медицинская сестра ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 15 ДЗМ»

Цыплякова Татьяна Михайловна, медицинская сестра ГБУЗ «Щербинская городская больница ДЗМ»
Шапаренко Жанна Борисовна, врач-рентгенолог ГБУЗ «Городская клиническая больница № 71 ДЗМ»
Шауро Любовь Николаевна, старшая медицинская сестра ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина ДЗМ»
Якушин Анатолий Анатольевич, заведующий отделением ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ»

В соответствии с указами мэра Москвы от 03.02.2014 г. № 4-УМ и № 58-УМ и от 15 апреля 2014 года № 16-УМ присвоено почетное звание «ПОЧЕТНЫЙ РАБОТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»:

Борисовой Лилии Борисовне, лаборанту филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЗелАО города Москвы
Болдыревой Александре Николаевне, старшей операционной медицинской сестре операционного блока хирургических отделений ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»
Котаевой Елене Александровне, заведующей 5-м кардиологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»
Митрофановой Лидии Васильевне, врачу-бактериологу филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЗелАО города Москвы
Федотовой Валентине Викторовне, медицинскому технологу ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ»
Швейковской Людмиле Николаевне, врачу-эпидемиологу филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЗелАО города Москвы

В соответствии с распоряжением мэра Москвы от 25.08.2014 г. № 455-РП, от 17.10.2014 г. № 586-РП, от 09.06.2014 г. № 283-РП, от 19.06.2014 г. № 315-РП, от 09.06.2014 г. № 284-РП и от 17.10.2014 г. № 587-РП награждены ПОЧЕТНОЙ ГРАМОТОЙ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ:

Александрова Зинаида Федоровна, заведующая отделением ГКУЗ «ТКБ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина ДЗМ»
Вторенко Владимир Иванович, главный врач ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
Коршунов Игорь Борисович, заведующий 3 хирургическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»
Макарова Ирина Марковна, лаборант ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ»
Маринин Анатолий Васильевич, врач-невролог ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ
Моргунов Леонид Юльевич, заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»
Музыкантов Михаил Константинович, врач травматолог-ортопед ГБУЗ «МНПЦ МРВСМ ДЗМ»
Челнокова Любовь Петровна, главная медицинская сестра ГКУЗ «ТКБ №3 им. профессора Г.А. Захарьина ДЗМ»
Юрченко Александр Георгиевич, инструктор по лечебной физкультуре ГБУЗ «Городская поликлиника № 107 ДЗМ»
 а также: ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ», МНПЦ дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, ГКУЗ «ТБ № 11 ДЗМ», ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

В соответствии с распоряжениями мэра Москвы от 31.03.2014 г. № 246-РМ, от 09.06.2014 г. № 449-РМ, от 01.09.2014 г. № 717-РМ, от 19.06.2014 г. № 495-РМ, от 17.10.2014 г. № 904-РМ, от 08 апреля 2014 г. № 264-РМ объявлена БЛАГОДАРНОСТЬ МЭРА МОСКВЫ:

Аппазовой Ирине Эдуардовне, заведующей отделением реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «ГКБ № 52»

Бухариной Любови Николаевне, заместителю главного врача ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 94 ДЗМ»

Борисовой Людмиле Анатольевне, медицинской сестре по массажу ГБУЗ «Городская поликлиника № 64 ДЗМ»

Гагиной Марии Владимировне, акушерке филиала № 1 родильного дома № 4 ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ»

Гороховой Марине Витальевне, медицинской сестре хирургического отделения ГБУЗ «Городская поликлиника № 219 ДЗМ»

Грисяк Елене Валерьевне, медицинской сестре отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «ДИКБ № 6 ДЗМ»

Гришанину Олегу Борисовичу, заведующему 1 травматологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

Дымковцу Василию Павловичу, заведующему гинекологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Дьячковой Анне Анатольевне, врачу-дерматовенерологу ГБУЗ «МНПЦ МРВСМ ДЗМ»

Карташовой Наталье Георгиевне, рентгенолаборанту ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 60 ДЗМ»

Коваленко Любови Александровне, старшей операционной медицинской сестре ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Костычевой Людмиле Александровне, фармацевту аптеки № 32 ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения и контроля качества ДЗМ»

Куриловой Наталье Александровне, главной медицинской сестре ГБУЗ «ИКБ №1 ДЗМ»

Лихваткиной Екатерине Алексеевне, медицинской сестре ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщикова ДЗМ»

Лукиной Оксане Сергеевне, медицинской сестре отделения хирургии ГБУЗ «Детская городская поликлиника №105 ДЗМ»

Мерзляковой Лидии Михайловне, медицинской сестре неврологического отделения ГБУЗ «Городская поликлиника № 67 ДЗМ»

Мухтасаровой Татьяне Радиковне, первому заместителю руководителя Департамента здравоохранения Москвы

Оводковой Оксане Петровне, врачу анестезиологу-реаниматологу ГБУЗ «ГКБ № 36 ДЗМ»

Полузктовой Оксане Александровне, медицинской сестре ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщикова ДЗМ»

Разумову Александру Николаевичу, директору ГБУЗ «МНПЦ МРВСМ ДЗМ»

Сакулину Виктору Андреевичу, врачу СМП ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ»

Салмановой Карине Османовне, врачу-онкологу ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщикова ДЗМ»

Синицыной Нине Николаевне, врачу-фтизиатру приемного отделения ГКУЗ «ТКБ №3 им. профессора Г.А. Захарьина ДЗМ»

Соловьевой Светлане Юрьевне, зубному технику ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 34 ДЗМ»

Суровикиной Юлии Евгеньевне, врачу стоматологу-терапевту ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 22 ДЗМ»

Фетисовой Наталии Петровне, медицинской сестре участковой ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 122 ДЗМ»

Хатунцевой Ольге Юрьевне, врачу СМП ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ»

Цапуку Николаю Васильевичу, директору ГКУЗ «Центральный объединенный архив ДЗМ»

Чеботареву Эдуарду Юрьевичу, врачу анестезиологу-реаниматологу ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»

Шленовой Наталье Юрьевне, фельдшеру ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ»

Юшину Павлу Евгеньевичу, фельдшеру ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ», а также: ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщикова ДЗМ»

В соответствии с указом мэра Москвы от 27 июня 2014 года № 34-УМ вручена ПРЕМИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ.

За разработку и внедрение в практику московского здравоохранения новых минимально инвазивных методов диагностики и лечения заболевания щитовидной железы коллективу в составе:

Иванов Юрий Викторович, заведующий отделением хирургии ФГБУЗ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Панченков Дмитрий Николаевич, профессор кафедры эндоскопической хирургии ФПО ГБОУ ВПО «МГМСУ» МЗ РФ

Соловьев Николай Алексеевич, врач-хирург ФГБУ «ФНКЦ специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА»

Шарбаро Валентин Ильич, заведующий ожоговым отделением ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ

За проведение клинко-эпидемиологических исследований эпилепсии и разработку научно-обоснованных стратегий помощи больным в городе Москве коллективу в составе:

Акжигитов Ренат Гайясович, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Гехт Алла Борисовна, директор ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Гудкова Анна Алексеевна, заместитель директора ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Каймовский Игорь Леопольдович, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «ГКБ №12 ДЗМ»

Лебедева Анна Валерьяновна, главный научный сотрудник ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ

Мильчакова Лариса Евгеньевна, заведующая отделом ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр ДЗМ»

Саликов Александр Викторович, главный врач ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ»

За разработку и практическое внедрение инновационных эндоскопических технологий лечения гидроцефалии у детей коллективу «НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗМ» в составе:

Петраки Виктор Леонович, ведущий научный сотрудник,

Притько Андрей Георгиевич, директор,

Симерницкий Борис Петрович, руководитель отдела нейрохирургии и хирургии новорожденных

За создание монографии «Энтерология. Руководство для врачей»

Парфенову Асфольду Ивановичу, заведующему отделом патологии кишечника ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр ДЗМ».



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**